

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MARGARIDA ISABEL GONÇALINHO ALMEIDA

**ATITUDES DOS INTERNOS DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR
SOBRE DESPRESCRIÇÃO**

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

FEVEREIRO 2023

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

**ATITUDES DOS INTERNOS DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR SOBRE
DESPRESCRIÇÃO**

Family Medicine Residents attitudes towards deprescribing

Autores:

Margarida Isabel Gonçálinho Almeida¹

Inês Rosendo Carvalho e Silva^{1,2}

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: margaridaigalmeida@gmail.com

ÍNDICE

RESUMO	3
PALAVRAS-CHAVE	3
ABSTRACT	4
KEYWORDS	4
INTRODUÇÃO	5
MÉTODOS	7
RESULTADOS	9
DISCUSSÃO	16
CONCLUSÃO	20
AGRADECIMENTOS	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
ANEXO I – Questionário	24
ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro	26

RESUMO

Introdução e Objetivos: Portugal tem um elevado índice de envelhecimento e os seus idosos têm mais que uma doença crónica e tomam múltiplos fármacos. Por isso, gerir a multimorbilidade e polifarmacoterapia é um desafio. Há estudos portugueses sobre as atitudes no que toca à desprescrição, mas nenhum foca a opinião dos internos. Estes são os médicos que vão seguir estes doentes polimedicados nos próximos anos e que vão prescrever e gerir a toma de maior parte dos medicamentos.

Métodos: Estudo transversal. Os dados foram colhidos através de um questionário enviado a internos de Medicina Geral e Familiar de todo o país por e-mail e é referente a 2022. O questionário, previamente estruturado, contém três perguntas de resposta aberta, vinte e duas afirmações para serem classificadas de acordo com a escala de *Likert* de 5 pontos e cinco questões de escolha múltipla sobre o género, faixa etária, ano de internato e se a desprescrição foi um tópico discutido e em que fase do percurso profissional.

Resultados: Foram obtidas 106 respostas válidas: 76,4% do sexo feminino, 70,8% entre os 25-30 anos e 34% internos do 1º ano de Medicina Geral e Familiar. A maioria dos inquiridos, concorda que a desprescrição traz grandes benefícios e as grandes barreiras passam pela literacia do doente, tempo de consulta e ferramentas e informação insuficiente para médicos e utentes.

Discussão: Este é o primeiro estudo português sobre desprescrição que apenas tem em conta o parecer dos internos. As opiniões dos internos inferidas através da análise quantitativa e qualitativa, permite ter uma perspetiva do papel da desprescrição no futuro da gestão dos doentes nos Cuidados de Saúde Primários e o que pode ser feito para esta ser mais usada na prática clínica. Uma grande limitação do estudo prende-se pelo baixo número de respostas que não permitiu atingir o tamanho amostral necessário para fazer generalizações para a população.

Conclusão: Os resultados obtidos sublinham a importância que a desprescrição tem para os internos e a necessidade de adoção de estratégias para aumentar a desprescrição e diminuir a polifarmacoterapia. Será importante aprofundar a temática para determinar como ter uma adesão mais fácil por parte do doente e criar diretrizes que auxiliem o médico a otimizar a desprescrição.

PALAVRAS-CHAVE

Desprescrição, Polifarmacoterapia, Multimorbilidade, Internos de Medicina Geral e Familiar

ABSTRACT

Background and Aims: Portugal has an high aging index and its elderly have more than one chronic disease and have multiple medications. Therefore managing multimorbidity and polypharmacy is a challenge. There are portuguese studies regarding attitudes toward deprescribing, but none focusing on family medicine residents. These are the doctors that will follow these polymedicated patients in the following years and will prescribe and manage the taking of most of the drugs.

Methods: Cross sectional study. The data was collected through a survey sent to interns of general practice/family medicine across the country by email and it refers to 2022. The survey, previously structured, contained three open questions, twenty-two statements to be classified using a 5 point *Likert* scale and five multiple choice questions about the gender, age range, year of residency and if deprescription has been a topic discussed in their professional journey and at what stage.

Results: One hundred and six valid answers were obtained: 76,4% were female, 70,8% were between 25 and 30 years old and 34%% were first year family medicine residents. Most of the participants agree that deprescribing is very beneficial and that greatest barriers include the patients' health literacy, the insufficient time per appointment and the lack of tools and information for the doctors and patients.

Discussion: As mentioned previously, this is the first portuguese study about description that considers the opinions of the junior doctors. The opinions of the residentes revealed by the qualitative and quantitative analysis, allows us to have a perspective about the role that deprescribing will take in the management of patients in Primary Health Care and what can be done to put use it more in the clinical practice. A big limitation of this study is the low number of responses that didn't allow us to reach the needed sample size to generalize these findings for the population.

Conclusion: The obtained result underlines how important deprescribing is for the residents and the need to adopt strategies to increase deprescription and reduce polypharmacy. It's important to deepen the theme to determine how to have an easier adherence from the patient and to create guidelines that help the doctor optimize deprescribing.

KEYWORDS

Deprescribing, Polypharmacotherapy, Multimorbidity, Family medicine residents

INTRODUÇÃO

Portugal é o país da União Europeia com maior índice de envelhecimento, tendo registado uma taxa de crescimento médio anual de 3,6%. Em 2050, o número de idosos deverá atingir o valor mais elevado.^{1,2} Dos idosos portugueses, > 90%, tem mais do que uma doença crónica, o que é designado de multimorbilidade.³ De forma a diminuir o impacto destas doenças, muitas vezes recorre-se à polifarmacoterapia, comumente definida como a toma de 5 ou mais fármacos em simultâneo ou o uso de fármacos não indicados, ineficientes ou que levam a duplicação terapêutica.⁴ Em 2018, 77% dos idosos seguidos em Cuidados de Saúde Primários estavam sujeitos a polifarmacoterapia.⁵ Para além da multimorbilidade, outros fatores podem contribuir para a polifarmacoterapia tais como seguimento por diversos especialistas, a presença de doenças mentais crónicas, residência em instituições de cuidados a longo termo, a não atualização da ficha clínica e as prescrições realizadas de forma não presencial.⁶ A polifarmacoterapia acarreta determinados riscos como, por exemplo, o consumo de medicamentos potencialmente inadequados em que os malefícios da sua toma são superiores aos benefícios, existindo uma alternativa mais segura disponível.⁷ Também pode haver prescrições potencialmente inapropriadas no que toca à dosagem, duração ou por não estarem de acordo com as necessidades do doente.³ Devido a alterações na farmacodinâmica e farmacocinética causadas pelo envelhecimento e à elevada quantidade de fármacos que consomem, os idosos têm maior probabilidade de ter interações medicamentosas, especialmente se as prescrições não forem as mais adequadas, o que pode aumentar o risco de reações adversas, hospitalizações, morbilidade e mortalidade.⁸ De entre as classes farmacológicas que mostraram causar efeitos adversos mais graves encontram-se os anticolinérgicos, benzodiazepinas, antipsicóticos e opióides.⁹ Para além disso, os encargos com medicamentos em Portugal Continental em 2020 do Sistema Nacional de Saúde (SNS) foram de 1 359,4 milhões de euros e do utente rondaram os 729,7 milhões de euros.¹⁰

Por isso, são necessárias estratégias para garantir que as pessoas estão medicadas de forma adequada com o objetivo de reduzir custos de saúde sociais e do doente e aumentar ganhos de saúde através da redução do risco de interações medicamentosas e melhor adesão terapêutica, também pelo reduzido uso de medicamentos potencialmente inapropriados e diminuição da mortalidade.^{11,12} A desprescrição de fármacos é uma abordagem para gerir a polifarmacoterapia, que se define como o processo de paragem ou redução de medicamentos inapropriados, supervisionado por um profissional de saúde.¹¹ Tal como outras estratégias, a desprescrição tem os seus

riscos, dos quais podem-se destacar síndromes de abstinência, retorno dos sintomas e alterações no metabolismo dos fármacos com que o doente continue a ser medicado.⁹ Os internos de Medicina Geral e Familiar (MGF) são aqueles que irão acompanhar os doentes sujeitos a polifarmacoterapia mais regularmente nos anos seguintes e vão prescrever e gerir a toma de maior parte dos fármacos. Existem diversos estudos em Portugal sobre o tema de desprescrição de determinados fármacos ou usando certos modelos computacionais, mas nenhum do nosso conhecimento em que a população alvo sejam os internos de MGF.

Assim, com este estudo pretende-se saber a perceção dos internos de MGF sobre a temática da desprescrição. Para isso, será elaborado um questionário para estudo transversal que pretende saber se o tema já foi discutido em alguma fase do seu percurso profissional, que informação estes têm sobre desprescrição e quais as dificuldades, riscos e benefícios que consideram existir quando esta é mencionada, de modo a melhor informar, desenvolver e otimizar intervenções para a desprescrição.

MÉTODOS

Desenho de estudo

Foi realizado um estudo transversal quali-quantitativo com três questões abertas, vinte e duas afirmações para classificar de acordo com uma escala de *Likert* de 5 pontos e cinco questões de escolha múltipla sobre o género, faixa etária, ano de internato e se a desprescrição foi um tópico discutido e em que fase do percurso profissional.

Amostra de estudo e recrutamento dos participantes

De forma a determinar o tamanho da amostra, foram contactadas as Comissões de internos das zonas Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve, Madeira e Açores no sentido de aferir o número de internos da especialidade. Apenas não responderam as comissões do Alentejo e Lisboa e Vale do Tejo. Foi obtido um total de 1332 internos de MGF que inclui os 428 da Zona Centro, 745 da Zona Norte, 62 do Algarve, 48 da Madeira e 49 dos Açores. Visto que não foi obtida resposta e tendo em conta que as vagas da zona de Lisboa e Vale do Tejo são semelhantes às da zona Norte e as do Alentejo às do Algarve, pode-se estimar um total de 2139 internos de MGF a nível nacional.

A amostra foi constituída por conveniência, sendo o seu valor-alvo de 241 para uma margem de erro de 5% e um intervalo de confiança de 90%.

O questionário foi enviado a todas as Comissões de Internos de MGF de Portugal Continental e Regiões Autónomas e a todos os Coordenadores do Internato de MGF das mesmas zonas, que ajudaram na divulgação do questionário, através dos respetivos e-mails, aos internos da especialidade a nível nacional. Os participantes cumpriam os critérios de inclusão desde que fossem internos de MGF entre o 1º e o 4º ano a exercer em Portugal Continental, Madeira ou Açores com domínio da língua portuguesa.

Recolha e análise de dados

A recolha de dados foi feita entre Novembro de 2022 e Janeiro de 2023, através de um questionário (Anexo I) constituído por 4 partes: uma 1ª parte com perguntas sobre características dos internos de MGF, nomeadamente género, idade, ano de formação; a segunda parte era constituída por 2 perguntas sobre desprescrição, sendo que a primeira era de uma única opção e a segunda podia ter várias hipóteses de escolha; a terceira consistia em vinte e duas afirmações sobre dificuldades, benefícios e obstáculos à desprescrição para o médico classificar de acordo com o grau de concordância,

segundo uma escala de *Likert* de 5 pontos: “1 = Discordo totalmente”, “2 = Discordo parcialmente”, “3 = Neutro”, “4 = Concordo parcialmente”, “5 = Concordo totalmente”. A última parte era constituída por três perguntas abertas em que o médico tinha espaço para referir alguma barreira/dificuldade que não tivesse sido mencionada no questionário, formas através das quais a desprescrição poderia ser um tema a discutir em consultas e a importância que achavam que a temática terá no seu futuro como especialistas. As diferentes partes do questionário foram apresentadas na mesma página.

Antes do questionário, encontrava-se um texto introdutório onde era explicado o objetivo do estudo e garantido o carácter voluntário e anónimo do questionário. O presente estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro (Anexo II).

Para a análise quantitativa descritiva dos dados, utilizou-se o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 28.0 para Windows. Quanto aos dados qualitativos, um investigador codificou as respostas dos participantes, resumindo o seu conteúdo, que foram posteriormente agrupados, por análise de conteúdo.

RESULTADOS

Dos estimados 2139 internos de MGF, 106 completaram o questionário. O número de participantes representa aproximadamente 5% da totalidade de internos de MGF em Portugal.

A Tabela 1 apresenta as características dos participantes. Do total amostral de 106 elementos, 81 eram do sexo feminino (76,4%), 75 (70,8%) tinham entre 25 e 30 anos, 36 (34%) encontravam-se no 1º ano da especialidade e 35 (33%) no 2º ano.

Tabela 1 – Características dos participantes.

		N	%
Sexo	Feminino	81	76,4
	Masculino	25	23,6
Idade (anos)	25 - 30	75	70,8
	31 – 35	19	17,9
	36 – 40	9	8,5
	>40	3	2,8
Ano de Especialidade	1º	36	34,0
	2º	35	33,0
	3º	21	19,8
	4º	14	13,2

Já tinham abordado o tema “Desprescrição” 95 participantes (89,6%), sendo que apenas 11 não o tinham (10,4%). Para 56 dos participantes (58,9%), ocorreu durante o curso de Medicina, 29 (30,5%) no internato geral/ano comum/formação geral, 85 (89,5%) no internato de especialidade e 2 (2,2%) selecionaram a opção “outro”, tendo discutido este tema em “formações que procuraram fazer sobre o tema” e na “prática médica privada”. Na pergunta sobre em que etapa discutiram o tema “desprescrição”, os inquiridos podiam selecionar mais do que uma opção.

Todas as vinte e duas afirmações sobre desprescrição foram classificadas com respostas de 1 a 5 (1 = “Discordo totalmente”, “2 = Discordo parcialmente”, “3 = Neutro”, “4 = Concordo parcialmente”, “5 = Concordo totalmente”). Na tabela 2, encontram-se as afirmações do questionário por ordem decrescente de concordância, estando discriminadas as suas frequências e percentagens em cada ponto da escala de *Likert*.

Tabela 2 – Afirmações do questionário por ordem decrescente de concordância, frequências e percentagens de cada ponto da escala de *Likert*.

	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Neutro	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
1.A desprescrição medicamentosa ajuda na diminuição da interação medicamentosa.	91 (85,8%)	14 (13,2%)	0	0	1 (0,9%)
2.A desprescrição diminui os encargos medicamentosos do doente.	93 (87,7%)	9 (8,5%)	2 (1,9%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)
3.A desprescrição diminui os encargos medicamentosos do Sistema Nacional de Saúde.	87 (82,1%)	15 (14,2%)	2 (1,9%)	0	2 (1,9%)
4.A idade do doente e expectativa de vida influenciam a decisão de desprescrever.	65 (61,3%)	35 (33,0%)	2 (1,9%)	4 (3,8%)	0
5.Acho necessário uma maior e melhor abordagem da desprescrição durante o curso de Medicina.	64 (60,4%)	27 (25,5%)	10 (9,4%)	5 (4,7%)	0
6.A desprescrição reduz os efeitos secundários dos fármacos.	61 (57,5%)	31 (29,2%)	10 (9,4%)	4 (3,8%)	0
7.Acho necessário mais ênfase na desprescrição durante o internato de Medicina Geral e Familiar	62 (58,5%)	29 (27,4%)	9 (8,5%)	5 (4,7%)	1 (0,9%)
8.Os doentes que tomam medicamentos	43 (40,6%)	55 (51,9%)	5 (4,7%)	2 (1,9%)	1 (0,9%)

de forma crónica preocupam-se com o agravamento dos sintomas se estes forem parados.					
9.As experiências do doente quando toma ou não o fármaco influenciam a decisão de desprescrição.	44 (41,5%)	50 (47,2%)	10 (9,4%)	2 (1,9%)	0
10.Os doentes mostram-se reticentes a parar fármacos que foram prescritos previamente por outro profissional de saúde.	40 (37,7%)	56 (52,8%)	5 (4,7%)	3 (2,8%)	2 (1,9%)
11.O doente espera ser medicado quando vai a uma consulta.	32 (30,2%)	58 (54,7%)	10 (9,4%)	6 (5,7%)	0
12.Tenho pouco tempo de consulta por doente para abordar a desprescrição medicamentosa.	29 (27,4%)	52 (49,1%)	10 (9,4%)	14 (13,2%)	1 (0,9%)
13.A inexistência de <i>guidelines</i> , modelos computacionais ou outras ferramentas para desprescrever certos fármacos torna mais difícil fazê-lo.	34 (32,1%)	42 (39,6%)	15 (14,2%)	12 (11,3%)	3 (2,8%)
14.A maioria dos doentes mostra-se reticente quando é retirada medicação.	27 (25,5%)	48 (45,3%)	15 (14,2%)	14 (13,2%)	2 (1,9%)
15.Sinto-me capaz de orientar o doente na interrupção da toma de fármacos	18 (17,0%)	50 (47,2%)	20 (18,9%)	15 (14,2%)	3 (2,8%)

16.Em todas as consultas, revejo a medicação do doente, retirando a que acho inadequada.	17 (16,0%)	44 (41,5%)	25 (23,6%)	16 (15,1%)	4 (3,8%)
17.A desprescrição reduz o número de consultas necessárias para os doentes.	18 (17,0%)	24 (22,6%)	27 (25,5%)	31 (29,2%)	6 (5,7%)
18.O doente sai satisfeito da consulta se forem retirados fármacos do seu plano terapêutico.	3 (2,8%)	24 (22,6%)	51 (48,1%)	24 (22,6%)	4 (3,8%)
19.Tenho dificuldade em abordar o doente no que toca a desprescrever medicação.	7 (6,6%)	21 (19,8%)	22 (20,8%)	36 (34,0%)	20 (19,9%)
20.A relação com o doente deteriora-se se não forem prescritos fármacos.	2 (1,9%)	13 (12,3%)	31 (29,2%)	38 (35,8%)	22 (20,8%)
21.Muitas vezes prescreve fármacos, apenas porque o doente o deseja.	1 (0,9%)	21 (19,8%)	19 (17,9%)	37 (34,9%)	28 (26,4%)
22.O doente não confia no médico se for interrompido algum medicamento.	1 (0,9%)	12 (11,3%)	21 (19,8%)	44 (41,5%)	28 (26,4%)

As 17 primeiras afirmações apresentam uma maior percentagem de concordância. Estas afirmações são referentes a temas como efeitos da desprescrição, fatores que influenciam a decisão de desprescrever, maior abordagem do tema nas diferentes etapas, expectativas e receios dos doentes, consultas (tempo necessário, revisão do plano terapêutico, orientação do tema, número de consultas) e impacto de ferramentas, *guidelines* ou modelos computacionais que auxiliem o processo. A maioria discorda com

as 4 últimas afirmações, podendo não discordar totalmente. Estas relacionam-se com a relação médico-doente e o efeito que a desprescrição pode ter nesta. A afirmação 18, que questiona sobre a satisfação do doente após ser retirado um fármaco, teve como opção mais escolhida aquela que nem concorda nem discorda com o descrito.

Barreiras/dificuldades na desprescrição

A maior parte dos participantes não revelou nenhuma barreira/dificuldade que não tenha sido mencionada nas vinte e duas afirmações previamente mencionadas. Muitos reforçaram algumas dificuldades mencionadas, tais como: tempo de consulta insuficiente; falta de formação e ferramentas/ não dominar o tema (especialmente no que toca a relação risco/benefício nos idosos); literacia em saúde dos doentes, nomeadamente a sua reticência na paragem de fármacos; seguimento e prescrições por diferentes médicos sem abordagem multidisciplinar sobre a gestão do doente (foi referido em específico a falta de informação sobre o início de certos medicamentos e a re-prescrição de medicamentos que tinham sido retirados) e a relação médico-doente.

Outras barreiras não mencionadas incluem a inexistência de consulta própria de gestão do doente sujeito a polifarmacoterapia para se conseguir avaliar a necessidade de desprescrição, a influência dos familiares, especialmente se cuidadores, e a necessidade de mais estudos que demonstrem/quantifiquem o benefício da desprescrição.

Introdução do tema “Desprescrição” na consulta

As sugestões deixadas de introdução do tema “desprescrição” na consulta, passaram por combater muitas das dificuldades referidas. As formas mais mencionadas pelos internos incluem: o aumento do tempo de consulta, a existência de ferramentas/*guidelines*/estudos para auxílio e a revisão da terapêutica em todas as consultas. No que toca a ferramentas, são sugeridos sistemas informáticos que facilitem o registo e consulta da medicação atual. De forma a ultrapassar a dificuldade de não dominar o tema, para além das ferramentas e *guidelines* já mencionadas, também são sugeridas “sessões com casos práticos durante o internato”.

Alguns internos também consideram importante a introdução de consultas específicas, por exemplo, para seguimento dos doentes durante a desprescrição de certos medicamentos ou consultas de revisão terapêutica para os doentes sujeitos a polifarmacoterapia.

Muitas respostas são referentes à relação médico-doente, nomeadamente a explicação dos motivos e benefícios da desprescrição (diminuição dos efeitos secundários,

interações, custos); repetição e normalização do assunto nas consultas; abordagem através da perspectiva do doente, tendo em conta os seus receios e dúvidas; promovendo a capacitação do doente para que seja este a introduzir o tema. Também foi sugerido o uso de folhetos informativos, palestras, *apps* ou formulários sobre desprescrição para os utentes.

Outras sugestões incluem a prática da desprescrição por todos os médicos e não apenas pelas “gerações mais novas”, “análises sanguíneas” e “abordagem do tema quando é feita a prescrição”.

Tabela 3 – Citações das sugestões dadas sobre como introduzir a desprescrição na consulta

Sugestões	Citações
Relacionadas com a consulta	<p>“Mais tempo de consulta.”</p> <p>“Na revisão terapêutica”.</p> <p>“No momento da prescrição”</p>
Relacionadas com o doente	<p>“Esclarecendo todas as dúvidas do doente.”</p> <p>“Questionando o doente o que acha sobre reduzir/retirar determinado medicamento.”</p> <p>“Alegando que terá um efeito pretendido e que depois será descontinuada porque a medicação não é crónica”.</p> <p>“Acharia importante fazermos uma análise da medicação que faz todos os dias?”</p> <p>“Deve haver um maior investimento em literacia em saúde, para o doente perceber que a desprescrição é necessária, e deve ser fomentada em cada consulta.”</p> <p>“Abordando o tema medicação e perceber se por exemplo o doente acha que faz muita coisa ou se os encargos económicos são significativos e abordar a partir do que mais o incomoda e desprescrever começando nesse ponto em comum. “</p> <p>“Haver folhetos informativos/palestras para os utentes.”</p> <p>“Boa relação com o doente.”</p>

Estudos/ <i>Guidelines</i> /Ferramentas	<p>“Com estudos/<i>guidelines</i>”</p> <p>“Criação de algoritmos para as terapêuticas alvo de desprescrição mais frequentes.”</p> <p>“Facilitando o registo/consulta da medicação atual nos sistemas informáticos, para que o tema possa ser rapidamente abordado em consulta.”</p>
Consultas específicas	<p>“Marcando uma consulta apenas para verificação e gestão da medicação.”</p> <p>“Haver consultas de revisão terapêutica para quem faz mais de 10 fármacos. Em segunda fase, para quem faz mais de 3.”</p> <p>“Poderia haver uma consulta para seguir doentes durante a desprescrição de algum dos medicamentos.”</p>
Abordagem durante o percurso profissional	<p>“Sessões com casos práticos durante o internato.”</p> <p>“Formações dos profissionais.”</p>
Efeitos dos fármacos	<p>“Falar sobre efeitos secundários, interações, custos.”</p> <p>“Explicar os benefícios da redução do número de fármacos.”</p>

Importância da desprescrição no futuro como especialista

A grande maioria dos inquiridos concorda que a desprescrição será muito importante no seu futuro como especialista para “melhorar os cuidados prestados aos utentes”. Acreditam que através da desprescrição é possível reduzir custos em saúde, efeitos adversos, interações medicamentosas, “realizar uma prevenção quaternária” e “melhorar a adesão à terapia e confiança do doente no médico”.

Uma minoria dá uma importância relativa à desprescrição ou acha que “não é aplicável”. Um dos candidatos considera que tem uma importância “mediana” pois “não pode ser vista sem olhar à otimização terapêutica, estabelecendo objetivos realísticos para a abordagem do utente e apoiando a decisão nessas metas, partilhadas com o utente e mutuamente consentidas.”

DISCUSSÃO

Neste estudo foram avaliados os conhecimentos e opiniões sobre desprescrição dos internos de MGF em Portugal, nomeadamente se o tema foi discutido em alguma fase do percurso profissional, importância, dificuldades e barreiras e abordagem do tema com o doente.

No que toca à prescrição, a maior parte dos inquiridos concorda que o doente espera ser medicado quando vai a uma consulta, mas admite não prescrever fármacos apenas porque o doente o deseja. Uma justificação para isto poderá ser o facto de a maioria achar que a relação médico-doente não se deteriora se isto não for feito. Esta atitude por parte dos médicos pode levar à diminuição da futilidade terapêutica.

No que toca à desprescrição, a maioria concorda que existem diversos fatores que têm impacto nesta decisão como a idade, sobrevivência e experiências do doente. Também concordam que tem diversos benefícios, como por exemplo, na diminuição da interação medicamentosa, dos encargos medicamentosos do SNS e do doente, dos efeitos secundários e diminuição do número de consultas por doente.

Existe uma minoria que dá uma importância intermédia à desprescrição, dizendo que é necessário, em primeiro lugar, uma otimização terapêutica seguida de desprescrição. É uma perspetiva um pouco diferente, visto que estes internos parecem ver a desprescrição como um complemento na otimização terapêutica e não como um passo importante para atingir este objetivo.

Ao terem menos fármacos nos seus planos terapêuticos, teoricamente, o número de consultas poderia ser reduzido pois muitas interações e efeitos secundários não seriam problemas. Apesar disso, os utentes continuam a ter patologias que necessitam de vigilância e com a desprescrição possivelmente ainda mais, para além de novas queixas, prescrições e avaliação de exames complementares de diagnóstico. Tendo também em conta as sugestões de criação de consultas específicas mencionadas previamente, o número de consultas pode até aumentar se a desprescrição for mais adotada na prática clínica.

O tempo insuficiente de consulta foi mencionado por 76,5% dos internos e diversas vezes na pergunta sobre as dificuldades/barreiras à desprescrição. Revelam tentar rever a medicação do doente em cada consulta retirando a que acha inadequada 57,5% dos médicos, sendo a revisão terapêutica uma das medidas mais mencionadas como forma de introdução à desprescrição na consulta. Esta falta de tempo pode levar os médicos a continuarem a prescrever a medicação habitual do doente, sem fazerem uma revisão terapêutica adequada que passa por inferir a indicação de cada medicamento. Isto pode ser uma justificação para que a percentagem de inquiridos a concordar que

faz a revisão terapêutica em cada consulta não seja maior. Uma forma de ultrapassar esta barreira seria aumentar o tempo de consulta, mas poderá não resultar sempre, pois outros assuntos importantes para o doente podem ocupar o tempo dedicado à revisão terapêutica. Outra sugestão mencionada pelos internos e mais passível de ter resultados positivos, apesar de logisticamente mais difícil, passa pela criação de consultas para o acompanhamento durante a desprescrição ou consultas específicas para a revisão terapêutica do doente sujeito a polifarmacoterapia. A melhor hipótese poderá passar por conciliar a agenda do doente e do médico, onde deve estar incluída a desprescrição, com o tempo atribuído a cada consulta. E, tal como são marcadas consultas para reavaliação dos sintomas após início de terapêutica, o mesmo deverá ser feito quando é feita a desprescrição. Para ter espaço na agenda do médico, poderia pensar-se em reduzir o número de doentes por cada médico.

A baixa de literacia em saúde dos doentes, nomeadamente sobre os efeitos benéficos e riscos dos fármacos, condiciona a desprescrição pois estes mostram-se reticentes à paragem de fármacos, especialmente porque se preocupam com o agravamento dos sintomas ou porque os fármacos foram prescritos por outro profissional de saúde. A inexistência de uma abordagem multidisciplinar no que toca à gestão terapêutica dos doentes é uma barreira à desprescrição mencionada por muitos internos. Por isso, para tornar a desprescrição mais fácil, seria importante melhorar os sistemas de comunicação entre os médicos de família e outros especialistas. Mesmo tendo uma baixa literacia, a maioria dos internos considera que o doente não perde confiança no médico se um medicamento for interrompido, mas não têm uma opinião definitiva no que toca à satisfação do doente quando algum fármaco é desprescrito. Sendo os médicos de família os que têm maior contacto com os doentes, a relação médico – doente entre estes será forte. Por isso, outra forma de ultrapassar este obstáculo passa por capacitar o doente sobre a desprescrição com folhetos, por exemplo, ou fazendo uso de uma boa relação médico-doente em que este último se sinta confortável a expor os seus receios e dúvidas. Ambas as sugestões têm como objetivo fazer com que o doente sinta que a paragem de certo medicamento é o que lhe traz maior ganho de saúde. Seria ainda interessante fazer mais estudos de desprescrição da perspetiva do paciente, de forma a saber o seu verdadeiro conhecimento do tema, dúvidas, crenças e expectativas e comparar com estudos cuja população alvo são internos e médicos.

Tendo em conta a análise quantitativa, alguns sentem-se capazes de orientar o doente na interrupção da toma de fármacos e outros não. Uma das grandes dificuldades detetada aquando da análise qualitativa, e com algum grau de concordância na análise quantitativa, passa pela falta de *guidelines* ou ferramentas que auxiliem nesse processo.

Esta dificuldade poderá ser o motivo da insegurança que alguns internos têm a desprescrever.

Muitos negam dificuldades em abordar o doente no que toca à desprescrição. Apesar disso, entre as afirmações com maior grau de concordância, encontram-se aquelas em que é necessário uma melhor e maior abordagem da desprescrição durante o curso de medicina e durante o internato de MGF, de modo a capacitar os médicos. Especialmente tendo em conta a relevância que os internos dão à desprescrição de fármacos. Será importante o investimento em ferramentas comunicacionais, em palestras, folhetos ou disponibilização de estudos sobre desprescrição e criação de *guidelines* de desprescrição para os fármacos mais comumente indevidamente prescritos para que os internos se sintam mais confiantes em introduzir o tema “desprescrição” e orientar o doente durante este processo. Alguns internos referem na pergunta aberta a necessidade de mais estudos que demonstrem o benefício da desprescrição. Será importante divulgar mais estudos sobre desprescrição, que mostrem claro benefício ou não inferioridade. Visto que 96% concordam que os custos para o doente e para o SNS são reduzidos com a desprescrição, estudos que demonstrem não inferioridade são suficientes para provar que desprescrever é mais eficiente do que não o fazer.

As dificuldades encontradas neste estudo são também mencionadas pela *American Academy of Family Physicians* (AAFP), nomeadamente a falta de tempo de consulta e a baixa literacia dos doentes sobre desprescrição. Também são referidos benefícios com os quais os internos concordam como a diminuição dos efeitos secundários e dos encargos com medicamentos.⁶

Num estudo que pretendia saber as práticas de desprescrição, hábitos e atitudes de especialistas e internos de geriatria por toda a Europa, encontraram as mesmas barreiras mencionadas também pela AAFP e outras também encontradas neste estudo como a falta de *guidelines* ou ferramentas específicas e a uma abordagem insuficiente da desprescrição durante o percurso profissional.¹³

Pontos fortes e limitações

Quanto às limitações do estudo, o questionário não foi validado formalmente, o que torna difícil a comparação com estudos atuais e futuros. Este foi respondido de forma anónima e sem nenhum método identificativo da resposta. Deste modo, não se pode ter a certeza de que um indivíduo apenas submeteu uma vez o formulário nem que as suas respostas foram a sua própria opinião e não apenas aquilo que é considerado socialmente mais aceite. Uma vez que não se atingiu o tamanho amostral alvo, não se pode generalizar os resultados para a população. Foi usada uma amostra de

conveniência, o que pode introduzir um viés de seleção. O questionário, ao ser partilhado por e-mail e redes sociais, poderá ter um viés de resposta, ao alcançar participantes mais jovens como pode ser demonstrado pela faixa etária dos internos e pelo ano de internato. Para além disso, apesar da difusão do questionário por diversos meios, o número de respostas depende sempre do interesse do interno no seu preenchimento.

Até onde julgamos saber, este estudo representa o primeiro estudo sobre desprescrição que envolve apenas o parecer dos médicos em formação. Sendo estes os médicos que muitas vezes são o primeiro contacto dos doentes do presente e os que irão gerir as prescrições dos doentes no futuro, é importante saber as suas opiniões neste momento, pois a maioria destas poderá manter-se. Para além disso, tendo a noção das atitudes dos internos é possível descobrir os pontos nos quais se deve melhorar para que a desprescrição seja mais usada na prática clínica e consequentemente obter um melhor tratamento dos doentes.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu aferir as perspetivas dos internos no que concerne a desprescrição: expectativas do doente, relacionamento médico-doente, dificuldades especialmente no que toca a tempo de consulta e de ferramentas/informação disponíveis, benefícios, fatores que influenciam a tomada de decisões e necessidade de abordagem multidisciplinar. Através deste estudo é possível concluir que a desprescrição é algo considerado importante para os futuros médicos especialistas de MGF, pois o consideram benéfico para os doentes.

Os resultados obtidos sublinham a importância na adoção de estratégias para aumentar a desprescrição e diminuir a polifarmacoterapia inadequada. Para tal, deve ser feito um investimento na formação dos médicos, mesmo durante o curso de Medicina, e dos doentes para que a literacia sobre este tema aumente. Será igualmente importante a criação de sistemas que tornem mais fácil a comunicação entre profissionais de saúde para uma melhor gestão do plano terapêutico do doente. A elaboração de *guidelines* para a desprescrição de alguns medicamentos ou que as *guidelines* de abordagem e tratamento de diversas patologias mencionem quando e como deve ser reduzida a intensidade terapêutica é, também, uma estratégia adequada.

Por isso, como seguimento deste estudo, seria importante complementar estudos sobre medicamentos potencialmente inapropriados em Portugal¹⁴ e continuar a monitorizar a prescrição destes. Outra possibilidade, seria a aplicação das opiniões dos internos mencionadas neste estudo, para ajudar na abordagem da desprescrição e avaliar o seu impacto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor Pedro Simões, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior e da UCSP Fundação, pelo seu empenho e importantes contribuições que permitiram a melhoria do trabalho e da análise e interpretação dos resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FFMS. (2020). Europa - Índice de Envelhecimento. PORDATA Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Consulta em 13 de Dezembro 2022. Disponível em <http://www.pordata.pt>.
2. FFMS. (2021). Dados sobre o índice de envelhecimento em Portugal. PORDATA Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Consulta em 13 de Dezembro 2022. Disponível em <http://www.pordata.pt>.
3. Monteiro L, Maricoto T, Solha I, Ribeiro-Vaz I, Martins C, Monteiro-Soares M. Reducing Potentially Inappropriate Prescriptions for Older Patients Using Computerized Decision Support Tools: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2019 Nov 14;21(11):e15385. doi: 10.2196/15385. PMID: 31724956; PMCID: PMC6883366.
4. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):230. Published 2017 Oct 10. doi:10.1186/s12877-017-0621-2
5. Simões PA, Santiago L M, Simões JA. Prevalence of polypharmacy in the older adult population within primary care in Portugal: a nationwide cross-sectional study. *Archives of Medical Science*. 2020. doi:10.5114/aoms.2020.93537.
6. Halli-Tierney AD, Scarbrough C, Carroll D. Polypharmacy: Evaluating Risks and Deprescribing. *Am Fam Physician*. 2019 Jul 1;100(1):32-38. PMID: 31259501.
7. Monteiro L, Maricoto T, Solha IS, Monteiro-Soares M, Martins C. Computerised decision to reduce inappropriate medication in the elderly: a systematic review with meta-analysis protocol. *BMJ Open*. 2018 Jan 30;8(1):e018988. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018988. PMID: 29382677; PMCID: PMC5829874.
8. Simões, P.A.G.R.M. (2020). Deprescribing: a self-portrait about the reduction of polypharmacy in Portugal. Tese de Doutoramento em Medicina. Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior.
9. Williams S, Miller G, Khoury R, Grossberg GT. Rational deprescribing in the elderly. *Ann Clin Psychiatry*. 2019 May;31(2):144-152. PMID: 31046036.
10. FFMS. (2020). SNS: encargos com medicamentos - Continente. PORDATA Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Consulta em 25 Maio 2022. Disponível em <http://www.pordata.pt>.
11. Jungo KT, Mantelli S, Rozsnyai Z, Missiou A, Kitanovska BG, Weltermann B, et al. General practitioners' deprescribing decisions in older adults with

- polypharmacy: a case vignette study in 31 countries. *BMC Geriatr.* 2021 Jan 7;21(1):19. doi: 10.1186/s12877-020-01953-6. PMID: 33413142; PMCID: PMC7792080.
12. Bloomfield HE, Greer N, Linsky AM, Bolduc J, Naidl T, Vardeny O, et al. Deprescribing for Community-Dwelling Older Adults: a Systematic Review and Meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2020 Nov;35(11):3323-3332. doi: 10.1007/s11606-020-06089-2. Epub 2020 Aug 20. PMID: 32820421; PMCID: PMC7661661.
 13. van Poelgeest EP, Seppala LJ, Lee JM, Bahat G, Ilhan B, Lavan AH, et al; EuGMS SIG Pharmacology. Deprescribing practices, habits and attitudes of geriatricians and geriatricians-in-training across Europe: a large web-based survey. *Eur Geriatr Med.* 2022 Dec;13(6):1455-1466. doi: 10.1007/s41999-022-00702-9. Epub 2022 Nov 2. PMID: 36319837; PMCID: PMC9722796.
 14. Rodrigues DA, Plácido AI, Tavares AB, Azevedo D, Mateos-Campos R, Figueiras A, et al. Potentially Inappropriate Medication Prescribing in Older Adults According to EU(7)-Potentially Inappropriate Medication List: A Nationwide Study in Portugal. *Curr Ther Res Clin Exp.* 2022 Jul 13;97:100681. doi: 10.1016/j.curtheres.2022.100681. PMID: 35937773; PMCID: PMC9350873.

ANEXO I – Questionário

Perguntas de escolha múltipla:

Sexo:

- Feminino
- Masculino

Ano de internato de Medicina Geral e Familiar

- 1º
- 2º
- 3º
- 4º

Idade:

- < 25 anos
- 25 - 30 anos
- 30 – 35 anos
- 35 – 40 anos
- > 40 anos

Alguma vez durante o seu percurso profissional foi discutido o tema “Desprescrição”?

- Sim
- Não

Se respondeu sim à questão anterior, em que etapa? (Mais que uma opção pode ser selecionada)

- Durante o curso de Medicina
- No internato geral/ ano comum/ formação geral
- No internato de especialidade
- Outro (escrever qual)

Afirmações para classificar segundo o grau de concordância:

1. O doente espera ser medicado quando vai a uma consulta.
2. Muitas vezes prescrevo fármacos, apenas porque o doente o deseja.
3. Tenho pouco tempo de consulta por doente para abordar a desprescrição medicamentosa.

4. A maioria dos doentes mostra-se reticente quando é retirada medicação.
5. Sinto-me capaz de orientar o doente na interrupção da toma de fármacos.
6. A relação com o doente deteriora-se se não forem prescritos fármacos.
7. O doente não confia no médico se for interrompido algum medicamento.
8. Tenho dificuldade em abordar o doente no que toca a desprescrever medicação.
9. A desprescrição medicamentosa ajuda na diminuição da interação medicamentosa.
10. A desprescrição diminui os encargos medicamentosos do Sistema Nacional de Saúde.
11. A desprescrição diminui os encargos medicamentosos do doente.
12. A desprescrição reduz o número de consultas necessárias para os doentes.
13. Em todas as consultas, revejo a medicação do doente, retirando a que acho inadequada.
14. O doente sai satisfeito da consulta se forem retirados fármacos do seu plano terapêutico.
15. Acho necessário uma maior e melhor abordagem da desprescrição durante o curso de Medicina.
16. Acho necessário mais ênfase na desprescrição durante o internato de Medicina Geral e Familiar.
17. A desprescrição reduz os efeitos secundários dos fármacos.
18. Os doentes que tomam medicamentos de forma crónica preocupam-se com o agravamento dos sintomas se estes forem parados.
19. Os doentes mostram-se reticentes a parar fármacos que foram prescritos previamente por outro profissional de saúde.
20. A inexistência de guidelines, modelos computacionais ou outras ferramentas para a desprescrever certos fármacos torna mais difícil fazê-lo
21. A idade do doente e expectativa de vida do doente influenciam a decisão de desprescrever.
22. As experiências do doente quando toma ou não o fármaco influenciam a decisão da desprescrição.

Perguntas abertas:

1. Que outras barreiras/dificuldades encontra na desprescrição que não tenham sido mencionadas?
2. De que forma acha que o tema da desprescrição pode ser melhor introduzido na consulta?
3. Que importância acha que terá a prática da desprescrição no seu futuro como médico especialista de Medicina Geral e Familiar?

ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro



6

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: FAVORÁVEL	DESPACHO: <i>Tomado conhecimento e deliberado homologar o Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde. 17.11.2022</i>
---------------------------------	---

ASSUNTO:	<p>Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.</p> <p>Título: "Atitudes e conhecimentos que os internos de medicina geral e familiar têm sobre desprescrição" (processo 98-2022).</p> <p>Autores: Margarida Isabel Gonçalves Almeida; Inês Rosário Pedro Augusto Gomes Rodrigues Marques Simões; Luís Miguel André Monteiro.</p> <p>Instituições: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, USF Coimbra Centro; Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira; CINTESIS - Centre for Health Technology and Services Research; UCSP Fundão; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto</p>
----------	--

Dr. Fernando Vogai

Estudo transversal com o objectivo de avaliar a perceção dos médicos internos de Medicina Geral e Familiar sobre o tema desprescrição.

Para o efeito foi elaborado um questionário em formato eletrónico que será respondido de forma anónima por médicos da especialidade de MGF.

Os autores apresentam ainda como objetivos específicos:

- Determinar quando e em que circunstâncias foi a primeira abordagem à desprescrição;
- Determinar qual a importância que consideram ter a desprescrição;
- Determinar quais os desafios que encontram, no que toca à abordagem do doente, restrições de tempo e apoios no processo da desprescrição;
- Determinar qual o impacto que a desprescrição tem no número de consultas realizadas nos doentes a quem foi desprescrito algum fármaco;
- Determinar o impacto que a desprescrição tem nos custos sociais e do doente;
- Determinar o impacto da desprescrição no relato de reações adversas e interações medicamentosas;
- Determinar qual acham ser a perspetiva do doente no que toca à desprescrição;
- Determinar a importância de meios de auxílio no ato de desprescrição;
- Determinar quais os fatores que são valorizados na escolha da desprescrição.

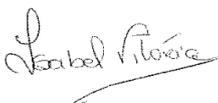
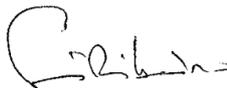
Estão garantidos todos os aspectos ético legais.

Ressalva: A CE-ARSC enfatiza que a aprovação de um estudo não significa que venha a ter qualquer responsabilidade por danos ou outros atos ilícitos que possam vir a ser praticados no âmbito do mesmo. As opiniões apresentadas nas publicações, relatórios ao governo ou outros resultados desta investigação são da responsabilidade exclusiva dos investigadores.

Solicita-se posteriormente o envio do relatório final do estudo.

Pelo exposto somos de parecer Favorável à realização do estudo

O Relator e Presidente da CES-ARS do Centro



Profª. Doutora Isabel Vitória Figueiredo