



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

FACULDADE
DE
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

LEONOR VELOSO DE SOUSA

**Dificuldades de médicos de família na (des)prescrição de
benzodiazepinas**

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA
DR LUÍS MIGUEL ANDRÉ MONTEIRO

MARÇO 2021

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO
DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Dificuldades de médicos de família na (des)prescrição de benzodiazepinas

Difficulties of general practitioners in (de)prescribing benzodiazepines

Autores:

Leonor Veloso de Sousa¹

Inês Rosendo Carvalho e Silva^{1,2,3}

Luís Miguel André Monteiro^{3,4}

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro, Portugal

³ CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Faculdade de
Medicina, Universidade do Porto, Portugal

⁴ Unidade de Saúde Familiar Esgueira+, Portugal

E-mail: leonor.95.sousa@gmail.com

ÍNDICE

RESUMO	3
PALAVRAS-CHAVE	3
KEYWORDS.....	5
INTRODUÇÃO	6
MÉTODOS	7
RESULTADOS	9
DISCUSSÃO	15
CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
ANEXO I – Questionário.....	21
ANEXO II – Afirmações do questionário por categoria	23

RESUMO

Introdução: Em Portugal, o consumo de psicofármacos, nomeadamente de benzodiazepinas, é quase o dobro do consumo médio europeu. Grande parte das prescrições de benzodiazepinas (BZD) são levadas a cabo por médicos de família, uma vez que são médicos acessíveis mais à população geral. Assim sendo, é essencial avaliar a perspetiva destes profissionais para perceber como otimizar o consumo de BZD em Portugal.

Objetivo: O objetivo deste estudo consiste em aferir as dificuldades dos médicos de família na prescrição e descontinuação de BZD em Portugal.

Métodos: Os dados foram colhidos através de um questionário enviado a médicos de família de todo o país por correio eletrónico e outras plataformas digitais. Os participantes foram médicos internos e especialistas em MGF, tendo sido obtida uma amostra de conveniência de 274 médicos. O questionário, previamente estruturado, continha três perguntas abertas e vinte e cinco afirmações a classificar através de uma escala de Likert, baseadas nas barreiras identificadas na literatura. Para a análise quantitativa utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) e a análise qualitativa foi feita através do software de facilitação de análise de dados MAXQDA® 2020.

Resultados: Foram identificadas dificuldades relacionadas com: crenças/attitudes do doente e comunicação médico-doente (as mais referidas), meios e estratégias de prescrição e desprescrição, dependência e tolerância, efeitos indesejados das BZD, necessidade de BZD e falta de alternativas/recursos, comunicação médico-médico e papel do médico de família.

Discussão: A abordagem qualitativa utilizada neste estudo foi essencial, já que a temática do estudo não se encontra muito explorada em Portugal. Uma mais-valia do estudo é a inclusão de internos de Medicina Geral e Familiar. O facto de o questionário não ter sido formalmente validado por entidades independentes e a amostra ser de conveniência podem ser apontados com as principais limitações do estudo.

Conclusão: Ao delinear as principais dificuldades dos médicos de família portugueses na prescrição e descontinuação de BZD, nomeadamente as relacionadas com crenças e attitudes e falta de meios e recursos, sugerem-se estudos que aprofundem estes tópicos e permitam desenvolver estratégias adequadas para otimizar o processo da (des)prescrição de BZD.

PALAVRAS-CHAVE

Benzodiazepinas, médicos de família, Medicina Geral e Familiar, dificuldades, estudo misto

ABSTRACT

Introduction: In Portugal, the consumption of psychotropic drugs, namely benzodiazepines, is almost double the average European consumption. Most of the prescriptions for benzodiazepines (BZD) are carried out by family doctors, since they are doctors more accessible to the general population. Therefore, it is essential to assess the perspective of these professionals to understand how to optimize the consumption of BZD in Portugal.

Objective: The objective of this study is to assess the difficulties of family doctors in prescribing and discontinuing BZD in Portugal.

Methods: The data was collected through a survey sent to family doctors across the country by email and other digital platforms. The participants were interns and specialists in family medicine and a convenience sample was obtained of 274 physicians. The survey, previously structured, contained three open questions and twenty-five statements to be classified using a Likert scale. For the quantitative analysis, the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) program was used and the qualitative analysis was performed using the MAXQDA® 2020 data analysis facilitation software.

Results: Difficulties related to: patient's beliefs/attitudes and doctor-patient communication (the most mentioned), means and strategies of prescription and discontinuation, dependence and tolerance, unwanted effects of BZDs, need for BZD and lack of alternatives/resources, doctor-doctor communication and role of the family doctor were identified.

Discussion: The qualitative approach used in this study was essential, since the theme of the study is not widely explored in Portugal. An added value of the study is the inclusion of interns in General and Family Medicine. The fact that the questionnaire has not been formally validated by independent entities and the convenience sample can be pointed out as the main limitations of the study.

Conclusion: When outlining the main difficulties of Portuguese family doctors in the prescription and discontinuation of BZD, namely those related to beliefs and attitudes and lack of means and resources, studies are suggested that deepen these topics and allow the development of appropriate strategies to optimize the process of (des) BZD prescription.

KEYWORDS

Benzodiazepines, family doctors, general and family medicine, difficulties, mixed study

INTRODUÇÃO

As benzodiazepinas (BZD) são psicofármacos utilizados frequentemente no tratamento de perturbações de ansiedade e insónia. No entanto, apresentam vários efeitos adversos tais como sedação excessiva, desorientação, comprometimento da cognição e memória e aumento do risco de traumas e quedas, principalmente na população idosa. Se utilizadas a longo prazo, por mais de quatro semanas, podem causar dependência e habituação.¹

Em Portugal, o consumo de psicofármacos, nomeadamente de BZD, é quase o dobro do consumo médio europeu², constituindo os ansiolíticos, os sedativos e os hipnóticos os mais prescritos em Portugal entre 2002 e 2012³. Assim, na população portuguesa, quase um quarto das mulheres e um décimo dos homens referiram o uso de ansiolíticos em 2008. De todos os indivíduos com qualquer perturbação de ansiedade, em Portugal, apenas 35% foram adequadamente tratados por médicos de família⁴. Este dado é preocupante, uma vez que os cuidados primários são o primeiro setor do Sistema Nacional de Saúde e de mais fácil acesso para a população com perturbações psiquiátricas.

Existem vários estudos que tentam avaliar a complexa decisão de prescrever BZD, tanto em Portugal⁵, como noutros países^{6,7}, sendo alguns dos fatores influenciadores mencionados: a expectativa do doente, a formação do médico, o tempo de consulta e a falta de meios alternativos.

Sendo a prescrição abusiva de BZD tão prevalente em Portugal, comparativamente à situação verificada nos outros países, este estudo insere-se numa tentativa de se apurar as causas, principalmente num setor de extrema importância que é o dos cuidados de saúde primários.

Assim, tendo por base estudos previamente realizados, foi desenvolvido um questionário com o objetivo de aferir as dificuldades dos médicos de família na prescrição e descontinuação de BZD no Sistema Nacional de Saúde, em Portugal.

MÉTODOS

Desenho de estudo

Realizou-se um estudo transversal e misto (quali-quantitativo), recorrendo a um questionário de autorresposta e a questões de resposta aberta.

Amostra de estudo e recrutamento dos participantes

A amostra foi constituída por conveniência, tendo o seu tamanho sido calculado para uma margem de erro de 5% e um intervalo de confiança de 90%, sabendo-se de um universo de 7451 médicos de Medicina Geral e Familiar (segundo a estatística de 2019 da Ordem dos Médicos), utilizando uma calculadora de amostra disponível na internet [<http://www.raosoft.com/samplesize.html>].

O questionário foi enviado a todos os Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) de Portugal Continental e às Unidades de Saúde Familiar das Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, através dos respetivos endereços eletrónicos, para a divulgação aos médicos de família a nível nacional. O questionário foi partilhado nas *mailinglists* de Medicina Geral e Familiar portuguesas e também na plataforma “Dr. Share” visando, assim, a divulgação do questionário a uma maior escala.

Os participantes do estudo incluídos foram médicos internos com o primeiro ano de internato concluído e especialistas em Medicina Geral e Familiar (MGF) com domínio da língua portuguesa.

Recolha de dados

A recolha dos dados foi feita com recurso a metodologia qualitativa e quantitativa, através de um questionário (Anexo I) com três perguntas abertas (duas iniciais sobre as dificuldades na prescrição e descontinuação de BZDs e uma final dando espaço para mais dificuldades sentidas) e vinte e cinco afirmações sobre barreiras e crenças frequentes encontradas na revisão da literatura para o médico classificar de acordo com o seu grau de concordância, segundo uma escala de Likert de 4 pontos: 4 = “Concordo”, 3 = “Concordo Parcialmente”, 2 = “Discordo Parcialmente” e 1 = “Discordo”. As vinte e cinco afirmações foram divididas em quatro categorias - crenças/attitudes do doente e relação médico-doente, falta de recursos, papel do médico de família e meios/estratégias de prescrição - de acordo com a temática em que incidiam, como apresentado na tabela do Anexo II.

O questionário incluiu, ainda, questões para caracterização demográfica: idade, sexo do participante e anos de experiência como médico de família (a partir do primeiro ano do internato).

Antes do questionário, apresentou-se um texto introdutório com informações relativas ao enquadramento do estudo e duas questões para o consentimento informado do inquirido.

Análise de dados

Para a análise quantitativa, utilizou-se o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 25.0 for Windows.

A análise qualitativa dos dados obtidos foi feita através do software de facilitação de análise de dados MAXQDA® 2020, fazendo classificação das respostas dadas por categorias, por metodologia de análise de conteúdo.

RESULTADOS

Característica da Amostra

O tamanho da amostra foi de 274 elementos.

Nesta amostra, 72% (n=197) dos elementos eram do sexo feminino, 61% (n=168) dos participantes tinham menos de 40 anos, cerca de 19% (n=52) tinham idades compreendidas no intervalo de 40 a 55 anos e 20% (n=54) tinham mais de 55 anos. A média de idades dos inquiridos foi de $41,08 \pm 12,50$ anos.

Na amostra, 80% (n=220) eram especialistas em Medicina Geral e Familiar e 20% (n=54) internos desta especialidade. Quanto aos anos de prática profissional dos médicos especialistas, a média de anos de experiência como médico de família dos participantes é $13,47 \pm 11,60$ anos.

Tabela 1 – Características dos participantes

		N	%
Sexo	Masculino	77	28
	Feminino	197	72
Idade	<40	168	61
	40-55	52	19
	>55	54	20
Internos de MGF		54	20
Anos de serviço como especialista em MGF	<10	128	58
	10-19	36	16
	20-29	23	10
	≥30	33	15

Análise Quantitativa

Todas as vinte e cinco afirmações foram classificadas com respostas de 1 a 4 (4 = “Concordo”, 3 = “Concordo Parcialmente”, 2 = “Discordo Parcialmente” e 1 = “Discordo”), exceto a afirmação 23, que não obteve nenhuma resposta 4. Na tabela 2, encontram-se apresentadas as afirmações do questionário por ordem decrescente da média do grau de concordância.

Tabela 2 – Afirmações do questionário por ordem decrescente da média do grau de concordância

Frases	Média +/- desvio padrão do grau de concordância
1. Não há oferta suficiente de psicólogos do sistema nacional de saúde no meu centro de saúde.	3,82±0,56
2. Tenho pouco tempo de consulta por doente.	3,53±0,67
3. O doente espera sair da consulta com uma receita.	3,42±0,65
4. Sinto-me capaz de orientar um doente na terapêutica com benzodiazepinas.	3,30±0,69
5. Tenho dificuldades em convencer o doente a interromper a toma de benzodiazepinas.	3,24±0,76
6. Sinto-me capaz de orientar o doente na interrupção da toma de benzodiazepinas.	3,08±0,78
7. Sinto que não tenho tempo para falar com os meus doentes sobre os seus problemas de saúde mental.	3,01±0,87
8. Os doentes preferem medicamentos a aconselhamento psicológico.	2,97±0,84
9. O médico de família não tem tempo para aconselhamento psicológico.	2,91±0,90
10. O doente sai mais satisfeito da consulta com uma receita.	2,90±0,84
11. Muitos dos doentes a quem prescrevo benzodiazepinas, apenas necessitam aconselhamento psicológico.	2,79±0,86
12. A oferta escassa de psicólogos do serviço nacional de saúde na área onde trabalho, leva-me a prescrever mais benzodiazepinas.	2,64±1,05
13. Tenho dúvidas na prescrição de benzodiazepinas em doentes com algumas comorbilidades.	2,61±0,92
14. O aconselhamento psicológico é da responsabilidade do médico de família.	2,56±0,78
15. A prescrição de benzodiazepinas poupa tempo de consulta.	2,32±0,98
16. A relação médico-doente deteriora-se pela não prescrição de fármacos.	2,29±0,87
17. Sinto que não tenho formação adequada para prescrever benzodiazepinas.	1,86±0,93
18. A maioria dos doentes têm medo de tomar benzodiazepinas.	1,84±0,73
19. Não tenho conhecimento suficiente sobre os efeitos secundários das benzodiazepinas.	1,74±0,81
20. É difícil convencer os doentes a tomar benzodiazepinas.	1,57±0,63
21. O doente prefere ser referenciado a um psiquiatra para a prescrição de benzodiazepinas.	1,49±0,67
22. O doente não confia no médico de família para a prescrição de benzodiazepinas.	1,24±0,49
23. Cabe apenas ao psicólogo/psiquiatra a adoção de medidas não farmacológicas.	1,24±0,60
24. Conversar com o doente sobre problemas do foro psicológico é uma perda de tempo.	1,16±0,49
25. Sempre que tenho um doente que precisa de tomar benzodiazepinas referencio a um psiquiatra.	1,12±0,37

As sete primeiras afirmações da tabela possuem uma média de concordância superior a 3, ou seja, a maioria dos participantes concorda estas afirmações. Estas frases dizem maioritariamente respeito às categorias “crenças/attitudes do doente e relação médico-doente” (3,5) e “falta de recursos” (1,2,7). As frases 4 e 6 pertencem à categoria “meios/estratégias de prescrição”, mas são afirmações que mostram que os médicos de família têm segurança no processo de prescrição e interrupção na terapêutica com BZD e, portanto, contrariam a hipótese.

Análise Qualitativa

A maioria dos participantes, 87%, descreveram dificuldades na prescrição de BZD, enquanto 99% relatam dificuldades na desprescrição. Foram identificados como temas principais (por ordem decrescente de frequência de resposta):

1. Crenças/attitudes do doente e comunicação médico-doente.
2. Meios e estratégias de prescrição e desprescrição
3. Dependência e tolerância
4. Efeitos indesejados das benzodiazepinas – efeitos secundários e síndrome de privação
5. Necessidade de benzodiazepinas e falta de alternativas/recursos
6. Comunicação médico-médico

Algumas das respostas exemplificativas de cada categoria estão indicadas na tabela 3.

Crenças do doente e comunicação médico-doente

Cerca de 68% dos inquiridos mencionava as attitudes do doente como principal dificuldade na prescrição/desprescrição de BZD. Foi frequentemente realçada a importância da comunicação no momento da prescrição inicial da BZD, de modo a explicar a importância de manter um tratamento a curto-médio prazo e da necessidade do cumprimento das indicações terapêuticas (posologia, duração do tratamento, etc.).

Pelo contrário, alguns participantes revelaram que há uma pequena percentagem de doentes que se mostra reticente à toma de BZD, grande parte devido ao estigma associado à doença mental, ainda presente nos dias de hoje.

Os inquiridos também relataram que o doente frequentemente apresenta resistência à descontinuação da BZD, dado o impacto positivo do fármaco no seu dia-a-dia, permitindo-lhe um bom controlo da sintomatologia. Deste modo, existe receio de que, com a sua cessação ou substituição, haja um ressurgimento dos sintomas. O utente vê, assim, a benzodiazepina como a única solução terapêutica, e dissuadi-lo dessa crença é um dos grandes obstáculos na cessação da toma de BZD.

Meios e estratégia de prescrição e desprescrição

Cerca de 47% dos inquiridos, revelavam como dificuldade a escolha da melhor estratégia de prescrição/desprescrição de BZD. Existiam muitas dúvidas quanto à escolha da molécula que melhor se adapta ao utente, tendo em conta a sua duração de ação, efeitos secundários e potencial aditivo. Um receio frequente é prescrever uma BZD que não seja eficaz no tratamento sintomatológico do doente.

Na prescrição, foi realçada também a importância de selecionar a melhor BZD para o doente, tendo em conta a sua idade, comorbilidades, medicação habitual, contexto social e familiar e – destacado como muito importante – o seu potencial perfil abusivo, de forma a evitar dependência. Vários participantes mostraram preocupação quanto à escolha da posologia e à dificuldade de traçar um esquema para a descontinuação, logo no primeiro momento da prescrição.

Os participantes revelaram também dificuldades no processo de decisão do melhor momento para começar a descontinuação do fármaco e em delinear um esquema de redução da posologia com vista à cessação da toma.

Dependência e tolerância

Outra dificuldade mencionada em 43% das respostas foi a dependência e a tolerância causadas pelas BZD.

Estes efeitos são comuns na toma de BZD. A dependência ocorre quando o doente necessita da BZD para funcionar no dia-a-dia. A tolerância, por sua vez, corresponde a um processo no qual o organismo se adapta a um fármaco e observa-se quando é necessário a toma de doses excessivamente mais elevadas para conseguir o mesmo efeito. A preocupação com a dependência e tolerância é um fator com peso na decisão da prescrição e é mencionada como uma causa frequente do insucesso da desprescrição de BZD.

Efeitos indesejados das benzodiazepinas

Os possíveis efeitos adversos da medicação, tanto na prescrição como na desprescrição, foram referidos em cerca de 20% das respostas dos inquiridos. Os médicos de família receiam o surgimento de efeitos secundários no início da toma da BZD e, temem que o momento de cessação da toma do fármaco resulte numa síndrome de privação. Os efeitos secundários mais frequentes resultantes da toma de BZD são amnésia anterógrada, letargia, tonturas (que propiciam o aumento de quedas referido em algumas respostas), etc. A síndrome de privação decorre da descontinuação da

BZD, quando reaparecem os sintomas previamente controlados com a benzodiazepina, como ansiedade e insónia, associados a outros sintomas de descontinuação como náuseas, vômitos, suores, tremores, etc.

Necessidade de benzodiazepinas e falta de alternativas/recursos

Muitos dos médicos de família referiram como principal problema avaliar de facto a necessidade de BZD e se a sua prescrição não poderia ser substituída por outras alternativas, tanto farmacológicas como não farmacológicas, que muitas vezes não se encontram disponíveis. Tal dificuldade foi referida em cerca de 15% das respostas.

A este respeito, os médicos queixaram-se de falta de alternativas farmacológicas eficientes e com baixo custo semelhante. Mencionam adicionalmente, falta de tempo por consulta para acompanhar o doente no processo da toma da BZD, bem como indisponibilidade para marcar consultas regulares, dado o elevado número de doentes por médico, o que leva a ultrapassar largamente os intervalos preconizados para o correto acompanhamento. Referem igualmente, falta de recursos terapêuticos não farmacológicos e a necessidade de maior contratação de psicólogos nos respetivos Centros de Saúde. A desprescrição, por sua vez, vê-se frequentemente comprometida pela dispensa do fármaco sem prescrição nas farmácias.

Comunicação médico-médico

A comunicação entre diferentes médicos leva a muitas dificuldades na prescrição/desprescrição de BZD, como foi referido em 3% das respostas. Muitas vezes, o doente é seguido por vários médicos, da mesma ou de diferentes especialidades, que fornecem informação contraditória no que diz respeito à toma da BZD, principalmente relativamente à duração do tratamento, tornando difícil muitas desprescrições.

Tabela 3 – Dificuldades identificadas pelos participantes na prescrição/desprescrição de benzodiazepinas

Tema	Citações
Crenças/atitude do doente e comunicação médico-doente.	<p>“convencer o utente das vantagens na descontinuação das BZD”</p> <p>“Fazer entender que não é uma medicação crónica”</p> <p>“Resistência do doente face ao plano de descontinuação”</p> <p>“a percepção do doente de nunca não poderá passar bem sem a BZD”</p> <p>“ter a paciência de explicar repetidamente que o fármaco não resolve, apenas ajuda temporariamente”</p> <p>“O utente nem sempre percebe importância de descontinuar”</p> <p>“Fracas adesão aos esquemas de desmame dos ansiolíticos”</p> <p>“utente sente que tem controlo sobre a ansiedade com o medicamento e fica com receio de não o ter disponível”</p> <p>“o utente está convencido que não dorme ou que ficará ansioso se descontinuar”</p> <p>“Convencer os doentes dos seus reais malefícios”</p>

Meios e estratégias de prescrição e desprescrição	<p>“qual introduzir e efeitos laterais”</p> <p>“limitar a duração de uso”</p> <p>“determinar qual a mais adequada ao caso em concreto”</p> <p>“Fármaco-cinética e farmacodinâmica de cada BZD e aplicação ao doente”</p> <p>“saber quanto tempo prescrever”</p> <p>“Pensar como a vou retirar”</p> <p>“Garantir a posologia mínima no período mínimo necessário”</p> <p>“Saber qual escolher para cada situação”</p> <p>“Risco de interações medicamentosas, tempo de utilização”</p> <p>“Saber o melhor esquema para os melhores resultados”</p> <p>“Como fazer o desmame”</p>
Dependência e tolerância	<p>“garantir que o utente não fica dependente”</p> <p>“Tolerância e adição.”</p> <p>“Medo da habituação pelo doente”</p> <p>“Risco de dependência”</p> <p>“Receio de induzir dependência e tolerância”</p> <p>“habituação à medicação, cronicidade terapêutica”</p> <p>“Doente demasiado dependente do fármaco.”</p>
Efeitos indesejados das benzodiazepinas	<p>“Sintomatologia relacionada com a descontinuação”</p> <p>“Medo de efeitos secundários.”</p> <p>“sintomas de privação descritos pelo utente”</p> <p>“a dificuldade em fazer a paragem pelos efeitos que surgem nomeadamente aumento da ansiedade e insónia”</p> <p>“Gestão dos efeitos secundários”</p> <p>“sintomatologia de descontinuação, o aumento de ansiedade por parte do utente”</p> <p>“reaparecimento de sintomatologia no doente”</p>
Necessidade de benzodiazepinas e falta de alternativas/recursos	<p>“não conseguir por vezes o efeito pretendido usando outros fármacos.”</p> <p>“Será mesmo necessário?”</p> <p>“dificuldade de agendar o acompanhamento mais frequentemente”</p> <p>“dispensa de BZD sem receita por parte das farmácias”</p> <p>“requerer mais tempo de consulta e mais consultas para acompanhamento que considerando a carga de trabalho habitual é muito difícil. O menor acompanhamento ou menos consultas diminui a probabilidade de sucesso”</p> <p>“Ausência de alternativas farmacológicas e disponibilidade de Terapia Cognitiva Comportamental dirigida.”</p> <p>“preço baixo muito mais atrativos para os utentes do que as alternativas”</p> <p>“Ter acesso à consulta de psicologia.”</p>
Comunicação médico-médico	<p>“procura do mesmo por outros prescritores”</p> <p>“Falta de suporte multidisciplinar”</p>

DISCUSSÃO

Neste estudo foram avaliadas as dificuldades na prescrição e desprescrição de BZD por parte dos médicos de família em Portugal. Até onde julgamos saber, este estudo representa a primeira abordagem qualitativa deste problema de grande importância em Portugal.

A combinação da informação recolhida na análise qualitativa com as respostas do questionário permite-nos inferir com maior abrangência e precisão as dificuldades na prescrição de BZD.

A grande maioria dos participantes admitiu deparar-se com dificuldades no processo de prescrição e desprescrição de BZD. Na análise quantitativa e qualitativa foram encontradas sete temáticas onde se inserem as principais dificuldades dos inquiridos.

A comunicação entre o médico e o doente e as atitudes e crenças do utente são as dificuldades mais referidas em todo o estudo, o que vai de acordo com o documentado previamente na literatura^{6,7,8,9,10,11,12,13}. Os participantes acreditam que o aconselhamento psicológico do doente despende muito tempo de consulta. No entanto, a longo prazo é possível que reduza o número de consultas por doente, uma vez que tratando a patologia de base do doente com psicoterapia, reduzirá o número de consultas futuras para reposição da prescrição⁹.

Dado que a comunicação médico-doente é a barreira mais identificada na (des)prescrição de BZD, seria essencial o investimento na formação dos médicos de família na área da comunicação, de modo a capacitar os médicos de melhores ferramentas comunicacionais, estimular a reflexão sobre as expectativas do doente e encorajar a exploração da perspectiva do doente através do diálogo.

A falta de tempo de consulta é das maiores queixas dos participantes na (des)prescrição de BZD.^{6,8,9,10,12,14} Muitas vezes, apesar do clínico não considerar que a BZD seja a solução definitiva da patologia do doente, procede à sua prescrição por acreditar que há uma falta de alternativas ou que as possíveis alternativas poderiam levar muito tempo de consulta. Assim sendo, uma das medidas que teria mais impacto na prescrição de BZD seria a maior disponibilização de terapêuticas não farmacológicas, com fácil acesso a profissionais de saúde e a baixo custo. Adicionalmente, seria essencial o estabelecimento de uma maior rede multiprofissional com partilha entre profissionais na área da saúde mental para melhor lidar com as crenças do utente e optar pela melhor abordagem multidisciplinar para tratar o doente.

Também seria importante a ponderação de redução da carga de trabalho dos médicos de família, permitindo assim a aplicação de terapêuticas mais consumidoras de tempo, tais como o aconselhamento psicológico.

Os participantes realçam a dificuldade em “convencer o doente” a descontinuar a BZD. Apesar de, na análise qualitativa, alguns participantes terem referido que certos doentes apresentavam algum receio na toma de BZD, na análise quantitativa as afirmações que defendiam esta ideia obtiveram um baixo grau de concordância. Isto leva-nos a crer que, na perspetiva dos médicos, esta atitude esteja apenas presente numa percentagem reduzida de doentes, sendo que a grande maioria terá uma atitude positiva em relação à toma de BZD.

Seria interessante, para estudos futuros, combinar as expectativas do médico em relação ao que o doente acredita, com as crenças reais do paciente quanto à toma de BZD, para perceber se as crenças do médico em relação à vontade do paciente são apenas presumidas, em vez de realmente discutidas.

Parecem existir muitas dúvidas quanto à melhor abordagem na prescrição e desprescrição de BZD, no que diz respeito à escolha do fármaco, duração do tratamento, posologia e outras particularidades. No entanto, no questionário as frases que afirmavam segurança no processo de prescrição (frase 4) e desprescrição (frase 6) obtiveram um grau de concordância elevada, revelando uma discordância com os dados obtidos na análise qualitativa, uma vez que esta foi a segunda categoria mais mencionada nas respostas abertas. A razão desta dicotomia permanece uma incógnita, mas revela uma possível falta de auto percepção do conhecimento médico nesta área por parte dos inquiridos. Dado a tarefa complexa e repleta de incertezas que é a (des)prescrição de BZD, também é possível, que os médicos de família considerem a (des)prescrição com segurança mesmo mantendo algumas dúvidas. Tal não foi devidamente apurado e poderia ser o foco de futuros estudos.

Em Portugal, não existem diretrizes oficiais para a descontinuação de BZD nos cuidados primários, apesar de existirem estudos e folhetos informais elaborados.¹⁵ A elaboração de diretrizes claras evitaria abordagens individuais e inconsistentes no processo de descontinuação, tornando o processo de decisão terapêutica mais simples e eficaz nos constrangimentos temporais da prática clínica. O investimento na formação e partilha entre médicos de família e criação de ferramentas de apoio sobre (des)prescrição de BZD, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento de estratégias de comunicação com o doente, é uma medida essencial para a diminuição do consumo desta classe de fármaco^{16,17}.

Adicionalmente, a dependência, a tolerância e o potencial aditivo das BZD como obstáculos na descontinuação das BZD são também citadas em praticamente todos os estudos nesta área^{7,9,10,13}.

Os médicos de família temem o surgimento de efeitos secundários⁹ aquando do início da toma da BZD e a manifestação de uma síndrome de privação na sua descontinuação. A síndrome de privação é um tema pouco mencionado nos estudos prévios e que parece ser importante para os médicos de família portugueses pelo que deve ser tido em conta nas formações e ferramentas criadas para apoio na desprescrição.

A comunicação entre médicos dificulta frequentemente o processo de desprescrição. Os nossos resultados são concordantes com os de estudos anteriores que realçam a necessidade de melhor cooperação entre médicos de diferentes especialidades e de instruções claras por parte dos psiquiatras¹².

Os inquiridos veem como função do médico de família o aconselhamento psicológico e a prescrição de BZD, negando que devam ser exclusivamente lidadas por profissionais de saúde mental.⁹ Estes achados reforçam a necessidade da capacitação de médicos de família na área da saúde mental.

Os resultados deste estudo para além de irem de encontro ao mencionado em estudos internacionais da mesma temática, são validados pelo único estudo do nosso conhecimento realizado em Portugal na mesma área.¹¹ Este estudo analisou as atitudes e crenças de médicos de várias especialidades em Portugal em relação às BZD, verificando-se concordância na importância das crenças do doente e da dificuldade em motivá-lo para a descontinuação, como das principais dificuldades na (des)prescrição de BDZ. Foi também concluído que os médicos de família, especificamente, consideram-se bem informados sobre os benefícios e riscos das BZD, o que confirma os resultados obtidos no nosso estudo na análise quantitativa.

Pontos fortes e limitações

Quanto às limitações do estudo, o questionário não foi validado formalmente e foi respondido de forma anónima e sem nenhum método identificativo da resposta, pelo que não se pode garantir que o mesmo indivíduo não possa ter respondido mais do que uma vez ao questionário. Foi utilizada uma amostra de conveniência, o que pode diminuir a fiabilidade dos resultados deste estudo. O questionário, ao ser partilhado *online*, por email e aplicações, poderá ter resultado num viés de resposta, ao alcançar participantes mais jovens, com uma maior facilidade de utilização deste tipo de ferramentas tecnológicas, além do viés de voluntarismo.

A abordagem qualitativa utilizada neste estudo foi essencial, já que a temática do estudo não se encontra muito desenvolvida em Portugal. Era, portanto, muito importante a recolha de informação abrangente sobre o ponto da situação atual, permitindo a possibilidade de estruturação de novos estudos no futuro, de modo a aferir com maior precisão respostas à questão abordada e, deste modo, implementar estratégias para colmatar a prescrição excessiva ou desadequada desta classe de fármacos.

Uma mais valia deste estudo é, também, a inclusão de médicos internos de Medicina Geral e Familiar (20%). Ao analisarmos médicos com menos anos experiência, conseguimos perceber qual é a bagagem de conhecimento que os profissionais recém-formados trazem quanto à área da saúde mental. Os médicos internos, também são tipicamente mais jovens e, portanto, as suas crenças e atitudes face à prescrição de BZD são mais concordantes com as atitudes que os profissionais de saúde terão nos próximos anos, tornando as conclusões do presente estudo mais precisas, atuais e com potencial de futuro.

CONCLUSÃO

O presente estudo procurou aferir as dificuldades dos médicos de família na prescrição e descontinuação de BZD no Sistema Nacional de Saúde português, tendo identificado sete áreas: crenças/atitudes do doente e comunicação médico-doente, meios e estratégias de prescrição e desprescrição, dependência e tolerância, efeitos indesejados das BZD, necessidade de BZD e falta de alternativas/recursos, comunicação médico-médico e papel do médico de família. Para colmatar tais dificuldades, sugerimos um investimento na formação dos médicos de família, principalmente no que diz respeito ao melhoramento das capacidades comunicacionais, uma maior disponibilização de serviços de saúde mental a baixos custos, a elaboração de diretrizes oficiais claras para a (des)prescrição de BZD nos cuidados primários e uma maior comunicação multidisciplinar entre diferentes profissionais para melhor seguimento do doente. Após este ponto de partida de aferição das principais dificuldades, numa perspetiva futura, sugerem-se estudos que permitam desenvolver estratégias adequadas para otimizar o processo da (des)prescrição de BZD como a criação de ferramentas que incluam médicos, utentes, profissionais de saúde mental e farmacêuticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lader M. Benzodiazepine harm: How can it be reduced? *Br J Clin Pharmacol*. 2014;77(2):295–301.
2. Xavier M, Paixão I, Mateus P, Goldschmidt T, Pires P, Narigão M, et al. Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. Inês Pestana António Pires Preto [Internet]. 2017;1–32.
3. Furtado C. Psicofármacos: Evolução do consumo em Portugal Continental (2000-2012) [Internet]. Lisboa: INFARMED; 2014. Available from: https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/psicofarmacos_relatorio2013+%281%29.pdf/3e52568f-7f90-47c8-9903-d128395c73e5
4. Caldas de Almeida JM & Xavier M. Estudo epidemiológico nacional de saúde mental:1º relatório [Internet]. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; 2013. Available from: https://www.researchgate.net/publication/278786138_Estudo_Epidemiologico_Nacional_de_Saude_Mental_1_Relatorio
5. Oliveira J, Neves I, Fernandes M, Santos O, Maria V. Prescribing and facilitating withdrawal from benzodiazepines in primary health care TT - Prescrição e descontinuação de benzodiazepinas em cuidados de saúde primários. *Rev Port Med Geral e Fam* [Internet]. 2019;35(4):305–12.
6. Srisurapanont M, Garner P, Critchley J, Wongpakaran N. Benzodiazepine prescribing behaviour and attitudes: A survey among general practitioners practicing in northern Thailand. *BMC Fam Pract*. 2005;6:1–5.
7. Bjørner T, Lærum E. Factors associated with high prescribing of benzodiazepines and minor opiates. *Scand J Prim Health Care* [Internet]. 2003 Jan 12;21(2):115–20.
8. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Christiaens T. The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice: A qualitative study on GPs' perspectives. *Scand J Prim Health Care*. 2007;25(4):214–9.
9. Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: Systematic review and meta-synthesis. *BMC Fam Pract*. 2013;14:13.
10. Cook JM, Marshall R, Masci C, Coyne JC. Physicians' perspectives on prescribing

- benzodiazepines for older adults: A qualitative study. *J Gen Intern Med.* 2007;22(3):303–7.
11. Neves IT, Oliveira JSS, Fernandes MCC, Santos OR, Maria VAJ. Physicians' beliefs and attitudes about Benzodiazepines: A cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2019;20(1):1–8.
 12. Šubelj M, Vidmar G, Švab V. Prescription of benzodiazepines in Slovenian family medicine: A qualitative study. *Wien Klin Wochenschr.* 2010;122(15–16):474–8.
 13. Orlandi P, Noto AR. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. *Rev latino-americana enfermagem.* 2005;13 Spec No:896–902.
 14. Parr JM, Kavanagh DJ, Young RMD, McCafferty K. Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: A qualitative analysis. *Soc Sci Med.* 2006;62(5):1237–49.
 15. Barreira VT da S. Desprescrição de Benzodiazepinas- Adaptação de um Algoritmo para a língua Portuguesa. 2019;
 16. Creupelandt H, Anthierens S, Habraken H, Declercq T, Sirdifield C, Siriwardena AN, et al. Teaching young GPs to cope with psychosocial consultations without prescribing: A durable impact of an e-module on determinants of benzodiazepines prescribing. *BMC Med Educ.* 2017;17(1):1–9.
 17. Magin P, Tapley A, Dunlop AJ, Davey A, van Driel M, Holliday E, et al. Changes in Australian Early-Career General Practitioners' Benzodiazepine Prescribing: a Longitudinal Analysis. *J Gen Intern Med.* 2018;33(10):1676–84.

ANEXO I – Questionário

Perguntas abertas iniciais:

- Quais são as principais dificuldades que sente quando inicia a prescrição de uma benzodiazepina?
- Quais as principais dificuldades que sente quando quer descontinuar uma benzodiazepina?

Afirmações para classificar segundo o grau de concordância:

1. O doente espera sair da consulta com uma receita.
2. Muitos dos doentes a quem prescrevo benzodiazepinas, apenas necessitam aconselhamento psicológico.
3. Sinto que não tenho formação adequada para prescrever benzodiazepinas.
4. Tenho pouco tempo de consulta por doente.
5. A maioria dos doentes têm medo de tomar benzodiazepinas.
6. Cabe apenas ao psicólogo/psiquiatra a adoção de medidas não farmacológicas.
7. Tenho dúvidas na prescrição de benzodiazepinas em doentes com algumas comorbilidades.
8. Não há oferta suficiente de psicólogos do sistema nacional de saúde no meu centro de saúde.
9. Sinto-me capaz de orientar o doente na interrupção da toma de benzodiazepinas.
10. A relação médico-doente deteriora-se pela não prescrição de fármacos.
11. Conversar com o doente sobre problemas do foro psicológico é uma perda de tempo.
12. Sempre que tenho um doente que precisa de tomar benzodiazepinas referencio a um psiquiatra.
13. A oferta escassa de psicólogos do serviço nacional de saúde na área onde trabalho, leva-me a prescrever mais benzodiazepinas.
14. É difícil convencer os doentes a tomar benzodiazepinas.
15. Sinto que não tenho tempo para falar com os meus doentes sobre os seus problemas de saúde mental.
16. O doente sai mais satisfeito da consulta com uma receita.
17. A prescrição de benzodiazepinas poupa tempo de consulta.
18. Não tenho conhecimento suficiente sobre os efeitos secundários das benzodiazepinas
19. O doente não confia no médico de família para a prescrição de benzodiazepinas.
20. O médico de família não tem tempo para aconselhamento psicológico.
21. Tenho dificuldades em convencer o doente a interromper a toma de benzodiazepinas.
22. Os doentes preferem medicamentos a aconselhamento psicológico.
23. Sinto-me capaz de orientar um doente na terapêutica com benzodiazepinas.
24. O aconselhamento psicológico é da responsabilidade do médico de família.

25. O doente prefere ser referenciado a um psiquiatra para a prescrição de benzodiazepinas.

Pergunta aberta final:

- Alguma outra dificuldade que sinta na prescrição de benzodiazepinas, não mencionada anteriormente?

ANEXO II – Afirmações do questionário por categoria

	Crenças/attitudes do doente e relação médico-doente	Falta de recursos	Papel do médico de família	Meios/estratégias de prescrição
1		•		
2		•		
3	•			
4				•
5	•			
6				•
7		•		
8	•			
9		•		
10	•			
11		•		
12		•		
13				•
14			•	
15		•		
16	•			
17				•
18	•			
19				•
20	•			
21	•			
22	•			
23			•	
24			•	
25			•	