

Avaliação da desprescrição nos cuidados de saúde primários, sob a perspetiva dos médicos



Mariana B. Oliveira,¹ Catarina Campos,¹ Joana Lascasas,² Vera Ribeiro da Silva¹

RESUMO

Introdução: A desprescrição terapêutica consiste na identificação e proposta de descontinuação de fármacos cujos danos superam os benefícios, sendo esta complexa gestão geralmente atribuída ao médico de família (MF).

Objetivos: Determinar a autoperceção dos MF quanto às suas práticas de desprescrição, bem como as barreiras e fatores facilitadores identificados pelos mesmos. Como objetivo secundário pretendeu-se a sensibilização dos MF para a desprescrição terapêutica.

Método: Estudo observacional e descritivo, no qual foi aplicado um questionário a internos de 3.º e 4.º anos e MF num Agrupamento de Centros de Saúde da região norte de Portugal. Foi aprovado pela Comissão de Ética e a análise estatística realizada no Microsoft Excel®.

Resultados: Obtiveram-se 63 respostas, sendo 68,3% mulheres e a idade média 42,8 anos. Dos inquiridos, 81% eram especialistas e 57,1% e 14,3% tinham formação em cuidados paliativos e geriatria, respetivamente. Sobre a desprescrição, 98% observavam frequentemente doentes com multimorbilidade e 97% com polimedicação. No entanto, 49,2% da amostra referiu aplicar a desprescrição apenas ocasionalmente. Os fármacos mais frequentemente desprescritos foram anti-inflamatórios não esteroides, estatinas e bifosfonatos. As características do utente consideradas muito importantes para a desprescrição foram: qualidade (79,4%) e esperança de vida (71,4%), deterioração cognitiva (60%) e dependência física (49,2%). Os riscos (65,1%) e benefícios do fármaco (52,4%) e a existência de *guidelines* (46%) foram considerados os fatores (alheios ao doente) mais importantes para a prática da desprescrição. A barreira mais frequentemente observada foi o tempo limitado para revisão terapêutica (41,3%), enquanto a má adesão terapêutica foi o fator facilitador reconhecido ocasionalmente pela maioria (69,8%).

Conclusão: Doentes com critérios de desprescrição são frequentemente reconhecidos pelos MF, escasseando ainda alguma proatividade nesta prática. A existência de *guidelines* foi considerada um fator muito importante e o tempo limitado uma barreira frequente. Assim, criar linhas orientadoras e consultas específicas poderão ser estratégias de melhoria.

Palavras-chave: Desprescrição; Polimedicação; Multimorbilidade; Cuidados de saúde primários; Médico de família.

INTRODUÇÃO

A polimedicação é o termo utilizado para definir o consumo de múltiplos fármacos, geralmente cinco ou mais, incluindo também medicamentos de venda livre.¹ Consequentemente, pode ser responsável pelo aparecimento de efeitos adversos, agravamento da deterioração cognitiva, aumento do risco de quedas, diminuição da adesão terapêutica, aumento dos custos de saúde, aumento da procura de cuidados médicos por iatrogenia medi-

camentosa, necessidade de hospitalização ou até morte. É particularmente importante realçar que o risco de efeitos adversos aumenta com o número de fármacos prescritos, sendo de 13% com a toma de dois fármacos e aumentando para 82% com a toma de sete ou mais.¹

Num estudo realizado no Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto, em 2016,² verificou-se que doentes com sobrevivência média de 15 dias apresentavam à admissão no serviço prescrição de fármacos que preenchiam critérios de medicamentos potencialmente fúteis (segundo os critérios de Fede *et al.*): antidemenciais (100%), estatinas (97%), protetores gástricos (50%), anti-hipertensores (27%), bifosfonatos (26%) e antidiabéticos (1%).

1. USF Foz do Minho, ULS do Alto Minho. Caminha, Portugal.

2. USF Terras da Maia, ACeS Grande Porto III – Maia/Valongo. Maia, Portugal.



Assim, com o conceito da polimedicação surge a necessidade da desprescrição. Esta engloba um processo sistemático de identificação e descontinuação de fármacos cujos danos superam os benefícios, considerando o contexto particular do doente: nível de funcionamento, valores e preferências, tempo de sobrevida esperado pelo médico e objetivo terapêutico individual.¹ Identificam-se como doentes que podem beneficiar com a desprescrição aqueles com curta esperança de vida, com multimorbilidade (≥ 2 doenças crónicas), idosos (>75 anos) com fragilidade e doentes com função renal ou hepática em declínio com mau prognóstico.³

Algumas das vantagens da desprescrição incluem um menor número de referências a unidades de cuidados intensivos, diminuição da mortalidade a um ano e ainda redução do risco de quedas para metade.¹ Contudo, o efeito adverso mais comum consiste na exacerbação da patologia subjacente, principalmente no caso de fármacos cardiovasculares (para hipertensão arterial, angina e insuficiência cardíaca), seguida de fármacos do sistema nervoso central (principalmente benzodiazepinas).¹ Num estudo em que foram descontinuados 58% dos fármacos, apenas 2% foram reintroduzidos pela recorrência dos sintomas que motivaram a prescrição inicial e 88% dos doentes reportaram uma melhoria global na saúde.⁴

Na literatura estão identificadas inúmeras barreiras à desprescrição em quatro níveis: cultural, organizacional, interpessoal e individual (Tabela 1).⁵ É, assim, um desafio diário para os médicos de medicina geral e familiar (MGF) a tentativa de ultrapassar estas dificuldades. Numa abordagem individualizada, o médico de família (MF) deve priorizar a revisão terapêutica dos doentes com multimorbilidade e envolver o doente na decisão.⁵ Os fatores facilitadores do processo da desprescrição identificados na literatura são expostos na Tabela 1, sendo exemplos: a confiança do utente no médico, a experiência e conhecimento do médico acerca dos riscos-benefícios dos fármacos e a redução dos custos e efeitos laterais da medicação para o utente.⁵⁻⁶

Assim, como etapas da desprescrição sugere-se:^{1,3} 1. Recolher história clínica do utente (incluindo contexto, prognóstico e terapêutica); 2. Identificar medicamentos potencialmente inapropriados: anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), especialmente em associação com diuréticos; estatinas; antiagregantes ou hipocoagulan-

tes; fármacos cardiovasculares, especialmente inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECAs) em doentes com disfunção renal; fármacos hipoglicemiantes; bifosfonatos; 3. Verificar se esses fármacos podem ser reduzidos ou suspensos e partilhar com o doente; 4. Planear o processo de desprescrição de acordo com as seguintes premissas: considerar suspender imediatamente o fármaco ou reduzir gradualmente; geralmente os fármacos são desprescritos individualmente, mas nos últimos dias de vida pode ser apropriado interromper múltiplos medicamentos simultaneamente; se fármacos críticos (como na doença de Parkinson) não forem tolerados por via oral considerar vias alternativas; 5. Documentar o raciocínio da desprescrição e discutir com outros profissionais de saúde, o doente e/ou o cuidador; 6. Monitorizar o benefício ou dano do doente após suspensão ou redução de cada medicamento.

Portanto, a desprescrição é um processo personalizado, dependente do contexto do doente, da doença e dos fármacos, que visa a melhoria da qualidade de vida. Assim, é importante a sensibilização dos médicos de MGF para esta questão, de modo a promover uma prescrição individualizada e integrativa da visão holística do utente.

Os estudos existentes nesta área avaliam práticas de desprescrição noutros países, conhecendo-se pouco da sua aplicação em Portugal. Assim, este trabalho de investigação pretendeu caracterizar a perspetiva dos MF de uma região do norte de Portugal relativamente à desprescrição ao nível da MGF. Os objetivos principais foram determinar a autoperceção dos MF quanto às suas práticas de desprescrição, assim como as barreiras e fatores facilitadores identificados pelos mesmos. Como objetivo secundário pretendeu-se a sensibilização dos MF para a desprescrição terapêutica.

MÉTODO

Foi realizado um estudo de investigação, descritivo, observacional e transversal, ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP) da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM). A população-alvo do estudo incluiu os MF pertencentes ao corpo clínico do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) e os médicos internos de formação especializada (IFEs) de 3.º e 4.º anos de MGF. A amostra estudada englobou os médicos que aceitaram participar no estudo, respondendo à totalidade do questionário disponibilizado para o efeito.

TABELA 1. Barreiras e fatores facilitadores no processo de desprescrição^{1,5-6}

	Barreiras	Fatores Facilitadores
Nível cultural	<ul style="list-style-type: none"> - Cultura do diagnóstico da doença e prescrição terapêutica. - Prescrição de fármacos para prevenção de morbimortalidade futura (mesmo em idosos assintomáticos). - Comparticipação total ou parcial dos fármacos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mudança para uma cultura mais prudente e com envolvimento do doente na gestão farmacológica.
Nível organizacional	<ul style="list-style-type: none"> - Orientações focadas na gestão da doença isolada, o que dificulta a gestão de casos de multimorbidade. - Orientações pouco aplicáveis a pessoas idosas com multimorbidade e à desprescrição nesta população. - Sobrecarga das estruturas residenciais para pessoas idosas de longa duração (regimes restritivos, alta rotatividade de pessoal, dificuldade de acesso aos CSP), o que poderá ser um impedimento à desprescrição segura. - Escassez de informação e de tecnologias de comunicação para os profissionais de CSP que auxiliem a decisão de desprescrição. - Tempo limitado do MF e falta de alternativas não farmacológicas, como terapias para saúde mental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientação baseada na evidência prática sobre desprescrição. - Criação de ferramentas práticas de apoio à decisão médica. - Acesso a terapêuticas não-farmacológicas.
Nível interpessoal	<ul style="list-style-type: none"> - Escassez de comunicação/colaboração entre prescritores. - Dificuldade em iniciar a discussão da desprescrição com o utente pela pouca receptividade à mudança. - Contactos indiretos (sem presença do utente) para renovação de medicação crónica pelo MF, que se revelam perdas de oportunidades de desprescrição. - Prescrição realizada por outro médico, respeito pela sua opinião e receio de prejudicar a relação inter pares. - Receio de consequências negativas para a relação médico-doente, litígio ou síndrome do abandono para o doente. - Receio de perda de credibilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria da comunicação do MF com o doente. - Continuidade de cuidados entre o MF, doente, farmacêutico, outros especialistas e enfermeiros.
Nível individual	<ul style="list-style-type: none"> - Papel passivo do doente na gestão medicamentosa: desconhecimento do propósito de cada fármaco e dos seus efeitos laterais. - Resistência do doente à suspensão de fármacos de longa data. - Doentes mais idosos e com menor nível de instrução. - Desconhecimento por parte do médico da toma de medicamentos de venda livre/suplementos. - Falta de intenção por parte do médico em englobar o doente na decisão terapêutica. - Pouca percepção por parte do médico da não adequação da medicação. - Assunção por parte do médico dos efeitos laterais em doentes idosos como um evento normal. - Delegação da tarefa da desprescrição noutro profissional. - Desigualdades na saúde para comunidades migrantes, doentes com doença mental e doentes com défices cognitivos. - Escassez de tempo por parte dos cuidadores de idosos para apoio na gestão terapêutica ou oposição das famílias/cuidadores à desprescrição. 	<ul style="list-style-type: none"> - Priorização da revisão terapêutica em doentes com comorbilidades. - Envolvência do doente na decisão. - Confiança no MF. - Menos custos para o doente e menos efeitos laterais. - Mais informação sobre os riscos-benefícios dos fármacos, confiança e experiência do médico.

Legenda: CSP = Cuidados de saúde primários; MF = Médico de família.



Na ausência de um método de avaliação validado sobre o tema em estudo, os autores elaboraram um questionário com base na revisão bibliográfica realizada⁷⁻⁹ (Anexo 1), nomeadamente na ferramenta utilizada no estudo LESS suíço, semelhante a este.⁸ O questionário elaborado englobava duas partes. A primeira, destinada à caracterização do médico prescriptor, incluiu as seguintes variáveis: idade, género, categoria profissional, tempo de atividade laboral e formação (avançada ou não) na área de cuidados paliativos e/ou geriatria. A segunda parte focou-se na avaliação da desprescrição realizada, incluindo questões relacionadas com a autoavaliação do médico em relação à sua prática, os critérios considerados no ato de desprescrição e as barreiras e fatores facilitadores identificados pelo próprio. O questionário terminava adicionalmente com uma pergunta única de resposta aberta e opcional sobre fatores adicionais considerados no processo de desprescrição.

O questionário foi submetido a um teste piloto realizado aos seis MF pertencentes à Unidade de Saúde Familiar (USF) dos autores com o intuito de avaliar a sua fiabilidade e clareza. Deste modo, previamente à aplicação efetiva no estudo, foi realizada a correção e revisão da formulação das frases de modo a garantir a compreensão das questões pelos inquiridos. Adicionalmente, para avaliar a consistência interna do questionário, os autores submeteram as variáveis ordinais em estudo à fórmula do coeficiente do *Alpha de Cronbach*. O resultado foi muito positivo, com um coeficiente de 0,88, o que revela uma boa consistência do questionário.

Mediante colaboração do Gabinete de Comunicação da ULSAM, em abril de 2022, o questionário final de autopreenchimento anónimo foi enviado em formato *online Google Forms*® à população-alvo através do correio eletrónico profissional, tendo alcançado um *n* total de 246 médicos. Após três meses, perante a baixa taxa de adesão observada, os autores tiveram necessidade de realizar um segundo convite para participação no estudo, mediante novo envio por correio eletrónico. O questionário esteve disponível para preenchimento ao longo de seis meses, tendo sido encerrada a submissão de novas respostas em setembro de 2022.

Os dados recolhidos foram arquivados numa base de dados informática em *Microsoft Excel*®, protegida por palavra-passe, criada para o efeito. A análise dos dados obtidos foi realizada através do mesmo programa. À ex-

ceção da idade, para a qual foi calculada a média, nas restantes variáveis foram avaliadas as frequências relativas e absolutas de cada resposta. Para descrever a importância de determinadas características inquiridas definiu-se como respostas «muito importante», «importante», «ligeiramente importante» e «não importante». Relativamente à frequência de algumas variáveis definiu-se «frequentemente» como $\geq 2x$ /semana, «ocasionalmente» como $2x$ /mês a $1x$ /semana, «raramente» como $\leq 1x$ /mês e «nunca» como acontecimento nulo.

O presente estudo obteve parecer favorável (n.º 51/2021) pela Comissão de Ética para a Saúde da ULSAM. Ao preencher o questionário, os participantes deram consentimento informado de forma tácita. O trabalho não foi submetido à Comissão Nacional de Proteção de Dados, uma vez que os questionários eram anonimizados.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Obteve-se um total de 63 respostas (Tabela 2), sendo a maioria do sexo feminino, com uma média de idades de 42,8 anos. Relativamente à categoria profissional, a maioria eram especialistas, dos quais 58,8% tinham mais de dez anos de atividade profissional como MF. No que diz respeito à formação pós-graduada dos especialistas, 29 (56,9%) apresentavam formação em cuidados paliativos, dos quais sete (24,1%) tinham formação avançada (pós-graduação, mestrado ou doutoramento) e nove (17,6%) tinham formação em geriatria, sendo avançada em cinco (55,6%). No grupo dos IFEs, sete (58,3%) apresentavam formação em cuidados paliativos, sendo em três (42,9%) formação avançada e nenhum em geriatria.

Avaliação da desprescrição

Relativamente à periodicidade da observação de doentes com características propensas à aplicação da desprescrição (Tabela 3), 62 (98%) e 61 (97%) contactam frequentemente com doentes com multimorbilidade (≥ 2 doenças crónicas) e polimedicados (≥ 5 fármacos por dia), respetivamente. Os idosos (>75 anos) que são frágeis, ou seja, que cumprem alguns dos seguintes critérios: idas frequentes ao serviço de urgência, albumina $<2,5g/dL$, perda de peso não intencional, úlceras de decúbito ou confinamento ao leito/domicílio, são



TABELA 2. Caracterização da amostra

Idade média (extremos)		42,8 anos (27; 68)				
Sexo – n (%)	Feminino	43 (68,3%)				
	Masculino	20 (31,7%)				
Categoria profissional – n (%)	Especialista	51 (81,0%)	N.º anos como especialista	<5 anos	12 (23,5%)	
				5-10 anos	9 (17,7%)	
				11-20 anos	12 (23,5%)	
				>20 anos	18 (35,3%)	
	IFEs	12 (19,0%)				
Formação em Cuidados Paliativos – n (%)	Sim	36 (57,1%)	Especialistas	29 (80,6%)		
			IFEs	7 (19,4%)		
			Avançada	10 (27,8%)	Especialistas	7 (70,0%)
					IFEs	3 (30,0%)
	Não avançada	26 (72,2%)				
Não	27 (42,9%)					
Formação em Geriatria – n (%)	Sim	9 (14,3%)	Especialistas	9 (100%)		
			IFEs	0 (0,0%)		
			Avançada	5 (55,6%)	Especialistas	5 (100,0%)
					IFEs	0 (0,0%)
	Não avançada	4 (44,4%)				
Não	54 (85,7%)					

Legenda: n = Número absoluto; IFEs = Internos de formação especializada.

observados, pelo menos ocasionalmente, por 51 dos participantes no estudo (81,0%). A maioria dos médicos considerou observar raramente os doentes pertencentes aos restantes grupos avaliados. Ao analisar os resultados separadamente, de acordo com a categoria profissional dos inquiridos, verificou-se discrepância na perceção de dois critérios. Os idosos (>75 anos) frágeis são observados frequentemente, de acordo com a maioria dos IFEs ($n=7$, 58,3%), sendo que aproximadamente metade dos especialistas ($n=25$, 49,1%) referiram ver estes doentes apenas ocasionalmente. Segundo seis dos IFEs (50%), os utentes com curta esperança de vida são avaliados ocasionalmente, enquanto 27 dos especialistas (52,9%) apenas avaliam estes doentes raramente.

Em relação à aplicação da desprescrição na prática clínica (Figura 1), aproximadamente metade dos médicos inquiridos ($n=31$, 49,2%) referiu realizá-la apenas

ocasionalmente nos utentes com algum dos critérios mencionados previamente. Esta frequência foi similar tanto em especialistas ($n=25$, 49%) como em IFEs ($n=6$, 50%). Apenas 25,4% da amostra total refere pôr em prática a desprescrição frequentemente.

Quanto à determinação das classes farmacológicas mais desprescritas (Figura 2), a questão aplicada permitia a seleção de um máximo de três opções de entre seis respostas possíveis. Na amostra total, os fármacos mais frequentemente desprescritos foram os AINEs ($n=49$, 77,8%), as estatinas ($n=47$, 74,6%) e os bifosfonatos ($n=38$, 60,3%), sendo também estas três classes as mais desprescritas pelos especialistas (Figura 3). No grupo de IFEs em particular verificou-se uma ligeira discrepância, com os antiagregantes e hipocoagulantes a ocuparem o terceiro lugar da lista de fármacos mais desprescritos.

TABELA 3. Periodicidade com que os inquiridos observam doentes com características propensas à aplicação da desprescrição, assim como barreiras e fatores facilitadores da desprescrição

Questões e variáveis	Grupo profissional	Periodicidade			
		Nunca	Raramente ($\leq 1x/m\grave{e}s$)	Ocasionalmente (2x/mês-1x/semana)	Frequentemente ($\geq 2x/semana$)
Observação de doentes com características propensas à aplicação da desprescrição:					
Multimorbilidade (≥ 2 doenças crónicas)	AT	-	-	1	62
	E	-	-	1	50
	I	-	-	-	12
Polimedicação (≥ 5 fármacos/dia)	AT	-	-	2	61
	E	-	-	2	49
	I	-	-	-	12
Idosos (>75 anos) frágeis	AT	-	12	29	22
	E	-	11	25	15
	I	-	1	4	7
Doença oncológica estadio IV	AT	1	49	12	1
	E	-	39	12	-
	I	1	10	-	1
Insuficiência hepática grave	AT	9	48	6	-
	E	7	39	5	-
	I	2	9	1	-
Doença renal crónica estadio 5	AT	2	48	10	3
	E	2	39	8	2
	I	-	9	2	1
DPOC avançada	AT	-	41	20	2
	E	-	32	18	1
	I	-	9	2	1
Insuficiência cardíaca avançada	AT	-	37	25	1
	E	-	31	20	-
	I	-	6	5	1
Demência grave	AT	-	34	22	7
	E	-	28	19	4
	I	-	6	3	3
Curta esperança de vida (<12 meses)	AT	-	32	25	6
	E	-	27	19	5
	I	-	5	6	1
Reconhecimento de barreiras à desprescrição:					
Tempo limitado para revisão terapêutica	AT	1	17	19	26
	E	1	15	17	18
	I	-	2	2	8
Multimorbilidade do doente	AT	3	7	37	16
	E	3	7	28	13
	I	-	-	9	3
Resistência do doente	AT	-	11	33	19
	E	-	9	27	15
	I	-	2	6	4



TABELA 3. Periodicidade com que os inquiridos observam doentes com características propensas à aplicação da desprescrição, assim como barreiras e fatores facilitadores da desprescrição (continuação)

Questões e variáveis	Grupo profissional	Periodicidade			
		Nunca	Raramente (≤1x/mês)	Ocasionalmente (2x/mês-1x/semana)	Frequentemente (≥2x/semana)
Reconhecimento de barreiras à desprescrição:					
Fármacos prescritos por outros médicos	AT	-	14	32	17
	E	-	14	26	11
	I	-	-	6	6
Prática cultural (por parte do médico) de medicina preventiva	AT	7	20	30	6
	E	6	15	27	3
	I	1	5	3	3
Falta de orientações de apoio à desprescrição	AT	7	17	29	10
	E	6	16	22	7
	I	1	1	7	3
Receio de eventos negativos com a suspensão do fármaco	AT	1	17	25	20
	E	1	16	20	14
	I	-	1	5	6
Receio de perda da relação terapêutica médico-doente	AT	9	21	23	10
	E	9	17	19	6
	I	-	4	4	4
Falta de conhecimento sobre desprescrição	AT	12	22	23	6
	E	11	18	18	4
	I	1	4	5	2
Desconhecimento da razão de utilizar certos fármacos	AT	5	19	22	17
	E	4	14	22	11
	I	1	5	0	6
Doentes institucionalizados em ERPIs	AT	7	25	22	9
	E	7	20	18	6
	I	-	5	4	3
Reconhecimento de fatores facilitadores da desprescrição:					
Má adesão terapêutica prévia	AT	1	8	44	10
	E	1	8	33	9
	I	-	-	11	1
Expectativa de redução dos efeitos laterais	AT	-	6	31	26
	E	-	6	25	20
	I	-	-	6	6
Custos para o doente	AT	1	9	31	22
	E	1	9	24	17
	I	-	-	7	5
Ausência de indicação clínica	AT	-	10	31	22
	E	-	9	25	17
	I	-	1	6	5

Legenda: AT = Amostra total; DPOC = Doença pulmonar obstrutiva crónica; E = Especialistas; ERPIs = Estruturas residenciais para idosos; I = Internos de formação especializada.

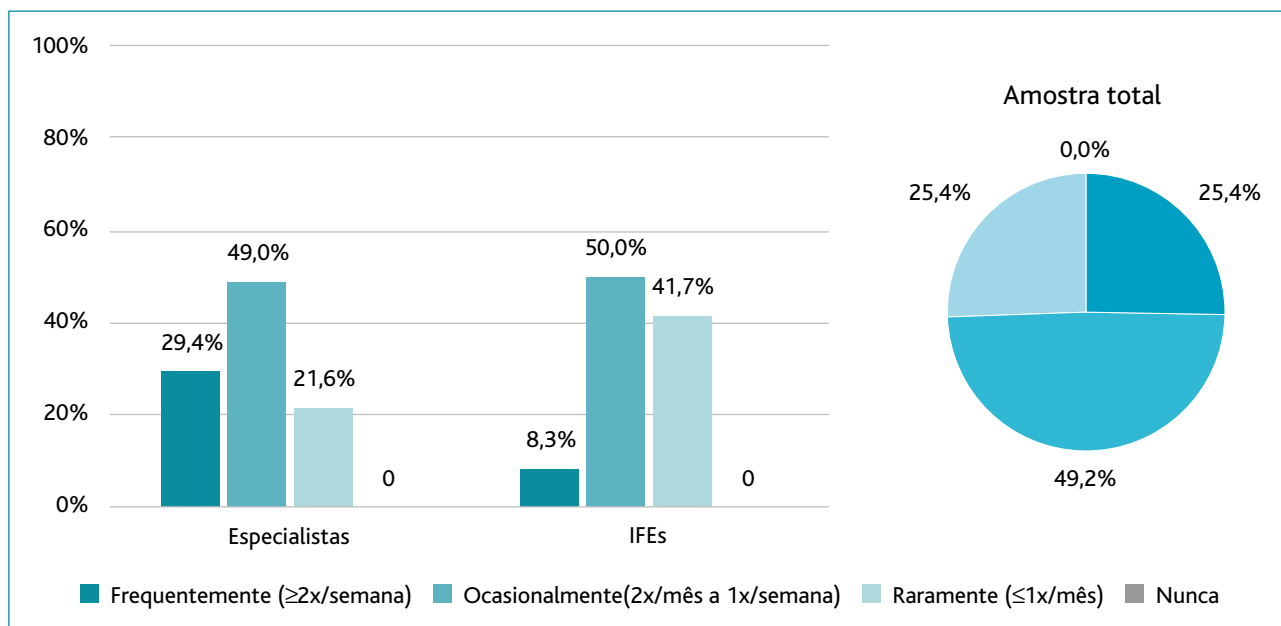


Figura 1. Periodicidade com que põe em prática o processo de desprescrição.
Legenda: IFEs = Internos de formação especializada.

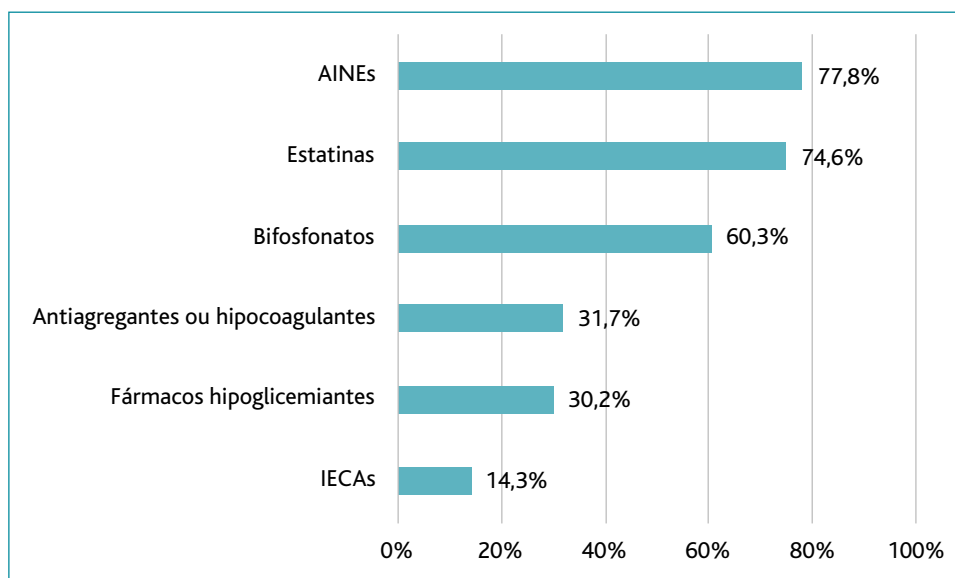


Figura 2. Classes farmacológicas mais frequentemente desprescritas na amostra total.
Legenda: AINEs = Anti-inflamatórios não esteroides; IECAs = Inibidores da enzima convertora de angiotensina; IFEs = Internos de formação especializada.

Em relação à importância das características do utente na tomada de decisão da desprescrição (Figura 4), os médicos inquiridos avaliaram a qualidade de vida ($n=50$,

79,4%), a esperança de vida ($n=45$, 71,4%), a deterioração cognitiva ($n=38$, 60%) e a dependência física para as atividades de vida diária ($n=31$, 49,2%) como muito importantes. As restantes características foram consideradas como importantes: expectativas dos familiares ($n=40$, 63,5%), comunicação difícil ($n=37$, 58,7%), expectativas do utente com a desprescrição ($n=33$, 52,4%) e idade ($n=30$, 47,6%). Sobre as potenciais consequências negativas para a saúde não houve consenso, sendo que 47,6% ($n=31$) dos médicos classificou como uma característica muito importante, enquanto outros

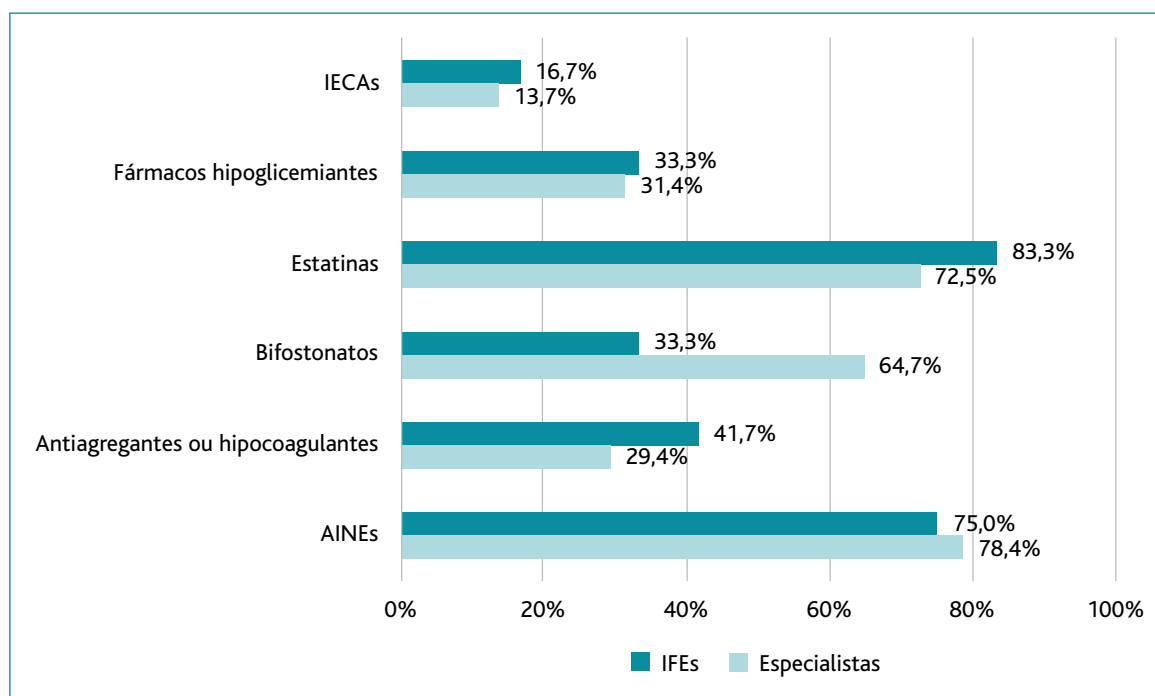


Figura 3. Comparação entre as classes farmacológicas mais frequentemente desprescritas pelos especialistas e internos de formação especializada.

Legenda: AINEs = Anti-inflamatórios não esteroides; IECAs = Inibidores da enzima conversora de angiotensina; IFEs = Internos de formação especializada.

47,6% ($n=31$) classificaram como importante apenas. Na avaliação separada por categorias profissionais, a importância atribuída pela maioria a cada uma das características manteve-se praticamente semelhante à amostra total, com diferença apenas nas potenciais consequências negativas para a saúde. A maioria dos IFEs ($n=8$, 66,7%) avaliou este aspeto como muito importante, enquanto a maioria dos especialistas ($n=26$, 51%) considerou apenas importante.

No que diz respeito aos fatores influenciadores (independentes do utente) na prática de desprescrição (Figura 5), os inquiridos definiram como muito importantes os riscos do fármaco ($n=41$, 65,1%), os benefícios do fármaco ($n=33$, 52,4%) e a existência de *guidelines*/linhas de orientação de desprescrição ($n=29$, 46%). Por outro lado, a comunicação/colaboração interprofissional (entre médicos prescritores e farmacêuticos), o tempo despendido, o livre acesso ao fármaco por ser de venda livre e a existência de ferramentas que facilitem a desprescrição foram apontados como fatores

apenas importantes. Comparando o ponto de vista das diferentes categorias profissionais registaram-se diferenças quanto à importância da existência de ferramentas que facilitem a desprescrição e quanto à comunicação/colaboração interprofissional. Ambos os pontos foram classificados como muito importantes pela maioria dos IFEs, enquanto a maior parte dos especialistas atribuiu uma menor importância.

Barreiras e fatores facilitadores

No que concerne às barreiras identificadas à prática da desprescrição (Tabela 3), o tempo limitado para revisão terapêutica foi frequentemente reconhecido pelos médicos na prática clínica, tanto na avaliação global dos 63 participantes ($n=26$, 41,3%) como na avaliação específica por categorias profissionais. Pelo contrário, 25 participantes (39,7%) referiram que o facto dos doentes se encontrarem institucionalizados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPIs) era um fator limitante raramente observado na prática da

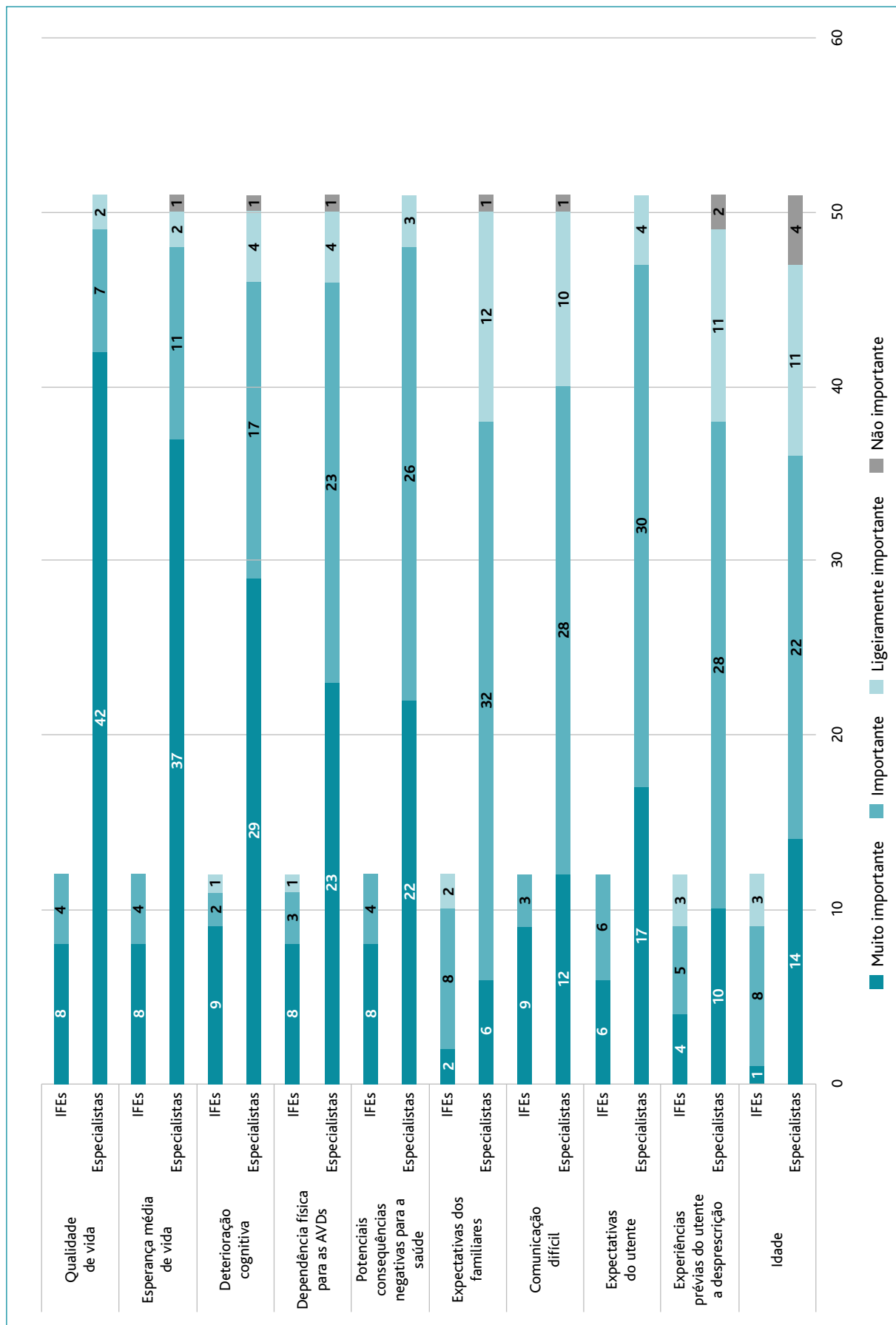


Figura 4. Importância atribuída às características do utente na prática da desprescrição. Legenda: IFEs = Internos de formação especializada; AVDs = Atividades de vida diária.

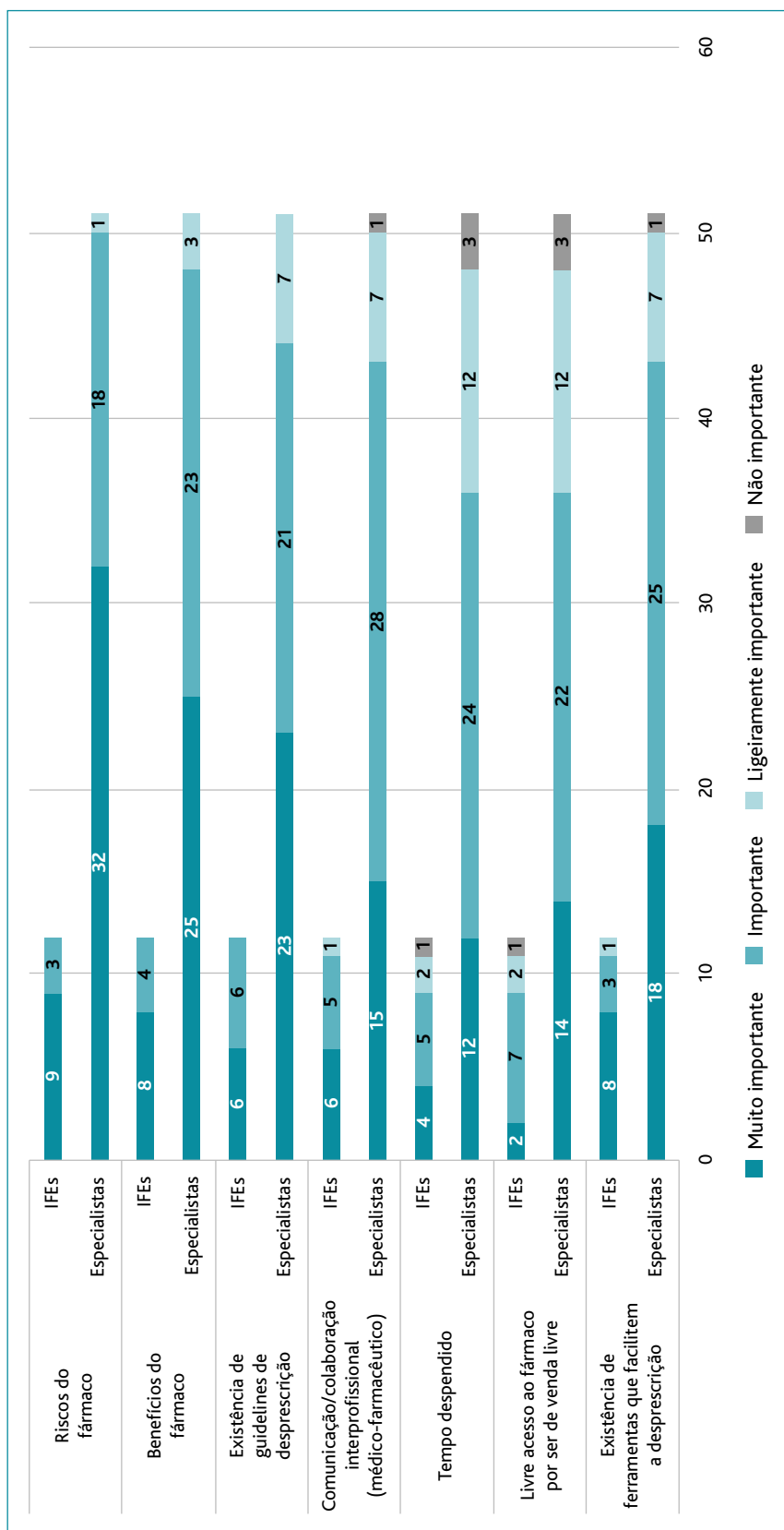


Figura 5. Importância atribuída aos fatores influenciadores (independentes do utente) na prática da desprescrição. Legenda: IFEs = Internos de formação especializada.

desprescrição, o que também foi compatível com os resultados da avaliação nos dois grupos. As restantes barreiras descritas na Tabela 3 foram reconhecidas ocasionalmente durante a atividade clínica dos médicos inquiridos. Na avaliação específica por categorias profissionais, outras barreiras reconhecidas frequentemente pela maioria dos IFEs ($n=6, 50\%$) foram o receio de eventos negativos com a suspensão do fármaco e o desconhecimento da razão de utilizar certos fármacos, ao contrário da maior parte dos especialistas que apenas verificaram a sua existência ocasionalmente. Por último, a prática cultural (por parte do médico) de uma medicina preventiva foi ocasionalmente reconhecida por 27 especialistas (52,9%), enquanto os IFEs ($n=5, 41,7\%$) apenas observaram esta barreira raramente.

Por último, sobre os fatores facilitadores da desprescrição verificou-se que todos os fatores expostos no questionário foram reconhecidos ocasionalmente na prática clínica dos médicos (Tabela 3). A má adesão terapêutica foi reconhecida ocasionalmente por 44 dos 63 participantes (69,8%), seguida dos custos para o doente, a expectativa de redução dos efeitos laterais e a ausência de indicação clíni-



ca, todos reconhecidos ocasionalmente por 31 dos médicos (49,2%). Estes resultados foram similares tanto na avaliação global como na avaliação por categorias profissionais, sendo que o único fator que gerou alguma discórdia nas respostas foi a expectativa de redução de efeitos laterais, uma vez que 50% dos IFEs consideraram reconhecer este fator frequentemente, enquanto a outra metade considerou reconhecer ocasionalmente.

DISCUSSÃO

Este estudo permitiu caracterizar as práticas de desprescrição dos MF da ULSAM, tratando-se de um dos estudos pioneiros nesta área em Portugal. No que diz respeito à caracterização da amostra verificou-se que os MF inquiridos apresentavam um maior nível de formação na área de cuidados paliativos quando comparada com a área da geriatria, situação que poderá ser explicada pelo surgimento mais tardio das formações em geriatria. Ainda sobre a formação pós-graduada verificou-se que a maioria dos participantes com formação eram especialistas. Algumas das razões para justificar o maior nível formativo dos especialistas nestas áreas poderão ser o maior número de anos enquanto profissional e, portanto, de tempo para realizar formações desde o início da sua atividade e a maior capacidade de adequar as necessidades formativas ao seu contexto profissional.

Relativamente aos critérios para desprescrição, de acordo com o presente estudo, os doentes com multimorbilidade, os polimedicados e os idosos frágeis são alguns dos exemplos mais frequentemente reconhecidos ao nível das consultas de MGF. No entanto, apesar dos utentes com critérios de desprescrição serem frequentemente reconhecidos, a desprescrição só é aplicada apenas ocasionalmente. Este resultado suporta as conclusões do estudo suíço “The LESS Study”⁸ em que apesar de 84% dos MF observarem doentes com critério de desprescrição frequente ou muito frequentemente, apenas 30% desprescreve com a mesma regularidade. Conclui-se, assim, que existe ainda falta de proatividade por parte dos MF na prática da desprescrição. Os autores consideram ser necessária a aplicação de medidas que capacitem e sensibilizem os profissionais de saúde para este processo.

Verificou-se que as classes farmacológicas mais frequentemente desprescritas pelos MF são os AINEs, as es-

tatinas e os bifosfonatos. Esta seleção está de acordo com os resultados do estudo LESS,⁸ que verificou que os fármacos mais desprescritos pelos MF eram os de prevenção cardiovascular, nomeadamente as estatinas, havendo tendência a manter os analgésicos como o paracetamol.

Em relação às características do doente na tomada de decisão da desprescrição foi interessante verificar que a maioria dos médicos priorizou e classificou como muito importante a qualidade e a esperança de vida, a deterioração cognitiva e a dependência física, dando uma menor importância a aspetos como a idade do utente e as expectativas dos familiares. Estes resultados podem ter sido influenciados pela forma de atuação do ME, cujas características e competências nucleares incluem, segundo a árvore da WONCA,¹⁰ a abordagem holística dos utentes e o cuidado centrado na pessoa. Ainda assim, os autores reconhecem que mais estudos, com outra população-alvo e comparando diferentes especialidades médicas, são necessários para suportar esta afirmação. Os autores sugerem como estudo futuro um questionário aplicado a nível nacional, inquirindo médicos de medicina geral e familiar, medicina interna e cuidados paliativos, garantindo uma amostra maior e mais diversa. Quando se comparam os resultados do presente estudo com os do estudo LESS⁸ verifica-se que uma percentagem similar de ambas as amostras classificou como pelo menos importante a qualidade de vida (97% desta amostra *vs* 98% do LESS), a esperança de vida (95% *vs* 96%) e a idade do utente (71% *vs* 73%). Por outro lado, uma frequência distinta de ambas as amostras classificou como pelo menos importante a comunicação difícil (83% desta amostra *vs* 56% do estudo LESS), as potenciais consequências negativas para a saúde (95% *vs* 76%) e as expectativas dos familiares (78% *vs* 49%) e do utente (94% *vs* 63%).

Quanto aos fatores influenciadores da prática da desprescrição, a maioria dos MF definiu como pelo menos importante os riscos (98%) e os benefícios (95%) dos fármacos, bem como a existência de *guidelines*/linhas de orientação de desprescrição (89%). Estes dados estão congruentes com os do estudo LESS⁸ relativamente à importância dos riscos (99%) e benefícios (98%) dos fármacos; contudo, diferem na existência de *guidelines*, uma vez que apenas 64% da amostra do estudo LESS a considera pelo menos importante. Uma vez que um dos papéis fundamentais do MF inclui a gestão da medicação



crónica dos seus utentes, os autores consideram que os primeiros dois fatores (riscos e benefícios do fármaco) estão já bem presentes na decisão médica diária, sendo, portanto, necessário apostar na criação de documentos com linhas de orientação para a desprescrição, de forma a responder às necessidades sentidas pelos médicos e evidenciadas neste estudo. Em relação à influência do tempo despendido, 71% da amostra considera-o pelo menos importante, o que contrasta com os 19% do estudo LESS.⁸ Esta diferença poderá ser explicada pela sobrecarga de trabalho a que os MF em Portugal estão sujeitos, levando à atribuição de uma maior importância a este fator.

No que concerne às barreiras para a desprescrição, importa referir que Portugal surge em décimo lugar num estudo publicado no *British Medical Journal Open*,¹¹ onde foram analisados os tempos médios das consultas de MGF em 67 países, apresentando cerca de 15,9 minutos por consulta. Além disso, de acordo com os Censos de 2021,¹² Portugal é o segundo país da União Europeia com um maior índice de envelhecimento. A complexidade, pluripatologia e polimedicação inerente aos doentes com idades avançadas poderão ser algumas das justificações para o tempo limitado para revisão terapêutica ter sido a barreira mais frequentemente reconhecida na prática clínica dos inquiridos no presente estudo. Desta forma, os investigadores consideram que a existência de uma consulta específica para gestão terapêutica pode ser uma proposta para ultrapassar esta barreira. Por outro lado, a institucionalização em ERPIs foi descrita como uma barreira raramente observada na prática clínica, o que poderá ser explicado pelo facto destas instituições apresentarem frequentemente médicos a título particular, não sendo, portanto, tão habitual que estes doentes recorram ao seu MF. Uma medida para superar esta barreira poderá ser o estabelecimento de uma melhor articulação entre as ERPIs e as unidades dos CSP da mesma área geográfica, de modo a melhorar o acompanhamento destes doentes por parte dos seus MF.

Adicionalmente, é interessante perceber que a prática cultural de uma medicina preventiva (por parte do médico) não foi frequentemente reconhecida como uma barreira, o que poderá estar relacionado com a abordagem holística e abrangente praticada atualmente pelos MF, que condiciona a integração de toda a informação do

utente para a tomada de decisão e não apenas o aspeto da prevenção isoladamente. Por último, os autores consideram que o facto dos especialistas terem um conhecimento mais detalhado da sua lista de utentes e terem um maior nível de experiência na prescrição farmacológica poderão ser as justificações para que o desconhecimento da razão de utilização de certos fármacos e o receio de eventos negativos com a suspensão do fármaco tenham sido barreiras avaliadas como frequentes pela maioria dos IFEs e apenas ocasionais pelos especialistas.

Concluindo, os autores consideram que este estudo permitiu melhorar a perceção sobre as práticas de desprescrição em MGF em Portugal, até então desconhecida pela escassez de estudos publicados no país sobre o tema. Finalmente, a abordagem desta temática alertou os MF para a importância do processo de desprescrição como parte de uma prescrição racional na sua prática clínica diária.

Limitações

Sendo um estudo com aplicação regional, os dados obtidos não poderão ser extrapolados para a prática nacional. No entanto, a metodologia utilizada poderá servir de base para futuros estudos noutras regiões do país ou mesmo a nível nacional. Por outro lado, apesar de ter sido realizado previamente um teste piloto e realizado um teste de consistência interna pelo método de *Alpha de Cronbach*, a validação deste questionário foi limitada, o que pode comprometer a obtenção de conclusões mais fidedignas e a replicação direta do mesmo em futuros estudos.

De acordo com os dados do Gabinete de Comunicação da ULSAM, o questionário foi enviado a 227 MF e a 19 IFEs do 3.º e 4.º anos de MGF, a exercerem atividade na ULSAM à data do estudo, tendo-se obtido um total de 63 respostas. Assim, verificou-se uma taxa de resposta de cerca de 25,6%, que os autores consideram ser abaixo do desejado e, portanto, uma das limitações do estudo. Uma das possíveis causas para esta baixa adesão pode ter sido o facto de algumas das questões do questionário apresentarem um certo carácter identificativo como, por exemplo, o nível de formação em geriatria e/ou cuidados paliativos, o que poderá ter condicionado a desistência de alguns elementos da população-alvo. Adicionalmente, o facto de ter sido utilizada uma amostra de conveniência, apenas com os MF



que aceitaram responder ao questionário, também constitui uma limitação, pois não se trata de uma amostra representativa da população.

Considerando a categoria profissional, apesar de se observar um maior número de respostas por parte de especialistas, a taxa de resposta dos IFEs foi de 63,2%, substancialmente superior à dos especialistas, 22,5%. Ainda assim, o baixo número de respostas de IFEs foi também uma limitação que condicionou a comparação estatística entre as duas categorias profissionais. Neste sentido, os autores optaram por não aplicar testes de avaliação de diferença com significado estatístico entre os grupos.

CONCLUSÃO

A desprescrição é um processo individual e contínuo, que tem em conta o balanço entre os riscos e os benefícios do fármaco e que implica uma decisão partilhada entre o médico, o doente e familiares. O MF, pelas características inerentes à sua prática clínica, estabelece frequentemente uma relação de confiança médico-doente e mantém uma avaliação longitudinal do utente, razões que facilitam o seu papel neste processo. Utentes com critérios de desprescrição são frequentemente reconhecidos pelos MF; no entanto, existe ainda falta de proatividade nesta prática. A implementação em todas as Unidades de Saúde Familiar/Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados de uma consulta específica orientada para gestão terapêutica destes doentes poderia ser uma forma de melhorar esta prática tão importante.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Dra. Vânia Sá Araújo, Dra. Encarnación Frá e Dra. Cristina Mendes a orientação e apoio na realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gonçalves F. Deprescription in advanced cancer patients. *Pharmacy*. 2018;6(3):88.
- Oliveira L, Ferreira MO, Rola A, Magalhães M, Gonçalves JF. Deprescription in advanced cancer patients referred to palliative care. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2016;30(3):201-5.
- O'Neill P, Matthews S. Developing local guidelines on deprescribing in end-of-life care. *Nurs Times*. 2021;117(6):27-31.
- Lyu H, Xu T, Brotman D, Mayer-Blackwell B, Cooper M, Daniel M, et al. Over-treatment in the United States. *PLoS One*. 2017;12(9):e0181970.
- Doherty AJ, Boland P, Reed J, Clegg AJ, Stephani AM, Williams NH, et al. Barriers and facilitators to deprescribing in primary care: a systematic review. *BJGP Open*. 2020;4(3):bjgpopen.20X101096.
- Lima AO, Marcos-Marcos J, Marquina-Marquez A, González-Vera MA, Matas-Hoces A, Bermúdez-Tamayo C. Evidence for deprescription in primary care through an umbrella review. *BMC Fam Pract*. 2020;21(1):100.
- 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;21(1):19.
- Mantelli S, Jungo KT, Rozsnyai Z, Reeve E, Luymes CH, Poortvliet RK, et al. How general practitioners would deprescribe in frail oldest-old with polypharmacy: the LESS study. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):169.
- Remondes SO, Acesso aos cuidados paliativos dos doentes não oncológicos [dissertation]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; 2015. Available from: <https://hdl.handle.net/10216/82450>
- Santos P, Sá AB, Santiago L, Hespahol A. A árvore da WONCA: tradução e adaptação cultural para português [The WONCA tree: Portuguese translation and cultural adaptation]. *Rev Port Med Geral Fam*. 2021;37(1):28-35. Portuguese
- Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*. 2017;7(10):e017902.
- PORDATA. Índice de envelhecimento [homepage]. Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2021 [cited 2013 Feb 24]. Available from: <https://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-1609>

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, MBO; metodologia, MBO e CC; validação, MBO e CC, análise formal, MBO e CC; investigação, MBO e CC, recursos, MBO e CC; gestão de dados, MBO e CC; redação do *draft* original, MBO e CC, revisão, validação e edição do texto final, MBO, CC e VRS.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Os autores declaram não ter recebido quaisquer subsídios ou bolsas para a elaboração do presente artigo científico.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Mariana B. Oliveira

E-mail: mariana.brito.oliveira@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2647-8566>

Recebido em 31-03-2023

Aceite para publicação em 13-09-2023



ABSTRACT

EVALUATION OF DEPRESCRIBING IN PRIMARY CARE, FROM A MEDICAL PERSPECTIVE

Introduction: Therapeutic deprescribing consists of identifying and proposing the withdrawal medicines whose harms outweigh their benefits, and this complex management is usually part of the family physician (FP) role.

Objectives: Determine FPs' self-perceptions of their deprescribing practices, as well as barriers and facilitators. A secondary aim was to raise FP awareness of deprescribing.

Methods: Observational and descriptive study in which FPs and 3rd and 4th-year family medicine residents in a northern region of Portugal completed an online survey. The study was approved by the ethics committee, and statistical analysis was performed in Microsoft Excel®.

Results: There were 63 responses, of which 68.3% were female, with a mean age of 42.8 years. In the sample, 81% were specialists and 57.1% and 14.3% had training in palliative care and geriatrics respectively. Regarding deprescribing, 98% frequently saw patients with multimorbidity and 97% with polypharmacy. However, 49.2% of respondents reported deprescribing only occasionally. The most commonly deprescribed drugs were non-steroidal anti-inflammatory drugs, statins, and bisphosphonates. Patient characteristics considered very important for deprescribing were: quality of life (79.4%), life expectancy (71.4%), cognitive orientation (60%), and physical dependence (49.2%). The risks (65.1%) and benefits (52.4%) of the drug and the existence of guidelines (46%) were considered the most important factors (not related to the patient) in the decision to deprescribe. The most frequently observed barrier was limited time for therapeutic review (41.3%), while poor adherence was occasionally recognized as a facilitator by the majority (69.8%).

Conclusion: Patients with deprescribing criteria are often recognized by the FP, but there is still a lack of proactivity in this practice. The existence of guidelines was considered a very important factor and limited time was a frequent barrier. Therefore, creating guidelines and specific consultations could be strategies for improvement.

Keywords: Deprescribing; Polypharmacy; Multimorbidity; Primary health care; Family physician.



ANEXO 1

Questionário aplicado aos participantes sobre a Desprescrição em Cuidados de Saúde Primários

Legenda: * – Resposta obrigatória

Caracterização do médico

Assinale com uma cruz a sua situação

1. Idade*

2. Género*

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
 Masculino
 Outra: _____

3. Categoria profissional*

Marcar apenas uma oval.

- Médico de Família
 Interno de Formação Especializada de Medicina Geral e Familiar do 4.º ano
Avançar para a pergunta 5
 Interno de Formação Especializada de Medicina Geral e Familiar do 3.º ano
Avançar para a pergunta 5

4. Se Médico de Família, trabalha desde há quantos anos?*

Marcar apenas uma oval.

- <5 anos

- 5-10 anos
 11-20 anos
 >20 anos

5. Tem formação na área de Cuidados Paliativos?*

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não *Avançar para a pergunta 7*

6. Se sim, tem formação avançada (pós-graduação, mestrado ou doutoramento)?*

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

7. Tem formação na área de Geriatria?*

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não *Avançar para a pergunta 1 da secção Critérios de Desprescrição*

8. Se sim, tem formação avançada (pós-graduação, mestrado ou doutoramento)? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

Critérios de Desprescrição

1. Quão frequentemente costuma ver doentes que cumpram as seguintes condições?*

NYHA = New York Heart Association; ACC = American College of Cardiology; AHA = American Heart Association; DPOC = Doença pulmonar obstrutiva crónica; FEV1 = Volume expiratório forçado no 1.º segundo; FVC = Capacidade vital forçada; GOLD = Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; TFG = Taxa de filtração glomerular.

Marcar apenas uma oval por linha.

	1. Nunca	2. Raramente (≤1x/mês)	3. Ocasionalmente (2x/mês a 1x/semana)	4. Frequentemente (≥2x/semana)
Curta esperança de vida (<12 meses)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Multimorbilidade (≥2 doenças crónicas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	1. Nunca	2. Raramente (≤1x/mês)	3. Ocasionalmente (2x/mês a 1x/semana)	4. Frequentemente (≥2x/semana)
Polimedicação (≥5 fármacos por dia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Idosos (>75 anos) que são frágeis: idas frequentes ao serviço de urgência, albumina <2,5, perda de peso não intencional, úlceras de decúbito, confinamento ao leito/domicílio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doença oncológica estadio IV (com metastização à distância)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiência cardíaca avançada: classe funcional IV da NYHA e/ou estágio D do ACC e da AHA (dispneia em repouso)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPOC avançada: limitação grave do fluxo aéreo (FEV1/FVC <0,70), com GOLD 3 (FEV1 <50%) ou 4 (FEV1<30%) na presença de insuficiência respiratória crónica (PaO2 <60 mmHg ou PaCO2 >50 mmHg ou Cor Pulmonale)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiência hepática grave: estadio C da classificação de Child-Pugh (10-15 pontos; pontuação baseada na presença de encefalopatia, ascite, bilirrubina aumentada, hipoalbuminemia e protrombina diminuída)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doença renal crónica estadio 5 (TFG <15 mL/min ou diálise)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demência grave: incapacidade para andar, incontinência, menos de 6 palavras inteligíveis, menor ingestão por via oral ou albumina <2,5 g/dL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.1. Quão frequentemente põe em prática a desprescrição em doentes com algum destes critérios?*

Marcar apenas uma oval.

Nunca

- Raramente (≤1x/mês)
- Ocasionalmente (2x/mês a 1x/semana)
- Frequentemente (≥2x/semana)

1.2. Quais as 3 classes de fármacos que mais frequentemente desprescreve?*

Selecione no máximo 3 opções.

Marcar tudo o que for aplicável.

- AINEs (anti-inflamatórios não esteroides)
- Estatinas
- Fármacos hipoglicemiantes
- Bifosfonatos
- Antiagregantes ou hipocoagulantes
- IECAs (inibidores da enzima conversora de angiotensina)



2. Quão importantes são para si as seguintes características do UTENTE quando toma a decisão da desprescrição?*

AVDs = Atividades de vida diária

Marcar apenas uma oval por linha.

	1. Não importante	2. Ligeiramente importante	3. Importante	4. Muito importante
Idade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esperança média de vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualidade de vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dependência física para as AVDs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deterioração cognitiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Experiências prévias do utente com a desprescrição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expectativas do utente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potenciais consequências negativas para a saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comunicação difícil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expectativas dos familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Quão importantes são para si os seguintes fatores quando põe em prática a desprescrição?*

Marcar apenas uma oval por linha.

	1. Não importante	2. Ligeiramente importante	3. Importante	4. Muito importante
Existência de <i>guidelines</i> /linhas de orientação de desprescrição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existência de ferramentas que facilitem a desprescrição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comunicação/colaboração interprofissional (entre médicos prescritores/farmácias)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempo despendido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Livre acesso ao fármaco por ser de venda livre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benefícios do fármaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Riscos do fármaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Barreiras e Facilitadores da Desprescrição

4. Quão frequentemente reconhece, na sua prática clínica, os seguintes fatores como **BARREIRAS** à desprescrição?*

Marcar apenas uma oval por linha.

	1. Nunca	2. Raramente ($\leq 1x/mês$)	3. Ocasionalmente (2x/mês a 1x/semana)	4. Frequentemente ($\geq 2x/semana$)
Resistência do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Multimorbilidade do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Receio de eventos negativos com a suspensão do fármaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Receio de perda da relação terapêutica médico-doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fármacos prescritos por outros médicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desconhecimento da razão de utilizar certos fármacos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempo limitado para revisão terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de conhecimento sobre desprescrição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de orientações de apoio à desprescrição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prática cultural (por parte do médico) de uma medicina preventiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doentes institucionalizados em ERPI (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Quão frequentemente reconhece, na sua prática clínica, os seguintes fatores como **FACILITADORES** da desprescrição?*

Marcar apenas uma oval por linha.

	1. Nunca	2. Raramente ($\leq 1x/mês$)	3. Ocasionalmente (2x/mês a 1x/semana)	4. Frequentemente ($\geq 2x/semana$)
Custos para o doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expectativa de redução dos efeitos laterais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Má adesão terapêutica prévia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausência de indicação clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Há mais algum fator que tenha em consideração para a decisão da desprescrição? Se sim, qual?
