

A Reconciliação da Medicação nos Cuidados de Saúde Primários: Práticas, Conhecimentos e Atitudes na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Medication Reconciliation in Primary Care: Practices, Knowledge and Attitudes in the Lisbon and Tagus Valley Health Region

Raquel ASCENÇÃO^{1,2,3}, Mariana ALMEIDA⁴, Cristina RIBEIRO^{5,6,7}, Paula BROEIRO^{3,8,9}, João COSTA^{1,10}
Acta Med Port 2025 Jan;38(1):5-15 ▪ <https://doi.org/10.20344/amp.21629>

RESUMO

Introdução: Apesar da relevância da reconciliação da medicação para a continuidade dos cuidados, atualmente, não existe informação relativa às práticas, conhecimentos e atitudes dos médicos de família nacionais sobre este assunto. Este estudo teve como objetivos caracterizar os procedimentos formais de reconciliação da medicação em vigor na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, bem como a perceção dos médicos de família desta região sobre o que sabem, como pensam e como praticam a reconciliação da medicação.

Métodos: Foi conduzido um estudo observacional, transversal e descritivo, utilizando duas unidades de observação: unidades de cuidados de saúde primários (estudo 1) e médicos de família (estudo 2) da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. A recolha de dados realizou-se através de dois questionários de autopreenchimento, disponibilizados *online*.

Resultados: Participaram 89 unidades de cuidados de saúde primários e 208 médicos de família (taxas de resposta de 31% e 12%, respetivamente). Verificou-se que apenas uma em cada quatro unidades (n = 22/89) tinha um procedimento formal de reconciliação da medicação em vigor. Entre as unidades com procedimento formal, existe variabilidade em alguns parâmetros, ainda que todos incluam os médicos. Mais de 70% (n = 150; 72,1%) dos médicos referiram ter contacto prévio com o termo 'reconciliação da medicação', e metade (n = 104; 50,0%) referiu realizar reconciliação da medicação em mais de 75% das consultas após alta hospitalar. Não se identificaram diferenças relativamente à frequência com que os médicos praticam reconciliação da medicação após alta hospitalar em função da sua idade, sexo, tipo de unidade onde trabalham e volume de consultas. A maioria dos médicos (n = 155; 74,5%) inclui no processo os três passos preconizados pela Direção-Geral da Saúde à data, e resolve as discrepâncias sem contactar o médico hospitalar (n = 168; 88,8%). Os médicos reconhecem a importância da reconciliação da medicação (mais de 95% estão de acordo/totalmente de acordo), ainda que o nível de concordância quanto à sua responsabilização sobre esta prática seja inferior.

Conclusão: A proporção de unidades de cuidados de saúde primários com procedimento formal de reconciliação da medicação é baixa. Apesar dos médicos de família da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo valorizarem a reconciliação da medicação, não a incluem em todas as consultas após internamento hospitalar. A comunicação entre níveis de cuidados e a padronização dos processos são áreas com potencial de melhoria, com vista ao objetivo de promover a segurança da utilização dos medicamentos, centrada no doente.

Palavras-chave: Cuidados Centrados no Doente; Cuidados de Saúde Primários; Erros de Medicação/prevenção e controlo; Portugal; Reconciliação de Medicamentos

ABSTRACT

Introduction: Despite the importance of medication reconciliation for the continuity of care, there is currently no information on the practices, knowledge, and attitudes of Portuguese family doctors on this subject. This study aimed to characterize the formal medication reconciliation procedures in the Lisbon and Tagus Valley Health Region, as well as the perception of family doctors in this region about what they know, how they think and how they practice medication reconciliation.

Methods: We conducted an observational, cross-sectional and descriptive study, using two observation units: primary health care units (study 1) and family doctors (study 2) in the Lisbon and Tagus Valley Health Region. Data was collected through two self-completed questionnaires, which were made available online.

Results: A total of 89 primary healthcare units and 208 family doctors participated in the study (31% and 12% response rates, respectively). Only one in four units (n = 22/89) had a formal medication reconciliation procedure. Among the units with a formal procedure, there was variability in some parameters, although all procedures included physicians. More than 70% (n = 150; 72.1%) of family physicians reported having previous contact with the term 'medication reconciliation', and a half (n = 104; 50.0%) reported carrying out medication reconciliation in more than 75% of consultations after hospital discharge. No differences were identified regarding the frequency with which family physicians practice medication reconciliation after hospital discharge depending on age, gender, type of unit where they work, and volume of consultations. Most family physicians (n = 155; 74.5%) included the three steps recommended by the Directorate-General for Health at the time and resolved discrepancies without contacting the hospital physician (n = 168; 88.8%). Family physicians recognize the importance of medication reconciliation (more than 95% agree/completely agree), although the level of agreement regarding their responsibility for this practice is lower.

1. Laboratório de Farmacologia Clínica e Terapêutica. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa. Lisboa. Portugal.
2. Unidade de Farmacologia Clínica. Unidade Local de Saúde São José. Lisboa. Portugal.
3. Centro Clínico Académico de Lisboa. Lisboa. Portugal.
4. Hospital de Portimão. Unidade Local de Saúde do Algarve. Portimão. Portugal.
5. Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa. Lisboa. Portugal.
6. Unidade de Estilos de Vida Saudáveis. Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa. Lisboa. Portugal.
7. Departamento da Qualidade. Direção-Geral da Saúde. Lisboa. Portugal.
8. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados dos Olivais. Unidade Local de Saúde São José. Lisboa. Portugal.
9. NOVA Medical School. Universidade NOVA de Lisboa. Lisboa. Portugal.
10. Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes. Lisboa. Portugal.

✉ **Autor correspondente:** Raquel Ascenção. rascencao@medicina.ulisboa.pt

Recebido/Received: 04/04/2024 - **Aceite/Accepted:** 23/10/2024 - **Publicado/Published:** 02/01/2025

Copyright © Ordem dos Médicos 2025



Conclusion: The proportion of primary health care units with a formal medication reconciliation procedure is low. Family doctors in the Lisbon and Tagus Valley Region value medication reconciliation, although they do not include it in all consultations after hospital admission. Communication between levels of care and the standardization of processes are areas with potential for improvement to promote the safe and patient-centered use of medication.

Keywords: Medication Errors/prevention & control; Medication Reconciliation; Patient-Centered Care; Portugal; Primary Health Care

INTRODUÇÃO

A reconciliação da medicação (RecMed) consiste no processo de criação de uma lista exata de todos os medicamentos que um doente tem em uso e na comparação desta lista com as prescrições em curso.¹ Esta lista deve ser acompanhada da informação sobre as alergias medicamentosas, o historial de reações adversas medicamentosas e os apoios à medicação. O processo de RecMed permite identificar e resolver discrepâncias na medicação, ou seja, diferenças (intencionais ou não) entre a medicação do doente e a medicação prescrita,² com o objetivo de disponibilizar a medicação correta ao doente, em todos os pontos de transição no sistema de saúde.¹

A implementação da RecMed está associada a uma redução da ocorrência de erros na medicação em diversos contextos de saúde.³⁻⁸ Contudo, não se tem verificado de forma consistente entre os diferentes estudos que a RecMed tenha um impacto significativo nos resultados em saúde relevantes para os doentes.⁹ Os motivos mais frequentemente apontados como responsáveis por este aparente insucesso são a dificuldade na operacionalização do conceito de RecMed⁹ e a necessidade de combinação com outras estratégias para melhorar a gestão da medicação.^{10,11}

A prática clínica de Medicina Geral e Familiar (MGF), caracterizada pelos cuidados longitudinais,¹² é particularmente rica em momentos de transição de cuidados nos quais importa garantir a continuidade da medicação¹³ através de processos iterativos de RecMed. A nível nacional, a RecMed está recomendada pela Direção-Geral da Saúde (DGS),^{2,14} é reconhecida para a avaliação da qualidade e segurança dos cuidados e desempenho organizacional das unidades de cuidados de saúde primários (CSP),¹⁵ e está incluída no Pilar 5 (Práticas seguras em ambientes seguros) do mais recente Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD 2021 - 2026).¹⁶ Apesar deste enquadramento normativo e da relevância para a MGF, não existe informação atualmente disponível em relação às práticas, conhecimentos e atitudes dos médicos de família (MF) sobre a RecMed, em território nacional.

Este estudo tem como objetivos caracterizar os procedimentos formais de RecMed em vigor na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (LVT), bem como a perceção dos MF desta região sobre o que sabem, como pensam e como praticam a RecMed.

MÉTODOS

O projeto de investigação corresponde a uma investigação de métodos mistos, de tipo explanatório sequencial.¹⁷ Nesta publicação são descritos os métodos e apresentados os resultados da fase quantitativa, seguindo as normas CROSS.¹⁸ Para esta fase quantitativa foram realizados dois estudos sobre a RecMed, utilizando duas unidades de observação distintas: Unidades de CSP (estudo 1) e MF (estudo 2).

O projeto de investigação recebeu o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de LVT (Parecer n.º 073/CES/INV/2022).

Estudo 1 – Procedimentos formais em vigor nas unidades de Cuidados de Saúde Primários da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Tratou-se de um estudo observacional, transversal e descritivo, com um componente exploratório, com o objetivo de caracterizar os procedimentos de RecMed em vigor ao nível das unidades de CSP da Região de Saúde de LVT. Para tal, todos os coordenadores das unidades de CSP [unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e unidades de Saúde Familiares (USF)] da Região de Saúde de LVT foram convidados a participar por *e-mail* (institucional).

A recolha de dados realizou-se a partir de um questionário de autopreenchimento, disponibilizado através de um formulário Google Forms[®] entre dezembro de 2022 e março de 2023. O questionário foi desenvolvido pela equipa de investigação e submetido a validação facial por peritos na área da MGF, tendo incluído questões sobre a caracterização da unidade de saúde (tipo, ACES, presença de acreditação), bem como sobre o procedimento formal de RecMed em vigor. No questionário, um procedimento formal foi “definido como uma norma escrita (por exemplo, num manual de procedimentos interno)”. Para a caracterização do procedimento de RecMed consideraram-se os itens aplicáveis da *checklist* TIDieR (*Template for Intervention Description and Replication*).¹⁹

Estimou-se (*software* EpilInfo[®]) que a resposta de 162 Unidades de CSP permitiria aferir a existência formal de um procedimento de RecMed, assumindo uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95% (na ausência de informação prévia sobre este tema, assumiu-se uma frequência de 50%).

A análise estatística foi descritiva, com recurso ao *software* SPSS® v. 28 e incluiu o cálculo de medidas de localização central e de dispersão para as variáveis quantitativas, conforme apropriado. Para as variáveis qualitativas foram utilizadas tabelas de frequência (absolutas e relativas).

Estudo 2 – Perceção dos conhecimentos, práticas e atitudes pelos médicos de família da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Este estudo decorreu em sobreposição temporal com o estudo 1 e teve uma tipologia idêntica. Os objetivos centraram-se nos MF, ao invés das unidades funcionais, e pretendiam, por um lado, caracterizar a perceção dos MF em relação ao conhecimento e as suas atitudes autorreportadas em relação à RecMed e, por outro lado, caracterizar especificamente a prática da RecMed no primeiro contacto com o MF após alta hospitalar. A consulta após alta hospitalar foi selecionada por ser o primeiro momento crítico (de acordo com a norma da DGS em vigor na altura¹⁴) a merecer operacionalização da RecMed em CSP.

Foram convidados a participar todos os MF em exercício nas unidades de CSP da Região de Saúde de LVT. Os médicos em programa de formação específica de Medicina Geral e Familiar foram excluídos. O processo de envio do convite (via *e-mail* institucional) e recordatórias seguiu passos idênticos ao apresentado para o estudo 1.

O instrumento de recolha de dados consistiu num questionário de autopreenchimento, disponibilizado através de

um formulário Google *Forms*®. A versão inicial do questionário foi desenvolvida pela equipa de investigação com base nos resultados de dois estudos identificados numa *rapid review* da literatura^{20,21} e na discussão interpares. Esta versão do questionário foi depois sujeita a validação facial e de conteúdo por cinco peritos, à qual se seguiu um pré-teste com a participação de 10 MF.

O questionário estava dividido em diferentes secções. As primeiras diziam respeito à caracterização sociodemográfica, caracterização profissional e conhecimento prévio sobre o termo 'reconciliação da medicação'. Para os MF que respondiam afirmativamente quanto ao conhecimento prévio sobre o termo, este era caracterizado em maior detalhe, nomeadamente, quanto à forma de aquisição e perceção sobre o grau de conhecimento. Para os MF que não tinham conhecimento sobre o termo, era apresentada a definição de RecMed para que pudessem prosseguir com o questionário. De seguida, recolhia-se informação relativa ao posicionamento sobre diferentes afirmações relacionadas com a relevância atribuída ao próprio processo de RecMed, assim como a interação com outros profissionais de saúde. As afirmações relacionadas com outros profissionais justificam-se pelo reconhecimento da RecMed enquanto processo multidisciplinar. Por último, procurou-se caracterizar as práticas de RecMed pelos MF, com particular enfoque na primeira consulta após internamento hospitalar.

Estimou-se (*software* EpiInfo®) que a resposta de 316

Tabela 1 – Distribuição das unidades de Cuidados de Saúde Primários incluídas face à totalidade das unidades da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

ACES	Unidades (UCSP e USF)		Médicos de família	
	Total*, n (%)	Incluídas, n (%)	Total*, n (%)	Incluídos, n (%)
Almada Seixal	23 (8,0)	9 (10,1)	179 (10,5)	20 (9,6)
Amadora	11 (3,8)	4 (4,5)	77 (4,5)	21 (10,1)
Arco Ribeirinho	17 (5,9)	7 (7,9)	89 (5,2)	8 (3,8)
Arrábida	23 (8,0)	4 (4,5)	105 (6,2)	10 (4,8)
Cascais	17 (5,9)	6 (6,7)	112 (6,6)	9 (4,3)
Estuário do Tejo	18 (6,3)	3 (3,4)	80 (4,7)	12 (5,8)
Lezíria	21 (7,3)	7 (7,9)	85 (5,0)	4 (1,9)
Lisboa Central	18 (6,3)	10 (11,2)	155 (9,1)	34 (16,3)
Lisboa Norte	14 (4,9)	4 (4,5)	127 (7,4)	21 (10,1)
Lisboa Ocidental e Oeiras	19 (6,6)	7 (7,9)	139 (8,1)	15 (7,2)
Loures/Odivelas	25 (8,7)	7 (7,9)	161 (9,4)	13 (6,3)
Médio Tejo	21 (7,3)	10 (11,2)	94 (5,5)	12 (5,8)
Oeste Norte	16 (5,6)	3 (3,4)	77 (4,5)	13 (6,3)
Oeste Sul	16 (5,6)	1 (1,1)	78 (4,6)	6 (2,9)
Sintra	27 (9,4)	7 (7,9)	149 (8,7)	10 (4,8)
Total	286 (100)	89 (100)	1707 (100)	208 (100)

* O total de Unidades reporta-se aos dados disponível no sítio do BI-CSP para setembro 2023.

ACES: agrupamento de centros de saúde; UCSP: unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; USF: unidade de Saúde Familiar.

MF permitiria aferir a frequência do conhecimento prévio do termo RecMed, assumindo uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95% (na ausência de informação prévia sobre este tema, assumiu-se uma frequência de 50%).

A análise estatística descritiva incluiu o cálculo de medidas de localização central e de dispersão para as variáveis quantitativas, conforme apropriado. Para as variáveis qualitativas foram utilizadas tabelas de frequência (absolutas e relativas). Na componente exploratória inferencial, realizou-se uma análise bivariada, com recurso aos testes de qui-quadrado (χ^2) e testes Mann-Whitney (U) ou Kurskal-Wallis (H), consoante a natureza das variáveis a analisar. A análise estatística foi realizada com recurso ao *software* SPSS® v. 28. Foi considerado estatisticamente significativo um valor $p < 0,05$.

RESULTADOS

Estudo 1 – Procedimentos formais em vigor nas unidades de Cuidados de Saúde Primários da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Foram obtidas respostas de 31% ($n = 89$) do total de unidades de CSP na Região de Saúde de LVT ($n = 286$, de acordo com o BI-CSP, referente a setembro de 2023). A amostra incluiu unidades de todos os ACES (Tabela 1). Em relação ao modelo organizacional, a maioria correspondeu a USF modelo A ($n = 38$) ou USF modelo B ($n = 40$). Dezasete unidades possuíam acreditação pela Direção-Geral da Saúde/Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) (17 USF: 15 em modelo B; duas em modelo A).

Das 89 unidades que participaram, 22 (todas da tipologia USF, sete com acreditação pela DGS/ACSA) indicaram a existência de um procedimento interno formal de RecMed em vigor. Estas unidades pertencem a 11 ACES

Tabela 2 – Caracterização dos procedimentos de reconciliação da medicação nas unidades de Cuidados de Saúde Primários da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo que indicaram ter um procedimento interno formal em vigor

Tipo de USF (n = 22)	Ano de entrada em vigor	Passos			Fontes de informação					Profissionais envolvidos				
		Recolha	Comparação	Correção	Notas ^b	RSE	Nota alta ^c	Entrevista	PEM	Médico	Enfermeiro	Sec. Clínico	Farmacêutico ^d	
B	2016	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	-	•	-
B	2017	•	•	•	-	•	•	•	•	•	•	•	-	-
A	2018	^a	^a	^a	•	•	•	•	•	•	•	•	-	-
B	2019	•	•	•	-	•	•	•	•	•	•	-	-	-
A	2019	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	-	-
B	2020	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	-
B	2020	•	•	•	•	•	-	•	•	•	•	•	-	-
A	2021	•	•	•	-	•	•	•	•	•	•	•	-	-
B	2021	•	•	•	•	•	-	-	•	•	•	•	-	-
A	2022	•	•	•	•	-	-	-	-	•	•	-	-	-
B	2022	^a	^a	^a	•	-	-	-	-	•	•	-	-	-
A	2022	•	•	•	•	-	•	•	•	•	•	-	-	-
A	2022	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	-	-	-
A	2022	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	-	-	-
B	2022	•	•	•	-	•	•	-	•	•	•	-	-	-
A	2022	•	•	•	•	•	-	•	•	•	•	-	-	-
A	2022	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	-	-	-
A	2023	•	•	•	•	-	-	•	•	•	•	•	-	-
B	2023	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	-	-	-
A	-	•	•	•	•	•	-	•	•	•	•	-	-	-
B	-	•	•	•	•	•	-	-	•	•	•	-	-	-
B	-	-	-	•	-	-	-	-	•	•	•	•	•	-

a: Não estão definidos; b: Notas de seguimento; c: Nota de alta em papel; d: Farmácia comunitária ou na unidade; e: Após alta, ou ida/consulta, de instituições públicas ou privadas; f: Ou domiciliária; g: Não sabe.

distintos. O ano de entrada em vigor do procedimento interno de RecMed variou entre 2016 e 2023. Relativamente à operacionalização do procedimento interno da RecMed, a quase totalidade (19/22) inclui os três passos definidos na norma n.º 018/2016 da DGS em vigor na altura do estudo. O envolvimento dos médicos está presente na totalidade dos procedimentos. Treze destas 22 unidades definem que a RecMed deve ocorrer em todas as consultas, sendo que outras oito unidades optam por definir momentos específicos para a realização da RecMed (como, por exemplo, a alta após internamento hospitalar). Em dezassete destas 22 unidades, a tipologia de consulta presencial ou domiciliária é a mais frequentemente referida. A Tabela 2 apresenta um resumo das características dos procedimentos internos de RecMed, de acordo com as respostas obtidas.

Estudo 2 – Perceção dos conhecimentos, práticas e atitudes pelos médicos de família da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Foram obtidas respostas de 12% (n = 208) do total de especialistas em MGF em exercício nas unidades de CSP da Região de Saúde de LVT (n = 1707, de acordo com o BI-CSP, referente a setembro de 2023). A maioria dos respondentes é do sexo feminino (n = 159; 76,4%) e concluiu a especialidade entre 2016 e 2022 (n = 100; 48,1%). A classe etária mediana corresponde à faixa etária dos 31 aos 40 anos. Cerca de 90% exerce em USF, e mais de metade indica trabalhar pelo menos 41 horas por semana. As características sociodemográficas e profissionais dos MF encontram-se na Tabela 3.

Conhecimento prévio

Cerca de 70% (n = 150) dos MF referiram conhecimento prévio do termo ‘reconciliação da medicação’, não se tendo verificado diferenças significativas em função da classe etária [$\chi^2(2) = 3,334; p = 0,189$], sexo [$\chi^2(1) = 0,207; p = 0,649$], e tipo de unidade de exercício [$\chi^2(2) = 3,498; p = 0,174$]. Entre os MF com conhecimento prévio, 40,0% tinha

	Quando deve ocorrer ^e					Tipo de consulta				Auditoria prévia		
	Todas	Após alta internamento	Após alta outra especialidade	Após ida SU	Após ida outra especialidade	Presencial ^f	Indireta	Teleconsulta	Enfermagem	Interna	Externa	Não
	-	•	•	•	•	a	a	a	a	•	-	-
	-	•	•	•	•	•	-	-	•	-	-	•
	•	-	-	-	-	•	-	-	•	-	-	•
	•	-	-	-	-	a	a	a	a	-	-	•
	•	-	-	-	-	•	•	•	•	-	-	•
	•	-	-	-	-	•	•	•	-	-	-	• ^g
	-	•	•	•	•	•	•	•	-	•	-	-
	-	•	•	•	•	•	•	•	•	-	-	•
	•	-	-	-	-	•	•	•	•	•	-	-
	•	-	-	-	-	•	-	-	-	-	-	•
	a	a	a	a	a	•	-	-	•	-	-	•
	-	•	•	-	-	a	a	a	a	-	-	•
	•	-	-	-	-	•	•	•	-	-	-	•
	•	-	-	-	-	•	•	•	-	-	-	•
	-	•	•	•	•	•	-	•	-	-	-	•
	-	•	-	•	•	•	•	•	-	•	-	-
	•	-	-	-	-	•	•	•	-	-	-	•
	-	•	•	•	•	a	a	a	a	-	-	•
	•	-	-	-	-	•	-	-	-	-	-	•
	•	-	-	-	-	•	-	-	-	•	-	-
	•	-	-	-	-	a	a	a	a	-	•	-
	•	-	-	-	-	•	-	•	•	•	-	-

recebido formação neste contexto ($n = 60$), 35,3% ($n = 53$) tinha um procedimento formal em vigor na unidade e 46,0% ($n = 69$) tinham conhecimento sobre a existência de uma norma da DGS sobre o tópico. Destes últimos, a maioria tomou conhecimento da norma através da unidade (UCSP/USF) em que está inserido ($n = 33$). Ainda entre os MF com conhecimento prévio, 46,7% ($n = 70$) referem conhecer integralmente a definição de RecMed.

Atitudes

Mais de 95% dos MF estão não só de acordo/totalmente de acordo quanto à importância da recolha da medicação e relevância da RecMed para a segurança da medicação e adesão à terapêutica, como também quanto a considerarem que o tempo despendido na atualização da lista de medicação é bem empregado.

Sobre a reconciliação de medicamentos prescritos por outros médicos, cerca de 10% está de acordo/totalmente de acordo em não assumir essa responsabilidade. Cerca de 80% está de acordo/totalmente de acordo quanto à RecMed ser uma responsabilidade do MF. A maioria (cerca de 70% em desacordo/totalmente em desacordo) não concorda que a RecMed seria mais bem gerida por farmacêuticos. A Tabela 4 apresenta as atitudes dos MF relativamente à RecMed.

Prática da reconciliação da medicação na primeira consulta de MGF após alta de internamento hospitalar

A maioria dos MF ($n = 178$; 85,6%) realiza menos de cinco primeiras consultas após alta hospitalar por mês. Cerca de 73% ($n = 152$; 73,1%) refere realizar a RecMed em pelo menos metade das primeiras consultas após alta hospitalar.

A Fig. 1 mostra a distribuição dos MF em função da proporção de primeiras consultas após alta hospitalar em que realizam RecMed e a frequência com que identificam discrepâncias, sendo que existem diferenças significativas entre os grupos [$H(4) = 14,644$; $p = 0,006$]. Não se verificaram diferenças significativas na distribuição da frequência da prática de RecMed em função das seguintes características dos MF: classe etária [$H(2) = 1,874$; $p = 0,392$], sexo ($U = 3205,000$; $p = 0,169$), tipo de unidade em que exerce [$H(2) = 2,082$; $p = 0,353$], número de consultas (de saúde de adultos) por período de quatro horas [$H(2) = 1,146$; $p = 0,564$] ou existência de conhecimento prévio para o termo 'reconciliação da medicação' [$U = 3685,500$; $p = 0,076$]. Os resultados apresentados, obtidos através dos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis (conforme aplicável), devem ser interpretados com precaução dado que as diferenças encontradas podem ser devidas a diferenças na forma da distribuição das variáveis.

A maior parte dos MF ($n = 155$; 74,5%) inclui no pro-

Tabela 3 – Características sociodemográficas e profissionais dos médicos de família participantes

	n (%)
Sexo	
Masculino	159 (76,4)
Feminino	47 (22,6)
Sem resposta	2 (1,0)
Classe etária	
≤ 30 anos	3 (1,4)
31 a 40 anos	120 (57,7)
41 a 50 anos	53 (25,5)
51 a 60 anos	10 (4,8)
≥ 61 anos	22 (10,6)
Ano de conclusão da especialidade	
1981-1994	21 (10,1)
1995-2008	24 (11,5)
2009-2022	163 (78,4)
Tipo de unidade	
UCSP	20 (9,6)
USF modelo A	79 (38,0)
USF modelo B	109 (52,4)
Horário semanal (horas)	
≤ 20	9 (4,3)
21 a 40	87 (41,8)
≥ 41	112 (53,8)
Número de consultas de Saúde de Adultos por período de 4h*	
≤ 11	42 (20,2)
12	117 (56,3)
≥ 13	48 (23,1)
Sem resposta	1 (0,5)
Realização de consultas a utentes sem MF atribuído	
Sim	82 (39,4)
Não	125 (60,1)
Sem resposta	1 (0,5)

* No questionário foi perguntado aos médicos de família quantas consultas de Saúde de Adultos, em média, realizavam por período de quatro horas (incluindo consultas presenciais, telefónicas ou em visita domiciliária).

ACES: agrupamento de centros de saúde; MF: médico de família; UCSP: unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; USF: unidade de Saúde Familiar.

cesso os três passos preconizados pela DGS (colheita da melhor história possível da medicação, comparação com a lista existente no processo clínico, e reconciliação das diferenças).

Quando identifica uma discrepância, a maioria dos MF ($n = 168$; 80,8%) resolve-a sem contactar o médico hospitalar. Cerca de um terço dos MF ($n = 68$; 32,7%) refere nunca conseguir estabelecer contacto com o médico hospitalar.

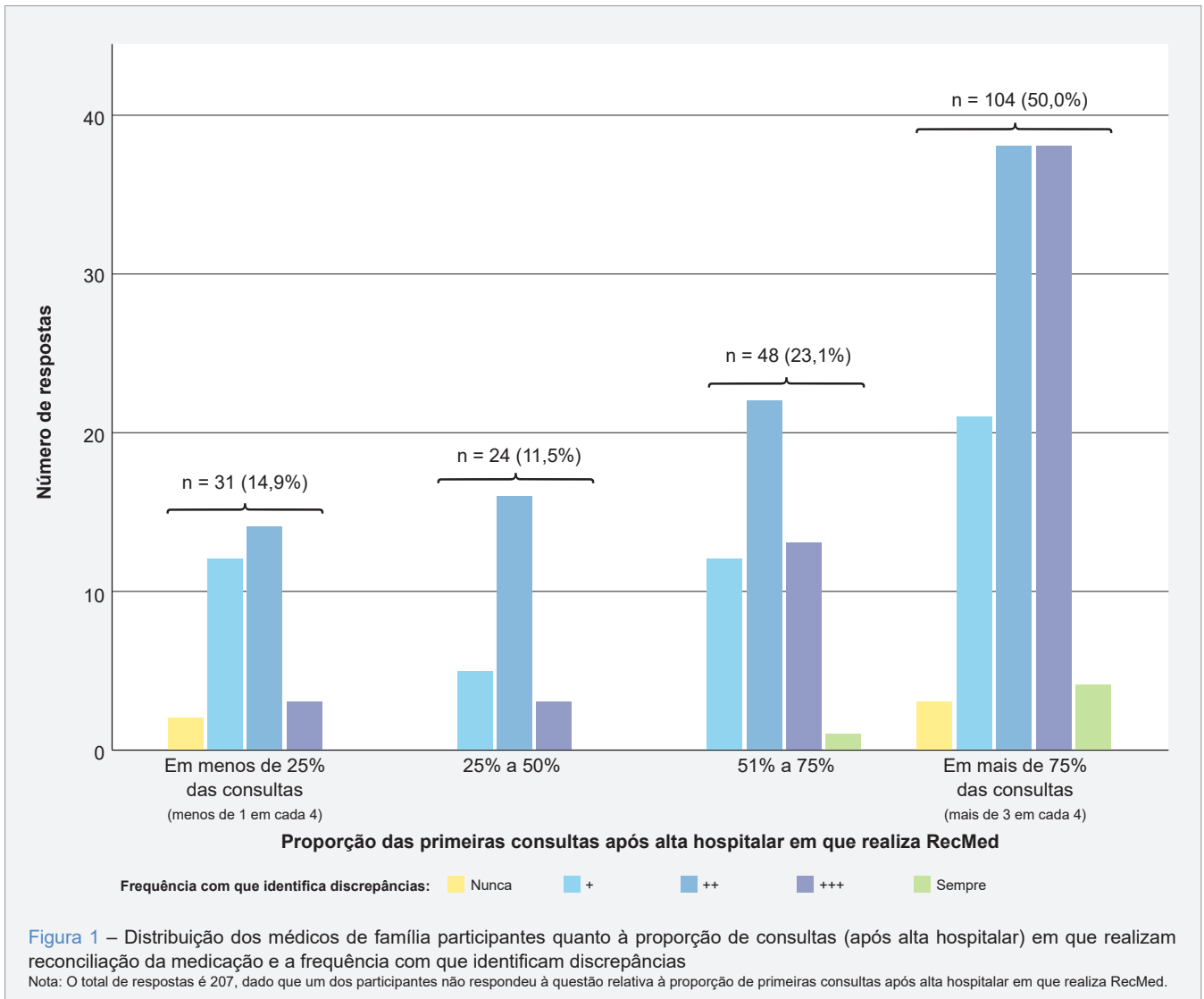


Figura 1 – Distribuição dos médicos de família participantes quanto à proporção de consultas (após alta hospitalar) em que realizam reconciliação da medicação e a frequência com que identificam discrepâncias

Nota: O total de respostas é 207, dado que um dos participantes não respondeu à questão relativa à proporção de primeiras consultas após alta hospitalar em que realiza RecMed.

DISCUSSÃO

Tanto quanto é do conhecimento dos autores, este é o primeiro estudo realizado em Portugal sobre as práticas, conhecimentos e atitudes dos MF relativamente à RecMed.

Neste estudo participaram 89 unidades de CSP (31% do total de unidades de LVT). Verificou-se que apenas uma em cada quatro destas unidades tinha um procedimento formal de RecMed. A elevada proporção de USF na amostra (88%), superior à verificada na Região de Saúde de LVT à data,²² faria prever que uma maior proporção de unidades de CSP dispusesse de procedimentos formais, na medida em que a RecMed é incluída na grelha DiOR-CSP (Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos CSP; ao nível da Dimensão 2.2. Organização Centrada no Cidadão – Critério L).¹⁵ No terreno, a proporção de unidades de CSP com procedimentos formais de RecMed pode ser ainda in-

ferior à identificada neste estudo, dado o risco conhecido de viés de participação.²³ De notar, no entanto, que, um em cada três MF com conhecimento prévio do termo ‘reconciliação da medicação’ referiram ter um procedimento em vigor nas suas unidades. Contudo, não é possível excluir que estes MF não pertençam às unidades que participaram, dado que o nível de caracterização efetuado não permite esta granularidade, no sentido de nunca ser possível a identificação dos indivíduos.

Independentemente da estimativa exata, os resultados permitem concluir que, pelo menos na Região de Saúde de LVT, a proporção de unidades de CSP com procedimento formal de RecMed é muito baixa (provavelmente menor que 25%) e inferior ao que seria desejável. Este estudo não foi desenhado para avaliar o(s) motivo(s) para a ausência de procedimentos internos (como se verificou em 75% das

unidades de CSP que participaram), mas tal poderá dever-se, por um lado, ao facto de as unidades não encontrarem essa necessidade, ou entenderem que a responsabilidade desta padronização deve recair sobre outras entidades (por exemplo, DGS). A padronização do processo de RecMed, com adaptações locais, é recomendada pela Organização Mundial da Saúde para a melhoria da segurança dos doentes.²⁴ De facto, e em diferentes contextos, a presença de inconsistências e a ausência de padronização têm sido identificadas como barreiras à prática da RecMed.^{20,21,25,26}

Importa referir que a existência de um procedimento formal interno, *per se*, não é suficiente para garantir a qualidade da RecMed realizada. Num estudo realizado na Irlanda, cerca de 60% do total de 554 MF incluídos referiu a inexistência de um sistema formal de reconciliação da medicação na sua prática clínica, apesar de cerca de 75% considerar que os seus padrões de RecMed eram bons/excelentes.²¹

Entre as unidades de CSP com procedimento formal, existe variabilidade em alguns parâmetros relacionados com a RecMed (por exemplo, momento e tipo de consulta em que deve ser realizada). No entanto, todas estas unidades envolvem os médicos e a quase totalidade inclui os três passos para a realização de RecMed de acordo com a norma da DGS em vigor na altura, nos seus procedimentos formais.¹⁴

A taxa de resposta dos MF foi inferior à das unidades de CSP (12% vs 31%), tendo o estudo conseguido incluir 208 MF em exercício na Região de Saúde de LVT. A classe etária mediana situou-se entre os 31 e os 40 anos, e cerca de 90% exerce em USF. Estes dados sugerem uma sobre-

representação dos especialistas mais jovens na amostra.²⁷

Mais de dois terços dos MF (72,1%) referiram ter contacto prévio com o termo 'reconciliação da medicação', e metade dos MF (50,0%) refere realizar a RecMed na maioria das consultas após alta hospitalar, um momento identificado na literatura como crítico na transição de cuidados em CSP.¹⁴ Estas estimativas poderão estar sobrevalorizadas pelo viés de participação ao nível dos MF, à semelhança do referido para as unidades de CSP. Neste estudo, não foi demonstrada uma associação significativa ($p = 0,076$) entre a existência de conhecimento prévio e a prática de RecMed, muito provavelmente pelo baixo poder amostral do estudo. De facto, a quase totalidade dos MF reconhece a relevância da RecMed, quando confrontados com a definição deste processo. Por outras palavras, os médicos podem não estar familiarizados com o exato termo 'reconciliação da medicação', mas incorporam este processo na sua prática. Neste contexto, poder-se-ia questionar se aquilo que é praticado pelos MF corresponde, na realidade, a RecMed. Contudo, três em cada quatro MF referem incluir na sua prática os três passos recomendados pela DGS à data deste estudo (colheita da melhor história possível da medicação, comparação com a lista existente no processo clínico, e reconciliação das diferenças).¹⁴ Adicionalmente, poderá haver motivos – cuja exploração não era parte integrante deste estudo – que possam explicar a não realização de RecMed em 100% destas consultas, nomeadamente, a ausência de nova medicação prescrita.

A ausência de diferenças significativas no nosso estudo relativamente à frequência com que os MF praticam

Tabela 4 – Atitudes dos médicos de família participantes relativamente à reconciliação da medicação

Atitude	Totalmente em desacordo	Em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	De acordo	Totalmente de acordo
A reconciliação da medicação durante a prática clínica é fundamental para melhorar a segurança do uso de medicamentos.	0,5%	0,0%	0,5%	7,2%	91,8%
É importante para o doente que se realize a recolha da lista de medicação.	0,0%	0,0%	0,0%	5,8%	94,2%
A reconciliação das listas de medicação com o doente é uma forma importante de melhorar a adesão à terapêutica.	0,0%	0,0%	0,5%	18,8%	80,8%
O tempo que a(o) médica(o) de família passa, com o doente, a atualizar a lista de medicação é bem empregue.	0,0%	0,0%	2,4%	27,9%	69,2%
A reconciliação da medicação é uma responsabilidade da(o) médica(o) de família.	0,5%	6,7%	13,5%	45,7%	33,7%
Nos utentes da minha lista, não posso assumir a responsabilidade de reconciliar medicamentos que foram prescritos por outros médicos.	13,0%	53,4%	23,6%	7,2%	2,9%
A reconciliação da medicação é uma responsabilidade que seria mais bem gerida por farmacêuticos.	23,6%	46,2%	26,0%	3,4%	1,0%

RecMed na primeira consulta após alta hospitalar em função de um conjunto de várias características (incluindo a idade, sexo, tipo de unidade onde trabalham, volume de consultas após alta hospitalar e de consultas de saúde de adultos por período de quatro horas), faz antecipar que os fatores demográficos dos MF e os aspetos relacionados com a sua prática não constituem barreiras à prática de RecMed.

A frequência com que se realiza a RecMed, todavia, está associada à frequência com que se identificam discrepâncias. Este resultado é esperado e coerente, na medida em que as discrepâncias só são identificadas por aqueles que realizam RecMed. Na presença de uma discrepância, a grande maioria dos MF (80,8%) resolve-a sem contactar o médico hospitalar, provavelmente, porque cerca de um terço dos MF (32,7%) nunca consegue estabelecer o contacto. A dificuldade na comunicação entre níveis de cuidados não é exclusiva do SNS português.^{20,21,28,29} Num estudo qualitativo conduzido em Espanha, por exemplo, foram assinaladas as dificuldades na comunicação entre os profissionais dos cuidados de saúde primários e hospitalares, sendo esta atribuída aos canais de comunicação ineficientes assim como dificuldades na colaboração entre profissionais.²⁸

Os nossos resultados sugerem que os MF dão espaço à responsabilidade partilhada, ainda que mais de dois terços (69,8%) não concorde que a RecMed seria mais bem gerida por farmacêuticos. Na prática, a colaboração entre MF e farmacêuticos poderá inclusivamente estender-se a outros membros das equipas de CSP e farmácias comunitárias, sendo, todavia, necessário definir papéis claros, vias de comunicação e gerir as expectativas, não só dos doentes e cuidadores, mas também dos próprios profissionais de saúde.³⁰

Limitações

Com este estudo, esperamos contribuir com novo conhecimento acerca das práticas, conhecimentos e atitudes sobre a RecMed nos CSP na Região de Saúde de LVT, a de maior dimensão em Portugal.³¹

Apesar dos esforços, a proporção de participantes e as suas características não permitem garantir a representatividade das amostras (quer em unidades de CSP, quer em MF). Contudo, foi possível incluir unidades de observação de todos os ACES da Região. Já no que respeita à taxa de resposta dos MF (12%), esta foi inferior à reportada na literatura quanto à participação nacional de MF em estudos que implicam a recolha de dados por questionário.³² Subsiste, contudo, significativa heterogeneidade, reportando-se estudos (sobre outras temáticas) em que a participação dos MF nacionais foi inferior.^{33,34} Adicionalmente, não é possível excluir a existência de viés de publicação. A taxa

de participação no nosso estudo foi, contudo, de ordem de magnitude semelhante ao de um outro estudo sobre esta temática realizado na Irlanda.²¹

O contexto temporal em que o estudo foi realizado, nomeadamente após um período de intensa exigência profissional após a pandemia de COVID-19, poderá ter afetado negativamente a participação no estudo. Apesar de não ser possível excluir um viés de participação, o viés de desajabilidade social,³⁵ pelo contrário, terá sido mitigado pelo autopreenchimento e anonimato do questionário.

Por último, embora estimemos como pouco provável, a forma de administração dos questionários não permitiu impedir a participação múltipla pelo mesmo participante.

Apesar destas limitações, a participação ainda assim expressiva (89 unidades de CSP e 208 MF) permite gerar algumas conclusões e hipóteses para estudos futuros, suportando a reflexão conjunta sobre a RecMed em Portugal.

Implicações para a prática e investigações futuras

Esta publicação surge numa importante fase de reestruturação do SNS. A 'grande reforma'³⁶ de 2024 generaliza o modelo de unidades locais de saúde, favorecendo a integração entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados Hospitalares. Por este motivo, estratégias de continuidade de cuidados, tais como a RecMed, assumem particular relevância. Para a efetividade destas estratégias, importará garantir a comunicação entre profissionais, o que, de acordo com o presente estudo, não é ainda uma realidade.

Por outro lado, o anúncio da disponibilização de novas ferramentas de comunicação entre o médico prescriptor e o farmacêutico, no âmbito da alteração do regime de renovação de medicação crónica,³⁷ poderá favorecer a integração horizontal dos cuidados.

A existência de vários atores e o reconhecimento da RecMed enquanto processo multidisciplinar, poderá, contudo, atuar como uma barreira à implementação.³⁸ A necessidade da definição clara dos papéis dos diferentes profissionais de saúde ilustra a importância da padronização dos processos para a segurança do doente, conforme referido previamente. Este, e outros aspetos, são de resto focados na atualização de 2024 da norma da DGS,² que continuará a ter um papel extraordinariamente relevante em território nacional. O presente estudo sugere ainda a necessidade de melhorar a disseminação³⁹ da norma, podendo as unidades de CSP atuar como facilitadores.

Apesar da identificação destas áreas de melhoria, o estudo não versou diretamente sobre a identificação das barreiras e facilitadores à prática de RecMed nos CSP. Para o efeito, encontra-se em curso um estudo qualitativo realizado pelos mesmos autores que, a partir dos resultados aqui apresentados, procurará identificar e compreender as

barreiras e facilitadores da prática da RecMed em Portugal, na ótica dos MF. Importa, igualmente, compreender a visão do utente/cuidador, reconhecendo a RecMed enquanto processo centrado no doente.

No futuro, os resultados deste e outros estudos permitirão informar o desenho de estratégias de implementação da RecMed em CSP em Portugal, com o objetivo de melhorar a segurança na utilização dos medicamentos, centrada no doente.

CONCLUSÃO

Apesar dos MF da Região de Lisboa e Vale do Tejo valorizarem a RecMed, não a incluem em todas as consultas após internamento hospitalar, um momento crítico na transição de cuidados. A comunicação entre níveis de cuidados, assim como a padronização dos processos, foram identificadas como áreas com potencial de melhoria.

Importa identificar as barreiras e facilitadores à prática da RecMed de forma a garantir a continuidade dos cuidados e a segurança no uso da medicação em CSP.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer a todos os médicos de família que, gentilmente, acederam a participar neste estudo.

PRÉMIOS E APRESENTAÇÕES PRÉVIAS

A autora Mariana Almeida era, à data da realização deste trabalho de investigação, aluna do sexto ano do Mestrado Integrado em Medicina (MIM), da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. No seu trabalho final de mestrado, Mariana Almeida apresentou os resultados

REFERÊNCIAS

1. Penm J, Vaillancourt R, Pouliot A. Defining and identifying concepts of medication reconciliation: an international pharmacy perspective. *Res Social Adm Pharm.* 2019;15:632-40.
2. Direção-Geral da Saúde. Norma de orientação clínica n.º 018/2016 de 01/03/2024: Reconciliação da medicação. Lisboa: DGS; 2024.
3. Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconciliable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care.* 2006;15:122-6.
4. Sponsler KC, Neal EB, Kripalani S. Improving medication safety during hospital-based transitions of care. *Cleve Clin J Med.* 2015;82:351-60.
5. Rozich JD, Howard RJ, Justeson JM, Macken PD, Lindsay ME, Resar RK. Standardization as a mechanism to improve safety in health care. *Jt Comm J Qual Saf.* 2004;30:5-14.
6. Pronovost P, Weast B, Schwarz M, Wyskiel RM, Prow D, Milanovich SN, et al. Medication reconciliation: a practical tool to reduce the risk of medication errors. *J Crit Care.* 2003;18:201-5.
7. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JA. Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Pharm Ther.* 2016;41:128-44.
8. Almanasreh E, Moles R, Chen TF. The medication reconciliation process and classification of discrepancies: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol.* 2016;82:645.
9. Rose AJ, Fischer SH, Paasche-Orlow MK. Beyond medication reconciliation the correct medication list. *JAMA.* 2017;317:2057-8.
10. Guisado-Gil AB, Mejías-Trueba M, Alfaro-Lara ER, Sánchez-Hidalgo M, Ramírez-Duque N, Santos-Rubio MD. Impact of medication

preliminares do estudo 2 deste projeto. A disponibilização destes dados ao público, na forma escrita, está sujeita a embargo por um período de cinco anos.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

RA: Análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito.

MA: Análise de dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito.

CR, PB, JC: Redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial atualizada em outubro de 2024.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

reconciliation on health outcomes: an overview of systematic reviews. *Res Social Adm Pharm.* 2020;16:995-1002.

11. Daliri S, Boujarfi S, El Mokaddam A, Scholte Op Reimer WJ, Ter Riet G, et al. Medication-related interventions delivered both in hospital and following discharge: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Qual Saf.* 2021;30:146-56.
12. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyman J, Svab I, Ram P, et al. A definição europeia de medicina geral e familiar (clínica geral/medicina familiar). Ljubljana: WONCA Europe; 2002.
13. Jeffers H, Baker M. Continuity of care: Still important in modern-day general practice. *Br J Gen Pract.* 2016;66:396-7.
14. Direção-Geral da Saúde. Norma de orientação clínica n.º 018/2016 de 30/12/2016: Reconciliação da medicação. Lisboa: DGS; 2016.
15. Grupo Técnico para a Revisão da Grelha DiOr-CSP. Guia para aplicação do diagnóstico de desenvolvimento organizacional nos cuidados de saúde primários. [consultado 2024 mar 07]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Guia-de-Applicacao-da-Grelha-DiOr-outubro-2019.pdf>.
16. Portugal. Despacho n.º 9390/2021. Diário da República, II Série, n.º 87 (2021/09/24), p.96-103.
17. Korstjens I, Moser A. Series: practical guidance to qualitative research. part 6: longitudinal qualitative and mixed methods approaches for longitudinal and complex health themes in primary care research. *Eur J Gen Pract.* 2022;28:118-24.
18. Sharma A, Minh Duc NT, Luu Lam Thang T, Nam NH, Ng SJ, Abbas KS, et al. A consensus-based checklist for reporting of survey studies

- (CROSS). *J Gen Intern Med.* 2021;36:3179-87.
19. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ.* 2014;348:g1687.
 20. Gionfriddo MR, Duboski V, Middernacht A, Kern MS, Graham J, Wright EA. A mixed methods evaluation of medication reconciliation in the primary care setting. *PLoS One.* 2021;16:e0260882.
 21. Redmond P, Carroll H, Grimes T, Galvin R, McDonnell R, Boland F, et al. GPs' and community pharmacists' opinions on medication management at transitions of care in Ireland. *Fam Pract.* 2016;33:172-8.
 22. Ministério da Saúde. Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários. [consultado 2022 mai 22]. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/Paginas/default.aspx>.
 23. Davern M. Nonresponse rates are a problematic indicator of nonresponse bias in survey research. *Health Serv Res.* 2013;48:905-12.
 24. World Health Organization. The high 5s project medication reconciliation implementation guide. [consultado 2024 mar 07]. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/psf/high5s/h5s-guide.pdf?sfvrsn=3bbdb46a_4](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/psf/high5s/h5s-guide.pdf?sfvrsn=3bbdb46a_4).
 25. Greenwald JL, Halasyamani L, Greene J, LaCivita C, Stucky E, Benjamin B, et al. Making inpatient medication reconciliation patient centered, clinically relevant and implementable: a consensus statement on key principles and necessary first steps. *J Hosp Med.* 2010;5:477-85.
 26. Heyworth L, Clark J, Marcello TB, Paquin AM, Stewart M, Archambeault C, et al. Aligning medication reconciliation and secure messaging: qualitative study of primary care providers' perspectives. *J Med Internet Res.* 2013;15:e2793.
 27. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Relatório de contratualização cuidados de saúde primários 2020/2021. [consultado 2024 mar 12]. Disponível em: https://www.arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2022/02/Relat%C3%B3rio-Contratualiza%C3%A7%C3%A3o_Final.pdf.
 28. Rojas-Ocaña MJ, Teresa-Morales C, Ramos-Pichardo JD, Araujo-Hernández M. Barriers and facilitators of communication in the medication reconciliation process during hospital discharge: primary healthcare professionals' perspectives. *Healthcare.* 2023;11:1495.
 29. Foulon V, Wuyts J, Desplenter F, Spinewine A, Lacour V, Paulus D, et al. Problems in continuity of medication management upon transition between primary and secondary care: patients' and professionals' experiences. *Acta Clin Belg.* 2019;74:263-71.
 30. Harris S, Mills E, Hayley Venables R, Bradley F, White S. Developing consensus on the principles and key actions for collaborative working between general practices and community pharmacies: a modified eDelphi study. *BMJ Open.* 2023;13:74023.
 31. Serviço Nacional de Saúde. Utentes inscritos em cuidados de saúde primários — transparência. [consultado 2024 mar 16]. Disponível em: <https://transparencia.sns.gov.pt>.
 32. Basílio N, Cardoso S, Nunes JM, Laranjo L, Da Luz Antunes M, Heleno BR. Portuguese primary care physicians response rate in surveys: a systematic review. *Rev Assoc Med Bras.* 2018;64:272-80.
 33. Gil-Gouveia R. Headache from the doctors' perspective. *Eur Neurol.* 2014;71:157-64.
 34. Caldeira L, Remísio É, António Â, Aguiar P, Fonseca A, Vaz AF, et al. Prescrição de antibióticos para infeções do tracto respiratório em Portugal continental. *Rev Port Med Geral Fam.* 2004;20:417-48.
 35. Nederhof AJ. Methods of coping with social desirability bias: a review. *Eur J Soc Psychol.* 1985;15:263-80.
 36. Governo da República Portuguesa. Nova organização dos cuidados de saúde: conheça a grande reforma do SNS para 2024. [consultado 2024 mar 12]. Disponível em: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/noticia?i=nova-organizacao-dos-cuidados-de-saude-conheca-a-grande-reforma-do-sns-para-2024>.
 37. Portugal. Portaria n.º 263/2023. Diário da República, I Série, n.º 159 (2023/08/17), p.16-9.
 38. Stollendorff DP, Ridner SH, Vogus TJ, Roumie CL, Schnipper JL, Dietrich MS, et al. Implementation strategies in the context of medication reconciliation: a qualitative study. *Implement Sci Commun.* 2021;2:63.
 39. Cotton S, Tsevat J, Szafarski M, Kudel I, Sherman SN, Feinberg J, et al. Toward evidence-based quality improvement: evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966–1998. *J Gen Intern Med.* 2006;21:S14.