



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA- TRABALHO FINAL

VIVIANA TERESA DA SILVA BARREIRA

***Desprescrição de Benzodiazepinas- Adaptação de um Algoritmo
para a língua Portuguesa***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob orientação de:

INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO

LUÍS MIGUEL ANDRÉ MONTEIRO

ABRIL 2019

DESPRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPINAS- ADAPTAÇÃO DE UM ALGORITMO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA

Artigo Científico Original

Viviana Teresa da Silva Barreira¹, Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano^{1,2}, Luís Miguel André Monteiro³

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

²USF Coimbra Centro, Coimbra, Portugal

³Unidade de Saúde Personalizados Aveiro II, Aveiro, Portugal

Contacto: vtbarreira@gmail.com

Trabalho final do 6º ano médico com vista à atribuição do grau de mestre no âmbito do ciclo de estudos do Mestrado Integrado em Medicina.

Área científica: Medicina Geral e Familiar

ABRIL 2019 | Coimbra

Índice

ÍNDICE	- 2 -
RESUMO	- 3 -
PALAVRAS-CHAVE	- 3 -
ABSTRACT	- 3 -
KEYWORDS.....	- 4 -
SIGLAS E ABREVIATURAS	- 5 -
INTRODUÇÃO.....	- 6 -
MATERIAIS E MÉTODOS.....	- 9 -
DISCUSSÃO.....	- 16 -
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	- 22 -
ANEXO I – ALGORITMO ADAPTADO À LÍNGUA PORTUGUESA	- 24 -
ANEXO II – ALGORITMO ORIGINAL	- 26 -
ANEXO III - CARACTERÍSTICAS DAS BENZODIAZEPINAS	- 28 -

Resumo

As Benzodiazepinas representam uma das classes farmacológicas mais prescritas em Portugal atualmente, sendo uma grande fração desta prescrição feita a nível dos cuidados primários. São largamente conhecidos os efeitos adversos associados a estes fármacos, nomeadamente o maior risco de quedas na população mais idosa, levantando então a seguinte questão: será possível reduzir a quantidade de benzodiazepinas prescritas?

Como resposta a esta pergunta propõe-se a utilização de um algoritmo de desprescrição de BZD traduzido e validado para a língua portuguesa com vista a auxiliar especialistas de MGF a promover a suspensão destes fármacos. Selecionou-se, para o efeito, um algoritmo Canadano que almeja a desprescrição de BZD. Alvo de tradução e retroversão e validação pela organização, foi, posteriormente, enviado a especialistas da área de MGF para verificar o seu nível de aplicabilidade em Portugal. Constatou-se, por fim, que 71% dos médicos intervenientes concordam plenamente com a utilidade e necessidade de implementação deste protocolo, sendo que 58% afirmam, inclusivamente, que ponderam utilizar futuramente, no contexto da sua prática clínica, o algoritmo aqui demonstrado.

Ao criar um método de fácil interpretação, aplicação e que tenha um baixo custo, é possível facilitar a suspensão destes fármacos com efeitos secundários potencialmente nocivos, especialmente para doentes polimedicados.

Palavras-Chave

Benzodiazepinas, Desprescrições, Cuidados Primários, Tradução, Algoritmo, Ansiolíticos

Abstract

Benzodiazepines are currently one of the most prescribed pharmacological classes in Portugal, mainly by primary care professionals. Side effects associated with these drugs are widely known, namely the higher risk of falls in the elderly, which brings up the following question: is it possible to reduce the number of Benzodiazepines currently prescribed?

As a solution to this question, it is proposed that a deprescribing algorithm can be used for this purpose after being translated and validated into Portuguese to help family doctors promote drug withdrawal. A Canadian deprescribing algorithm was selected to perform a forward and backward translation and later on sent out to family doctors in order to understand the level of applicability in Portugal. It was shown that 71% of the questioned doctors firmly agree that the algorithm is useful and see a need for it to exist. 58% of doctors also stated that they would strongly consider using it in the future.

By providing a method that can be easily interpreted and applied, that is also cost-friendly, it is possible to ensure the removal of these drugs with potentially harmful side effects, especially in patients suffering from polypharmacy.

Keywords

Benzodiazepines, Deprescriptions, Primary Health Care, Translation, Algorithm, Anxiolytics

Siglas e Abreviaturas:

ARS- Associação Regional de Saúde
BZD- Benzodiazepinas
CaDeN- Canadian Deprescribing Network
CP- Cuidados Paliativos
DDD- Dose Diária Definida de Fármaco
DGS- Direção Geral de Saúde
DHD- DDD por 1000 Habitantes/Dia
GABA- Ácido Gama-Aminobutírico
GABA-R- Recetor GABA
INE- Instituto Nacional de Estatística
MGF- Medicina Geral e Familiar
SNC- Sistema Nervoso Central
SRS- Secretaria Regional de Saúde
TCC- Terapia Cognitivo- Comportamental
UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF- Unidade de Saúde Familiar

Introdução

As benzodiazepinas (BZD) são psicofármacos sedativo-hipnóticos que aumentam a afinidade do neurotransmissor inibitório de produção endógena ácido gama-aminobutírico (GABA) ao recetor da mesma designação – GABA-R. (1) Esta ligação resulta numa miríade de efeitos neuroinibitórios: sedação, ansiólise, amnésia, hipnose, ação anticonvulsionante e miorrelaxante, atuando em todo o neuro-eixo. (2)

Estes fármacos são indicados no tratamento de insónia e ansiedade patológica incapacitantes, visando tratar casos considerados graves, excluindo casos ligeiros a moderados que necessitam recorrentemente de tratamento sintomático apenas. De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS), estes tratamentos têm duração recomendada de duas a quatro semanas. Na insónia patológica a recomendação máxima de 4 semanas inclui o período de descontinuação. (3) Na ansiedade patológica a duração máxima de tratamento com BZD é de 8 a 12 semanas, incluindo também o período de descontinuação. (4)

Outra indicação preconizada para o uso de BZD é a sua utilidade para a realização de uma “ponte” para a toma de antidepressivos em quadros de depressão (ex. Lorazepam). Períodos prolongados de toma não são recomendados pelo risco de dependência associado. (3)

Independentemente do quadro clínico, existe tendência para uma toma crónica inapropriada e prolongada que resulta numa diminuição da eficácia pelo desenvolvimento de tolerância à inibição benéfica e alto risco de efeitos adversos passíveis de aumentar a morbilidade. (5)

De entre os psicofármacos consumidos em Portugal, os ansiolíticos representam o maior subgrupo, liderado pelas BZD. Um estudo que analisou as doses diárias definidas de um fármaco (DDD) por 1000 habitantes/dia (DHD) demonstrou que, comparativamente a outros países europeus como Itália (53 DHD), Dinamarca (31 DHD) e a Noruega (62 DHD) existe um consumo significativamente maior deste grupo de fármacos em Portugal (96 DHD), sugerindo que este valor mais alto seja justificável por tratamentos mais prolongados no nosso país. (6) Com base em avaliações da quantidade de BZD prescritas em Portugal, existe recomendação da International Narcotic Board para analisar a utilização e prescrição desta classe. (7)

Nos doentes idosos há maior risco na prescrição pela prevalência de contra-indicações, juntamente com um Sistema Nervoso Central (SNC) mais suscetível, facilitando ataxia, disartria, nistagmo, diminuição da vigília, amnésia retrógrada e confusão.

(4) Nos casos mais graves podem ocasionar depressão respiratória e até indução de coma.
(3) Esta sensibilidade à dosagem resulta numa semivida aumentada das BZD, sendo necessária a adaptação da dose terapêutica, especialmente naqueles com hepatopatia. (2)

É de ressaltar o efeito deletério destes fármacos sobre a capacidade de manusear maquinaria pesada, conduzir automóveis e o aumento de acidentes. (8) Os doentes devem ser devidamente informados destes riscos, especialmente havendo interferência com a atividade laboral. Nos doentes mais idosos, as atividades diárias e independência podem ser condicionadas pela falta de mobilidade e maior risco de quedas, podendo diminuir substancialmente a qualidade de vida dos mesmos. (9,10)

Face a estas questões, é imperativo reavaliar a prescrição desta classe, surgindo a necessidade de ferramentas que permitam a retirada de forma segura e racional por parte dos cuidados primários.

Desprescrição é definida como um processo planeado e acompanhado que promove a redução e suspensão de medicação que poderá estar a causar malefícios ou que já não esteja a providenciar benefícios ao doente. O objetivo da desprescrição é reduzir carga medicamentosa e efeitos indesejados, tendo em vista a manutenção de qualidade de vida. (14)

A nível nacional existem atualmente trabalhos relativamente à problemática da desprescrição que apresentam sugestões para realizar desprescrição. Um exemplo encontrado é da autoria de colaboradores da Associação Regional de Saúde (ARS) Lisboa e Vale do Tejo intitulada “Utilização de Benzodiazepinas: Um grave problema de Saúde Pública”. Neste projeto foi realizado um Boletim Terapêutico (11) que alerta para os efeitos secundários e perigos da sobreprescrição desta classe, para além de promover a capacitação do doente ao criar um folheto chamado “Razões para parar de tomar calmantes (Benzodiazepinas)” (12). Folheto este que ajuda o doente a decidir se pretende cessar esta medicação, para além de fornecer estratégias para lidar com potenciais sintomas de abstinência.

Tentativas de desprescrição são realizadas recorrentemente em vários países para classes farmacológicas de risco com abordagens que se estendem desde intervenções educativas dos doentes e profissionais até substituição farmacológica para promover a descontinuação. Estudos de revisão de várias abordagens reportam que apesar da substituição farmacológica apresentar resultados mais promissores em ambientes controlados, intervenções de educação ao doente e tomada de decisão partilhada através de

folhetos informativos e algoritmos de desprescrição demonstram uma versão mais realística da prática clínica. (13) Demonstrou-se que existe uma dificuldade crescente dos doentes em deixar de tomar um fármaco sem uma conversa de descontinuação iniciada pelo seu médico, apoiando a utilização de um algoritmo para facilitar este processo.

O objetivo deste trabalho é, em coordenação com tradutores certificados, realizar a tradução e posterior validação de um algoritmo de desprescrição de benzodiazepinas em Português que incorpora a seleção de doentes-alvo e abordagens não-farmacológicas, averiguando-se junto de médicos de MGF a sua aplicabilidade em Portugal.

Materiais e Métodos

Antes da realização do presente trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica inicial através da utilização das plataformas Embase, PubMed e Clinical Key, onde foram obtidos artigos de revisão tais como estudos retrospectivos. Foi consultada literatura da área da farmacologia clínica e terapêutica para a contextualização teórica e realização de uma tabela de apoio com características inerentes às BZD (Anexo III). Informação relativa ao panorama Português fora obtida através do INFARMED e o seu “Prontuário Terapêutico On-line”(15), complementando com as diretrizes disponíveis no *website* da DGS. (4)

O algoritmo utilizado como base do trabalho está disponível em www.deprescribing.org (16) criado pela organização *Canadian Deprescribing Network* (CaDeN), traduzido para Português inicialmente pela autora, enviando-se esta adaptação para a língua portuguesa inicial para um tradutor certificado com experiência em trabalhos na área da saúde para revisão. Após este processo, a tradução foi enviada para um segundo tradutor independente que, sem conhecimento do algoritmo original, efetuou uma retroversão para inglês com base apenas na nova adaptação portuguesa. A retroversão foi enviada para a organização “Deprescribing.org” para posterior validação.

De forma a melhor se adequar à língua portuguesa, foi inicialmente excluída a referência a uma *guideline* de BZD do próprio algoritmo e um *website*, pois não existe uma versão portuguesa e não foi considerado pertinente a inclusão por falta de material em português para o efeito. Além desta adaptação, foi feita uma revisão dos fármacos tabelados no algoritmo original canadiano, comparando-os com informação disponível no Prontuário Terapêutico On-line (15) a 27 de janeiro de 2019 de onde foram retiradas as doses e nomes comerciais utilizados em Portugal.

Findo o processo de tradução e da sua revisão por peritos, foi criado um questionário de aplicabilidade no *website* Google Form e foi enviado a médicos de MGF de centros de cuidados primários (USF- Unidade de Saúde Familiar, USCP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados) por e-mail através de *mailinglists* (MGFamiliar, MGF XXI e fórum da USF-aN) a nível nacional para obter reações acerca da necessidade e aplicabilidade do protocolo na prática clínica.

O questionário enviado era constituído por uma porção inicial de caracterização da amostra em que foi questionada a idade do médico, sexo, anos de experiência, se trabalha em USF ou UCSP e a que ARS ou SRS (Secretaria Regional de Saúde) pertence.

Foram obtidas 129 respostas ao questionário enviado. A amostra obtida poderá ser resumida da seguinte forma:

Tabela 1 - Caracterização da amostra de médicos de MGF inquiridos.

Variável		Valores (n=129)
Idade (anos)	Média ± DP	43 ± 13
	Mínimo	27
	Máximo	67
Sexo (%)	Masculino	25,2
	Feminino	74,8
ARS/SRS a que pertence (%)	ARS- Alentejo	1,6
	ARS- Algarve	4,7
	ARS- Centro	22
	ARS- Lisboa e Vale do Tejo	28,3
	ARS- Norte	42,5
	SRS- Açores	0,8
	SRS- Madeira	0
Médico em USF (%)		80,3
Médico em UCSP (%)		19,7
Anos de experiência como MGF (incluindo internato)	Média ± DP	16 ± 12
	Mínimo	1
	Máximo	43

A segunda porção do questionário incluía um conjunto de afirmações cujo objetivo era de obter o nível de concordância dos profissionais com as mesmas após uma leitura inicial do algoritmo Português. Consistia em seis questões, das quais as primeiras cinco eram em escala de Likert para pesquisa de opinião entre concordar plenamente, concordar parcialmente, não concordar nem discordar, discordar parcialmente e discordar totalmente. Os resultados destas questões com resposta em escala foram tratados no programa Microsoft Excel para transposição dos dados de cada pergunta a percentagem.

Quanto à sexta questão, esta apresentava um cariz aberto para obter sugestões de alterações e melhorias. As afirmações para as quais foi pedido o nível de concordância foram as seguintes:

- 1- Há necessidade de existência deste algoritmo como ferramenta de auxílio à prescrição.

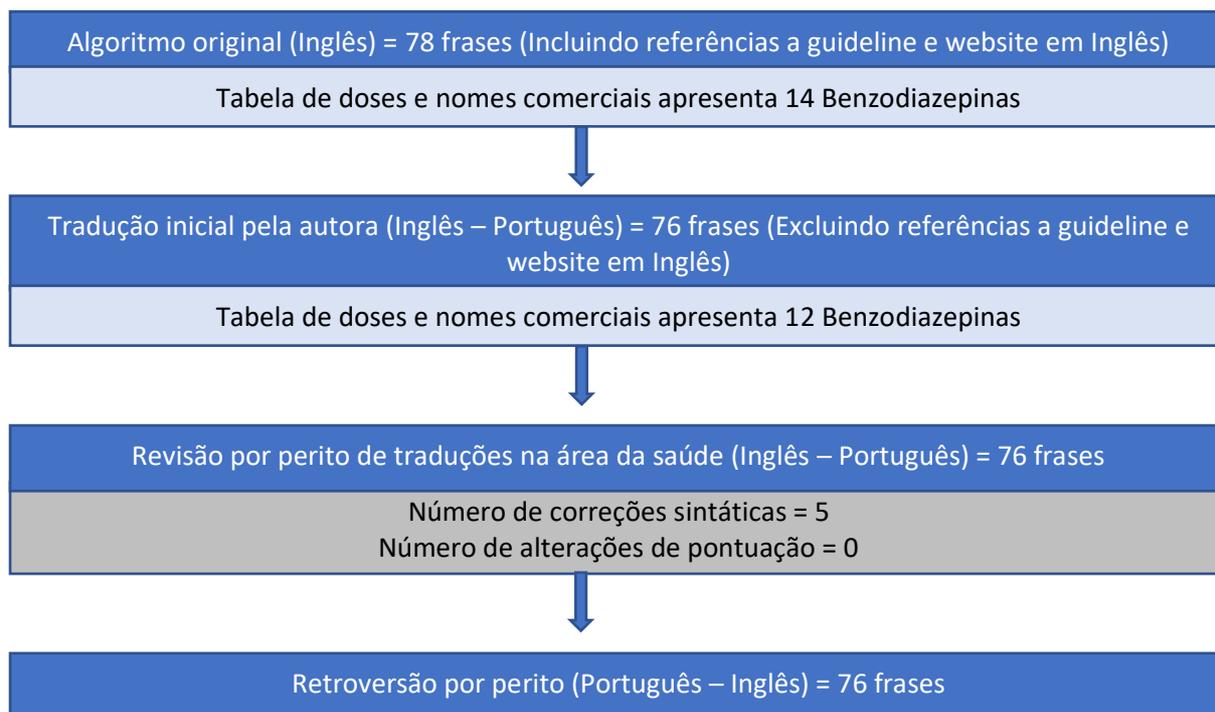
- 2- Após leitura do algoritmo, penso que será útil para o dia-a-dia na prática clínica.
- 3- A linguagem é compreensiva e de fácil interpretação.
- 4- Este algoritmo está apropriado para a realidade cultural da população portuguesa.
- 5- No futuro ponderaria a utilização deste algoritmo face a um doente polimedicado que tome benzodiazepinas.
- 6- Existe alguma sugestão de melhoria e/ou alguma questão sobre a qual gostaria de elaborar?

Resultados

O algoritmo de desprescrição traduzido para Português é apresentado em anexo no presente trabalho (Anexo I), seguindo o modelo oficial recomendado pela organização deprescribing.org (Anexo II) na qual se baseou a elaboração da versão portuguesa.

Os procedimentos realizados para se obter a tradução final poderão ser resumidos através de uma demonstração do número de frases do algoritmo em cada fase, sendo que foi realizada uma tradução literal, já que o objetivo passava por se manter fiel ao trabalho original (Figura 1). Quanto à retroversão, esta tinha como objetivo o seu envio aos criadores do algoritmo original para procederem à averiguação de que a tradução em português era perceptível e mantinha o seu objetivo, não se tendo perdido o sentido do algoritmo com o processo de tradução.

Figura 1- Processo de tradução



Quanto ao questionário de aplicabilidade do algoritmo em Português enviado para especialistas de MGF, os resultados das questões 1 a 5 estão demonstrados na Tabela 2. Obtiveram-se respostas por parte de 129 médicos. Os resultados estão apresentados na forma de percentagem de inquiridos que optaram por cada nível de concordância apresentado face às cinco primeiras questões supracitadas.

Tabela 2 - Resultados do questionário de aplicabilidade- Percentagem de respostas referentes ao nível de concordância para cada afirmação.

	Concordo Plenamente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente	N/A- Não Aplicável
Há necessidade de existência deste algoritmo como ferramenta de auxílio à prescrição.	71%	22%	5%	2%	1%	0%
Após leitura do algoritmo, penso que será útil para o dia-a-dia na prática clínica.	54%	35%	8%	2%	1%	0%
A linguagem é compreensiva e de fácil interpretação.	66%	26%	4%	4%	0%	0%
Este algoritmo está apropriado para a realidade cultural da população portuguesa.	34%	44%	8%	12%	2%	1%
No futuro ponderaria a utilização deste algoritmo face a um doente polimedicado que tome benzodiazepinas.	58%	30%	5%	2%	3%	1%

A questão aberta e facultativa obteve respostas variadas de 27 participantes sendo que foram passíveis de agrupamento baseado em algumas características comuns consideradas relevantes para o projeto (Tabela 3). As categorias selecionadas foram as seguintes:

Tabela 3 – Agrupamento das respostas da questão 6 em categorias

Categoria	Nº de Respostas
I - Indicações quanto à informação e formatação (legibilidade e densidade do texto apresentado)	8 respostas
II - Dificuldade de encaminhamento para consultas de psiquiatria e/ou psicologia para a realização de TCC (Terapia Cognitivo-Comportamental)	3 respostas
III - Relutância na retirada de BZD em doentes controlados	2 respostas
IV - Sugestões que incluem a necessidade de incorporar esquemas farmacológicos específicos para auxiliar a desprescrição	7 respostas
V - Outras respostas: Alterações linguísticas, sugestão de consulta específica para desprescrição, recomendação de leitura de outros trabalhos acerca de BZD realizados em Portugal	7 respostas

Seguidamente são apresentados alguns exemplos de respostas fornecidas pelos profissionais de acordo com cada categoria definida:

“Demasiada informação para um algoritmo, o que dificulta a sua rápida leitura”; “Algo complexo” (Categoria I);

“Não conseguimos na realidade portuguesa um apoio de psicólogos para TCC” (Categoria II);

“Porquê mudar em doente idoso que já faz o seu Lorenin há anos e se sente muito bem? Se calhar é melhor manter a dose do que alterar” (Categoria III);

“Adicionar fármacos de outras classes que possam ajudar na descontinuação de BZD”; “Além de critérios e indicações para desprescrição seria útil ter sugestões de outros fármacos ou auxílio na forma de fazer essa desprescrição “(Categoria IV);

“Deveria existir consulta específica para desprescrição de BZD”; “Abstinência alcoólica e não abstenção” (Categoria V);

As sugestões consideradas relevantes de acordo com as respostas dos profissionais em Portugal foram a indicação de que existe uma alta densidade textual que dificulta a compreensão do algoritmo de forma agilizada em consulta, correções linguísticas para expressões mais utilizada no dia-a-dia e a dificuldade em encaminhar para TCC. Adicionalmente, na sequência das sugestões linguísticas dos médicos questionados, foi alterada a expressão “abstenção alcoólica” para “abstinência alcoólica” da parte da autora para melhor se adequar à linguagem utilizada por profissionais de saúde na prática clínica.

Discussão

Atualmente é possível identificar uma necessidade crescente em reavaliar e ponderar a medicação em grupos de risco, como a população mais envelhecida por apresentar efeitos adversos decorrentes da toma prolongada de certos fármacos. Com vista a uma prática racional envolvendo a desprescrição, foi realizada a pesquisa de um algoritmo internacional com o objetivo de agilizar a incorporação deste procedimento nos cuidados de saúde primários. (13)

O algoritmo escolhido, da autoria da CaDeN, representa uma ferramenta que permite estratificar a necessidade de desmame das BZD com um conjunto de recomendações para facilitar este processo. O doente alvo deste algoritmo passa por aquele que padece de insónia isolada ou insónia acompanhada de comorbilidades sob controlo, que tenha mais de 65 anos com uma toma de BZD independentemente da duração ou doentes dos 18 aos 64 anos que tomam BZD há mais de 4 semanas. No seguimento desta seleção de doentes, é possível verificar-se que as recomendações neste algoritmo são sobreponíveis ao que está preconizado em Portugal nos casos de insónia patológica de acordo com a DGS, promovendo uma toma máxima de 4 semanas. (4) Ao determinar-se a mesma recomendação de duração de toma aceita-se que os doentes considerados prioritários no algoritmo em questão são os mesmos que são considerados em Portugal, havendo benefício em realizar a tentativa de adaptação à língua portuguesa.

O algoritmo traduzido e validado no presente trabalho (Anexo I) incorpora a redução gradual da dose de fármaco com abordagens não farmacológicas de higiene de sono e terapia cognitivo-comportamental, de forma a assegurar a criação de mecanismos de *coping* sustentáveis a longo prazo, garantindo a adesão à retirada terapêutica.

A referência a doses farmacológicas específicas ou a utilização de fármacos auxiliares à descontinuação é excluída do algoritmo original, sendo classificada como alheia ao objetivo do protocolo. Foi, portanto, excluída da ponderação da tradução final para Português. No entanto, ficou como sugestão de ser desenvolvida em Portugal como complemento a esta desprescrição.

Tomando como exemplo alguns ensaios internacionais de desprescrição, é possível verificar que intervenções realizadas em associação com médicos gerais que iniciem a discussão de desprescrição ou abordagens que envolvam desmame com apoio psicológico, apresentam resultados promissores com taxas de descontinuação de 65 a 80%. (13)

O envio do algoritmo a médicos de MGF permitiu reunir a opinião dos especialistas que mais poderão usufruir do mesmo através da decisão partilhada com base na confiança entre o médico e o doente. A amostra da qual se obtiveram respostas do questionário é representativa da realidade nacional de médicos de MGF, segundo registos de 2017 do Instituto Nacional de Estatística (INE). Os dados mais recentes mostram uma população maioritariamente feminina de 61,2% (4188) e masculina de 38,8% (2660), sendo que neste trabalho a proporção da população em MGF feminina e masculina foi de 74,8% e 25,2%, respetivamente, mostrando uma maioria da representação feminina nacional. Quanto à distribuição regional dos médicos que preencheram o questionário, 99,2% exerce em Portugal Continental, sendo que os restantes 0,8% estão empregados nos Açores. Não foi obtida nenhuma resposta de médicos da ilha da Madeira. Esta proporção é equivalente à distribuição nacional que mostra 96,6% dos médicos de MGF em Portugal Continental, 1,4% nos Açores e 2% na Madeira. (17) A demonstração da distribuição de inquiridos concordante com a atualidade indica que a amostra utilizada não terá sido aleatória, aceitando-se que o meio de seleção dos intervenientes por e-mail permitiu garantir validade e representação da população Portuguesa da área.

Através do questionário enviado para médicos de MGF portugueses foi possível aferir a opinião dos profissionais quanto à integração na prática clínica do algoritmo. Na questão referente a este tema 54% mostram o mais alto nível de concordância com a afirmação e 35% mostram o segundo nível, refletindo a sua abertura para consultar o algoritmo.

Ao demonstrar-se um nível de plena concordância com a necessidade deste algoritmo de 71% é possível inferir que este é um problema que surge no dia-a-dia destes profissionais, reforçando a noção de preocupação face a este problema de sobreprescrição.

Quando questionados acerca da sua utilização futura em doentes polimedicados, 58% dos inquiridos ponderariam fortemente seguir estas recomendações e 30% parcialmente, mostrando uma tendência geral para a aceitação deste método no seguimento de doentes mais complexos. Esta disponibilidade dos médicos de MGF é crucial perante um cenário recorrente na população polimedicada onde há um doente que tem vários prescritores que não interagem entre si por integrarem diferentes especialidades. De forma a simplificar e agilizar este processo, um algoritmo validado de desprescrição poderá ajudar os profissionais na abordagem a esta população alvo. Ao rever a medicação e ao informar o doente da sua tabela farmacológica e dos fármacos passíveis de suspender, o doente passa a ser responsabilizado e capacitado para a participação da sua escolha medicamentosa, favorecendo a adesão à descontinuação caso este seja o desfecho da revisão conjunta. (5)

Relativamente à afirmação acerca da aplicabilidade face à cultura portuguesa, esta obteve os níveis de concordância mais baixos, demonstrando uma discórdia parcial de 12% e concordância plena de apenas 34%. Apesar da tendência de baixa concordância com a adequação à cultura portuguesa, foram apresentadas escassas soluções acerca da adaptação específica a Portugal, apenas tendo salientada de dificuldade de incorporação de TCC. Esta técnica é considerada benéfica e útil por ensaios internacionais, sendo, no entanto, mencionada por 3 dos médicos de MGF questionados neste trabalho como um passo a repensar no algoritmo pela falta de recursos (Tabela 2).

A observação mais comumente recebida na questão número 6 fora a necessidade de reduzir a quantidade de informação apresentada no algoritmo, sendo que 8 das 27 respostas abertas referia densidade de texto ou pedidos de formatação que incluíam a redução do número de caixas de texto. As alterações sugeridas focaram-se em grande parte na adição de fármacos de substituição e doses específicas para a descontinuação mais facilitada por parte dos doentes, com 7 respostas neste âmbito.

De modo a melhorar a usabilidade deste algoritmo com base no relato dos médicos inquiridos, seria benéfico criar melhor acesso à TCC e até alguma capacitação dos profissionais de saúde do terreno nesta área. E, para complementar as medidas higiénicas apresentadas, criar um guia de suspensão farmacológico especificando doses ou classes farmacológicas alternativas para auxiliar a desprescrição. Conjuntamente, é sugerida uma revisão da quantidade de informação apresentada, tomando como exemplo a tabela apresentada na segunda página do algoritmo que inclui doses de fármacos e a sua via de administração que, no presente protocolo de desprescrição que não apresenta esquemas de retirada, acaba por perder utilidade.

As alterações realizadas de acordo com as sugestões focaram-se maioritariamente em questões linguísticas e estas sugestões mencionadas de forma e conteúdo ficam como sugestão para futuros algoritmos, já que o âmbito deste trabalho foi a tradução fidedigna deste algoritmo concreto.

Os resultados obtidos corroboram observações feitas por trabalhos internacionais com modelos semelhantes de desprescrição que referem que a utilização de algoritmos é largamente aceite pela forte relação custo-benefício, fácil aplicabilidade, integração facilitada nos cuidados primários e garantia de que os doentes são envolvidos na ponderação da adequação da terapêutica. (5)

Quanto às limitações do trabalho, teria interesse complementar o trabalho aplicando o algoritmo a doentes polimedicados por parte do seu médico de MGF e aferindo a utilidade na prática real. Ainda para futuro estudo seria interessante a sua aplicação prática na população Portuguesa para avaliar se existe efetivamente uma suspensão destes fármacos a longo prazo, idealmente vitalícia. Seria igualmente valorizável a avaliação da sua resposta em termos de qualidade de sono, possíveis melhorias no dia-a-dia por diminuição dos efeitos adversos relatados, e se sentiram efeitos de abstinência ou se o desmame terá sido realizado sem repercussões. Uma eventual recolha de dados acerca da interpretação por parte dos doentes das alterações não farmacológicas recomendadas e se são benéficas no seu quotidiano também é um procedimento que poderia complementar este estudo.

Adicionalmente deverá ser mencionada a limitação face ao método de distribuição do questionário de aplicabilidade, pois existiu um viés de voluntarismo estando dependente dos participantes em responder ao *link* enviado. No seguimento do envio por e-mail, será também relevante referir que apenas médicos de MGF incluídos nas *mailinglists* selecionadas receberam o questionário, podendo ter ocorrido exclusão parcial de alguma população de médicos atualmente em prática clínica.

Conclusão

O objetivo estipulado para este trabalho foi conseguido através da adaptação do algoritmo na sua integridade de forma inteligível para a língua portuguesa, após ligeiras alterações identificadas como necessárias para a sua adequação.

De forma geral, as respostas obtidas seguiram a hipótese que foi proposta, seguindo tendências de estudos prévios, demonstrando um elevado nível de concordância relativamente à necessidade de uma solução facilitadora da desprescrição desta classe farmacológica. É denotada a preocupação dos profissionais de saúde de cuidados primários em relação aos perigos da polimedicação, nomeadamente de psicofármacos com variados efeitos secundários na população envelhecida como as BZD.

Foi possível determinar a boa aceitação por parte dos especialistas de MGF nesta abordagem de capacitação do doente, validando a necessidade de criação desta versão portuguesa. Torna-se claro que um algoritmo de fácil aplicabilidade e reprodução como este poderá beneficiar o doente e o profissional, otimizando a interação durante a consulta para reavaliar e promover a suspensão farmacológica.

Agradecimentos

Agradeço à Dr.^a Inês Rosendo pela disponibilidade ao longo de todo o percurso e pelo seu interesse em auxiliar-me a concluir este trabalho com sucesso.

Ao Dr. Luís Monteiro, pela ajuda e orientação.

Aos senhores tradutores, Germana Rodrigues e André Alves, pela celeridade em contactar com os seus pares.

A todos os médicos de MGF que preencheram o formulário enviado de forma a possibilitar a realização do trabalho.

Aos meus amigos, que à semelhança de outros percursos, me acompanharam nesta demanda.

À minha família, por tudo.

Referências bibliográficas

1. Laurence L. Brunton, PhD ; Randa Hilal-Dandan, PhD ; Björn C. Knollmann, MD P. Goodman & Gilman - The pharmacological basis of therapeutics. 13th Edition. McGraw-Hill Education; 2018.
2. Trevor AJ, Katzung BG, Kruidering- Hall M. Katzung & Trevor's Pharmacology Examination and Board Review 11th Edition [Internet]. Vol. 38, Mikrobiyoloji bulteni. 2015. 239-43 p. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15490843>
3. Badminton M, Bailey S, Bates G, Bedford H, Beresford M. British National Formulary, 2015. Direct. 2011;61:385.
4. George FHM. Regulation number 055/11 - Symptomatic treatment of anxiety and insomnia with benzodiazepines and equivalent drugs. Norma da Direção-Geral da Saúde [Internet]. 2011;1-14. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0552011-de-27122011.aspx>
5. Ng BJ, Couteur DG Le, Hilmer SN. Deprescribing Benzodiazepines in Older Patients : Impact of Interventions Targeting Physicians , Pharmacists , and Patients. Drugs Aging [Internet]. 2018;35(6):493-521. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40266-018-0544-4>
6. Gabinete F. Psychopharmacology: An evolution of the consumption in Continental Portugal (2000 - 2012). 2012;
7. BOARD INC. Report of the International Narcotics Control Board. New York; 2005.
8. Barbone F, McMahon AD, Davey PG, Morris AD, Reid IC, McDevitt DG, et al. Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. Lancet. 1998;352(9137):1331-6.
9. Woolcott J, Richardson K, Wiens M. Meta-analysis of the Impact of 9 Medication Classes on Falls in Elderly Persons. 2009;169(21):1952-60.
10. Gray SL, LaCroix AZ, Hanlon JT, Penninx BW, Blough DK, Leveille SG, et al. Benzodiazepine use and physical disability in community-dwelling older adults. J Am Geriatr Soc. 2006;54(2):224-30.
11. Faria Vaz A, Magalhães AS, Lourenço A, Costa J, Guerreiro M, Ribeiro N. Therapeutic Bulletin - ARS Lisboa e Vale do Tejo. 2017;(Tabela 1):1-6. Available from: http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/67?folder_id=481
12. ARS Lisboa e Vale do Tejo, Faria Vaz A, Magalhães AS, Lourenço A, Costa J, Guerreiro M, et al. Panflet- Reasons to stop taking anti-anxiety medicine (benzodiazepines) [Internet]. 2017. Available from: http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/3022/Anexo_II_Set17__O_que_s_o_benzodiazepinas__BZD__.pdf

13. Reeve E, Ong M, Wu A, Jansen J, Petrovic M. A systematic review of interventions to deprescribe benzodiazepines and other hypnotics among older people. 2017;927–35.
14. Guidelines CP. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists. 2018;64:339–51.
15. INFARMED. On-Line Therapeutics Records (Portugal) [Internet]. 2019 [cited 2019 Jan 27]. Available from: <https://app10.infarmed.pt/prontuario/index.php>
16. Institute BR, Network TCD. BZRA- Deprescribing Algorithms 2019 [Internet]. 2019. Available from: <https://deprescribing.org/wp-content/uploads/2019/02/BZRA-deprescribing-algorithms-2019-English.pdf>
17. INE- Instituto Nacional de Estatística. Statistics Portugal- Web Portal [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 9]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008465&selTab=tab0&xlang=pt

Anexo I – Algoritmo adaptado à língua Portuguesa



deprescribing.org | **Desprescrição de Benzodiazepinas Algoritmo**

Fevereiro 2019: Algoritmo traduzido para Português por Germana do Vale Rodrigues e André Alves em coordenação com Bruyère Deprescribing Guidelines Research Team's Translation Policy. Materiais originais disponíveis em <https://tinyurl.com/yag638uz>

Motivo de Toma da Benzodiazepina

Caso seja desconhecido, procurar antecedentes de ansiedade, seguimento psiquiátrico prévio, iniciação em ambiente hospitalar para dormir ou situação de luto.

- Insónia isolada OU insónia associada a comorbilidades sob controlo.
Para doentes > 65 anos: Toma de BZD independentemente da duração (evitar como primeira linha)
Para doentes dos 18 aos 64 anos: Toma de BZD > 4 semanas

- Outros distúrbios do sono (ex. Síndrome das pernas inquietas);
- Abstinência alcoólica
- Benzodiazepina utilizada especificamente para tratamento de ansiedade;
- Ansiedade não controlada, depressão, condições físicas ou mentais potencialmente agravantes da insónia;

Envolver o doente (discutir potenciais riscos, benefícios, plano de desmame, sintomas e duração)

Recomendar Desprescrição

Desmame e suspensão da BZD

(descontinuar progressivamente em colaboração com o doente, por exemplo, menos 25% a cada duas semanas, e se possível, reduções de 12,5% próximo do final da toma e/ou programação de dias livres de fármaco)

- Para doentes > 65 anos: (recomendação forte por revisão sistemática e abordagem GRADE)
- Para doentes dos 18– 64 anos: (recomendação fraca por revisão sistemática e abordagem GRADE)
- Oferecer conselhos de comportamentos de higiene de sono, considerar terapia comportamental (cognitiva se disponível)

Continuar Benzodiazepina

- Minimizar o uso de substâncias com potencial de agravamento da insónia (ex. Cafeína, álcool)
- Tratar patologia de base
- Considerar acompanhamento por parte da psicologia, psiquiatria ou especialista do sono

Monitorizar a cada 1-2 semanas durante a descontinuação

Benefícios esperados:

- Possível melhoria do estado de alerta, cognição e diminuição da sedação diurna e quedas.

Sintomas de abstinência:

- Insónia, ansiedade, irritabilidade, suores, sintomas gastro-intestinais (espera-se que os sintomas sejam moderados, com duração de dias ou algumas semanas)

Utilizar abordagens não farmacológicas para controlar a insónia

Utilizar abordagens comportamentais e/ou terapia cognitiva-comportamental

Persistência dos sintomas:
Considerar:

- Manter dose atual de BZD durante 1-2 semanas, continuando posteriormente a diminuição progressiva

Fármacos alternativos:

- Outros medicamentos com indicação para a terapêutica da insónia. A avaliação da sua eficácia e segurança ultrapassa o objetivo deste modelo.

© Use freely, with credit to the authors. Not for commercial use. Do not modify or translate without permission.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.
Contact deprescribing@bruyere.org or visit deprescribing.org for more information.

Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski C, Welch V, Holbrook A, Boyd C, Swenson JR, Ma A, Farrell B. Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing benzodiazepine receptor agonists. *Can Fam Physician* 2018;64:339-51 (Eng), e209-24 (Fr)



deprescribing.org

INSTITUT DE RECHERCHE

Bruyère
RESEARCH INSTITUTE



CIHR IRSC
CONSEIL NATIONAL DE RECHERCHES EN SANTÉ



Disponibilidade das BZD

BZD	Dose
Alprazolam (Xanax [®]) ^{Co}	0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg, 2 mg, 3mg
Bromazepam (Bromalex [®] , Lexotan [®] , Ultramidol [®]) ^{Co}	1,5 mg, 3 mg, 6 mg
Clorazepóxido (Paxium [®]) ^C	5 mg, 10 mg
Clonazepam (Rivotril [®]) ^{Co}	0,5 mg, 2 mg
Clorazepato (Tranxene [®] , Melipox [®]) ^C	5 mg, 10 mg, 15 mg
Diazepam (Valium [®] , Bialzepam [®]) ^{Co}	3 mg, 5 mg, 6 mg, 10 mg
Flurazepam (Dalmadorm [®] , Morfex [®]) ^C	15 mg, 30 mg
Lorazepam (Ansilor [®] , Lorenin [®]) ^{Co, S}	1 mg, 2,5 mg, 5 mg
Oxazepam (Serenal [®]) ^{Co}	15 mg, 50 mg
Temazepam (Normison [®]) ^{Co}	20mg
Triazolam (Halcion [®]) ^{Co}	0,25 mg
Zolpidem (Cymerion [®] , Stilnox [®]) ^{Co}	10mg

Co = comprimido, Ca = cápsula, S = sublingual

Efeitos secundários das BZD

- BZD estão associados a:
 - Dependência física, quedas, distúrbios de memória, demência, danos funcionais, sedação diurna e acidentes de veículos motorizados;
- Os riscos são mais prevalentes em idosos;

Envolver doentes e cuidadores

Os doentes devem ter conhecimento do seguinte:

- A razão para a desprescrição (riscos associados à continuação da toma de BZD, perda de eficácia a longo prazo);
- Sintomas de abstinência (insónia, ansiedade) podem acontecer, sendo habitualmente moderados, temporários e de curta duração (dias a poucas semanas);
- O doente é parte integrante do plano de descontinuação, podendo controlar o ritmo e duração do processo;

Doses de descontinuação

- Não há evidência publicada que sugira que a troca para BZD de longa ação reduza a incidência dos sintomas de abstinência ou que seja mais eficaz do que descontinuar BZD de curta ação
- Caso a dosagem não permita uma redução de 25% considerar uma redução de 50% inicialmente acompanhado de dias livres de fármaco na fase final de descontinuação ou trocar para lorazepam ou oxazepam nos passos finais da descontinuação

Controlo Comportamental

Cuidados Primários:

- Deitar na cama apenas quando sonolento
- Não utilizar a cama ou o quarto para nada que não seja dormir
- Caso não adormeça em 20 a 30 minutos no início da noite ou após um acordar noturno, sair do quarto
- Se não adormecer em 20 a 30 minutos após regressar à cama, repetir nº3
- Utilizar um despertador para acordar à mesma hora todos os dias
- Não fazer sestas
- Evitar cafeína após o meio-dia
- Evitar exercício físico, nicotina, álcool e refeições pesadas nas duas horas precedentes à hora de deitar

Cuidados para a instituição:

- Abri as cortinas durante o dia para obter exposição solar
- Manter os sons de alarmes no volume mínimo
- Aumentar atividades diurnas e desencorajar sestas
- Reduzir sestas ao mínimo (não mais de 30 minutos e não permitir sestas após as 14h)
- Oferecer bebidas quentes como descafeinado ou leite à noite
- Reduzir refeições, cafeína e Tabaco antes da hora de deitar
- Encorajar que o doente vá à casa-de-banho antes de deitar
- Tentar instaurar horas de deitar e acordar consistentes
- Evitar acordar durante a noite para fornecer cuidados diretos
- Oferecer massagem de relaxamento

Utilizar Terapia Cognitivo-Comportamental

O que é terapia cognitivo-comportamental?

- TCC inclui 5 a 6 sessões educacionais sobre insónia, controlo de estímulos, restrição de sono, higiene do sono, treinos de relaxamento e apoio.

TCC funciona?

- Estudos demonstram que TCC melhora o sono com benefícios a longo prazo

Quem poderá fornecer esta terapia?

- Psicólogos clínicos poderão dar esta terapia, sendo possível treinar outros para a administração desta terapia ou providenciar aspetos da educação do TCC. Programas de auto-ajuda estão disponíveis.

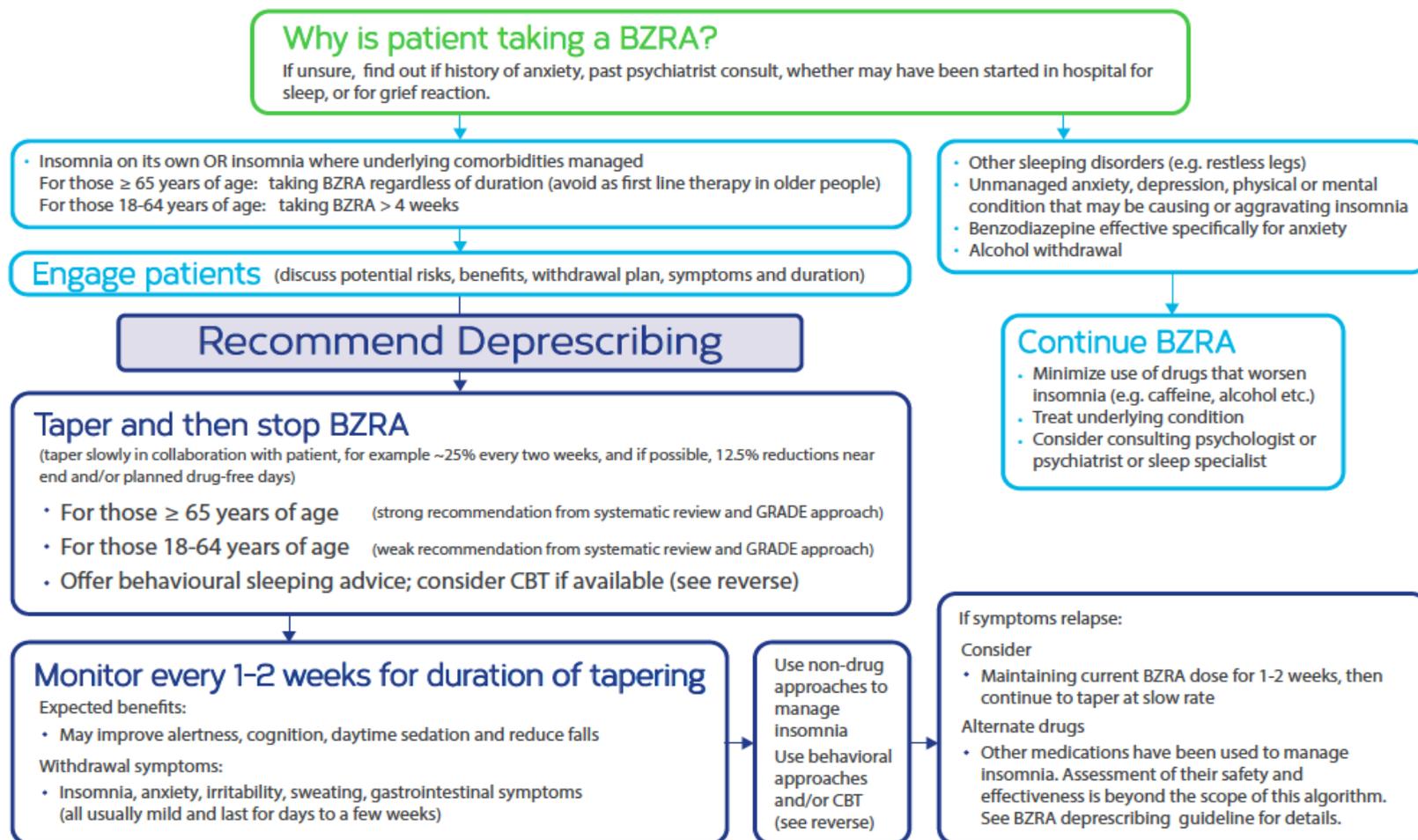
© Use freely, with credit to the authors. Not for commercial use. Do not modify or translate without permission.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.
Contact deprescribing@bruyere.org or visit deprescribing.org for more information.

Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski C, Welch V, Holbrook A, Boyd C, Swenson JR, Ma A, Farrell B. Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing benzodiazepine receptor agonists. *Can Fam Physician* 2018;64:339-51 (Eng), e209-24 (Fr)



Anexo II – Algoritmo original



© Use freely, with credit to the authors. Not for commercial use. Do not modify or translate without permission.


 This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. Contact deprescribing@bruyere.org or visit deprescribing.org for more information.

Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski C, Welch V, Holbrook A, Boyd C, Swenson JR, Ma A, Farrell B. Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing benzodiazepine receptor agonists. *Can Fam Physician* 2018;64:330-51 (Eng), e200-24 (Fr)

**BZRA Availability**

BZRA	Strength
Alprazolam (Xanax®) ^T	0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg
Bromazepam (Lectopam®) ^T	1.5 mg, 3 mg, 6 mg
Chlordiazepoxide (Librax®) ^C	5 mg, 10 mg, 25 mg
Clonazepam (Rivotril®) ^T	0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg
Clorazepate (Tranxene®) ^C	3.75 mg, 7.5 mg, 15 mg
Diazepam (Valium®) ^T	2 mg, 5 mg, 10 mg
Flurazepam (Dalmane®) ^C	15 mg, 30 mg
Lorazepam (Ativan®) ^{T,S}	0.5 mg, 1 mg, 2 mg
Nitrazepam (Mogadon®) ^T	5 mg, 10 mg
Oxazepam (Serax®) ^T	10 mg, 15 mg, 30 mg
Temazepam (Restoril®) ^C	15 mg, 30 mg
Triazolam (Halcion®) ^T	0.125 mg, 0.25 mg
Zopiclone (Imovane®, Rhovane®) ^T	5mg, 7.5mg
Zolpidem (Sublinox®) ^S	5mg, 10mg

T = tablet, C = capsule, S = sublingual tablet

BZRA Side Effects

- BZRAs have been associated with:
 - physical dependence, falls, memory disorder, dementia, functional impairment, daytime sedation and motor vehicle accidents
- Risks increase in older persons

Engaging patients and caregivers

Patients should understand:

- The rationale for deprescribing (associated risks of continued BZRA use, reduced long-term efficacy)
- Withdrawal symptoms (insomnia, anxiety) may occur but are usually mild, transient and short-term (days to a few weeks)
- They are part of the tapering plan, and can control tapering rate and duration

Tapering doses

- No published evidence exists to suggest switching to long-acting BZRAs reduces incidence of withdrawal symptoms or is more effective than tapering shorter-acting BZRAs
- If dosage forms do not allow 25% reduction, consider 50% reduction initially using drug-free days during latter part of tapering, or switch to lorazepam or oxazepam for final taper steps

Behavioural management

Primary care:

- Go to bed only when sleepy
- Do not use bed or bedroom for anything but sleep (or intimacy)
- If not asleep within about 20-30 min at the beginning of the night or after an awakening, exit the bedroom
- If not asleep within 20-30 min on returning to bed, repeat #3
- Use alarm to awaken at the same time every morning
- Do not nap
- Avoid caffeine after noon
- Avoid exercise, nicotine, alcohol, and big meals within 2 hrs of bedtime

Institutional care:

- Pull up curtains during the day to obtain bright light exposure
- Keep alarm noises to a minimum
- Increase daytime activity & discourage daytime sleeping
- Reduce number of naps (no more than 30 mins and no naps after 2 pm)
- Offer warm decaf drink, warm milk at night
- Restrict food, caffeine, smoking before bedtime
- Have the resident toilet before going to bed
- Encourage regular bedtime and rising times
- Avoid waking at night to provide direct care
- Offer backrub, gentle massage

Using CBT

What is cognitive behavioural therapy (CBT)?

- CBT includes 5-6 educational sessions about sleep/insomnia, stimulus control, sleep restriction, sleep hygiene, relaxation training and support

Does it work?

- CBT has been shown in trials to improve sleep outcomes with sustained long-term benefits

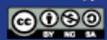
Who can provide it?

- Clinical psychologists usually deliver CBT, however, others can be trained or can provide aspects of CBT education; self-help programs are available

How can providers and patients find out about it?

- Some resources can be found here: <http://sleepwellns.ca/>

© Use freely, with credit to the authors. Not for commercial use. Do not modify or translate without permission.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. Contact deprescribing@bruyere.org or visit deprescribing.org for more information.Pottier K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski C, Welch V, Holbrook A, Boyd C, Swenson JR, Ma A, Farrell B (2016). Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing benzodiazepine receptor agonists. *Can Fam Physician* 2018;64:339-51 (Eng), e200-24 (Fr)

deprescribing.org

INSTITUT DE RECHERCHE
Bruyère
RESEARCH INSTITUTEopen
ONTARIO PHARMACY
EVIDENCE NETWORK

Anexo III - Características das Benzodiazepinas

Benzodiazepina	Nome Comercial	Indicações	Contraindicações	Efeitos Secundários	Duração de Ação	
Ansiolíticos	Alprazolam	Xanax ®	Utilização a curto prazo na ansiedade generalizada	Psicose crónica, fobias, depressão respiratória; Não utilizar em monoterapia no tratamento da depressão (ou ansiedade associada a depressão)	Amnésia, confusão e ataxia (especialmente em idosos), dependência, fraqueza muscular, aumento paradoxal da agressividade	Curta Ação
	Oxazepam	Serenal®	Ansiedade e insónia associada a ansiedade (Seguro em doentes com hepatopatia- Metabolismo por Conjugação)	Psicose crónica, fobias, depressão respiratória; Não utilizar em monoterapia no tratamento da depressão (ou ansiedade associação a depressão)	Amnésia, confusão e ataxia (especialmente em idosos), dependência, fraqueza muscular, aumento paradoxal da agressividade	Curta Ação
	Lorazepam	Ansilor ®, Lorenin ®	<i>Status Epilepticus</i> , convulsões febris, ansiedade, insónia associada a ansiedade, ataques de pânico agudos, sedação para a realização de procedimentos	Psicose crónica, depressão SNC, via aérea comprometida, fobia, depressão respiratória; Não utilizar em monoterapia no tratamento da depressão	Amnésia, confusão e ataxia (especialmente em idosos), dependência, fraqueza muscular, aumento paradoxal da agressividade	Ação Intermédia

			(Seguro em doentes com hepatopatia- Metabolismo por Conjugação)	(ou ansiedade associada a depressão)		
	Diazepam	Valium ®, Bialzepam ®	Espasmos musculares, tétano, ansiedade generalizada, insónia associada a ansiedade, ataques de pânico ou ansiedade aguda, sedação em procedimentos dentários, status epilepticus, convulsões febris, dispneia associada a ansiedade em Cuidados Paliativos (CP)	Psicose crónica, depressão SNC, via aérea comprometida, fobia, depressão respiratória; Não utilizar em monoterapia no tratamento da depressão (ou ansiedade associada a depressão)	Amnésia, confusão e ataxia (especialmente em idosos), dependência, fraqueza muscular, aumento paradoxal da agressividade	Longa Ação
Hipnóticos	Midazolam	Dormicum ®	Status epilepticus, convulsões febris, sedação para a realização de procedimentos, indução de anestesia, sedação em cuidados intensivos, confusão e agitação em CP, convulsões em CP	Depressão SNC, via aérea comprometida, depressão respiratória severa	Efeitos secundários específicos à utilização da via nasal: lacrimejo, sensação de queimadura e irritação da mucosa nasal. Outros: Amnésia, anafilaxia, ataxia, discrasias sanguíneas, paragem cardiorrespiratória, alterações da libido, confusão, convulsões, alterações de consciência, alterações do	Curta Ação

					equilíbrio, xerostomia, disartria, fadiga, alterações gastrointestinais, alucinações, cefaleias, hipotensão e icterícia	
Temazepam	Normison®	Insónia, sedação para procedimentos dentários	Depressão SNC, via aérea comprometida, fobia, depressão respiratória; Não utilizar em monoterapia no tratamento da depressão (ou ansiedade associada a depressão); Não utilizar em monoterapia para o tratamento de psicose crónica;	Amnésia, ataxia e confusão (especialmente nos idosos), dependência, sonolência, fadiga muscular, aumento paradoxal da agressividade	Curta Ação	
Flurazepam	Dalmadorm® Morfex®	Insónia	Não utilizar em monoterapia no tratamento de psicose crónica ou depressão; Depressão respiratória	Amnésia, ataxia e confusão (especialmente nos idosos), dependência, sonolência, fadiga muscular, aumento paradoxal da agressividade	Longa Ação	

Tabela 4 – Características das Benzodiazepinas: Classificação de acordo com os seus efeitos (sedativo ou hipnótico), nomes comerciais utilizados em Portugal de acordo com o Prontuário Terapêutico On-line, indicações, contra-indicações, informação acerca dos efeitos secundários de relevo e a sua duração de ação. (1,15)