



UNIVERSIDADE DE  
**COIMBRA** FACULDADE  
DE  
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

LETÍCIA MELO FURTADO

***ATITUDES DO MÉDICO DE FAMÍLIA QUE INFLUENCIAM A  
DESPRESCRIÇÃO NA PERSPETIVA DO IDOSO***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO

MD PEDRO SIMÕES

ABRIL/2019

**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL**

**ATITUDES DO MÉDICO DE FAMÍLIA QUE INFLUENCIAM A  
DESPRESCRIÇÃO NA PERSPETIVA DO IDOSO**

***GENERAL PRACTITIONER'S ATTITUDES INFLUENCING ELDERLY  
PERSPECTIVES ON DEPRESCRIBING***

**Investigadores:**

Letícia Melo Furtado<sup>1</sup>  
Professor Doutor Luiz Miguel Santiago<sup>1</sup>  
MD Pedro Augusto Simões<sup>2</sup>

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal<sup>1</sup>  
USF Pulsar<sup>2</sup>

**E-mail:** leticiafurtado94@gmail.com

## Índice

Abreviaturas .....	4
Resumo .....	5
Abstract .....	7
Introdução .....	8
Materiais e Métodos .....	10
Resultados .....	12
Discussão.....	19
Conclusão .....	22
Agradecimentos .....	24
Referências Bibliográficas .....	25
Apêndice 1 – Modelo do questionário.....	28
Apêndice 2 – Informação e consentimento informado aos participantes .....	32
Apêndice 3 – Autorização para a recolha de dados nas diferentes USF.....	34

## **Abreviaturas**

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

BMQ - Beliefs about Medicines Questionnaire

CS – Centro de Saúde

MF – Médico de Família

MPI – Medicamento Potencialmente Inapropriado

USF – Unidade de Saúde Familiar

## Resumo

**Introdução:** A polimedicação define-se como a toma diária de 5 ou mais medicamentos, estando este número a aumentar com o envelhecimento da população. Isto acarreta riscos, nomeadamente aumento das interações farmacológicas. Surge, assim, o conceito de desprescrição que visa reduzir ou descontinuar uma medicação considerada desnecessária ou de risco.

**Objetivos:** Avaliar a vontade dos idosos em ter medicação desprescrita e perceber quais as atitudes do médico de família que na perspetiva do idoso irão influenciar o processo de desprescrição.

**Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo observacional descritivo e transversal, com a recolha de dados feita com recurso a um questionário em papel, construído a partir da literatura revista. Foram aplicados em 3 USF, 1 pertencente à Unidade de Saúde da Ilha Terceira e 2 pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego. A população foi constituída por doentes com idade  $\geq 65$  anos e com toma de  $\geq 5$  medicamentos de forma crónica. Os dados foram codificados e analisados através do *software* estatístico SPSS® versão 25, tendo sido aplicada estatística descritiva e indifferencial (teste de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Qui-Quadrado e o coeficiente de correlação de Pearson).

**Resultados:** Foram recolhidos 87 questionários. A idade média foi de  $76.6 \pm 6.8$  anos, sendo 66.7% do sexo feminino. Para 27.6% dos participantes havia conhecimento do que é desprescrição. Cerca de 54.0% (vs 35.6%) afirma que os medicamentos fazem mais bem do que mal; 9.2% estão interessados em ter medicação desprescrita, enquanto que 46.0% são contra este processo. Saber o que é desprescrição e a vontade em ter medicação desprescrita apresentaram uma associação com a educação formal [maior formação] ( $p < 0.001$  e  $p = 0.021$  respetivamente) e com a área de residência [Angra] ( $p = 0.007$  e  $p = 0.013$ , respetivamente).

**Discussão e Conclusão:** Verificou-se que os idosos apresentavam pouca vontade em ter medicação desprescrita e que as atitudes do médico de família que influenciavam a desprescrição na perspetiva do idoso são: “sei o que é desprescrição” e “tenho uma boa relação com o médico”.

É necessário sensibilizar e educar tanto os médicos (através da divulgação dos algoritmos de desprescrição já existentes) como a população (através da explicação do termo desprescrição). Foi perceptível que o MF refere sobretudo os benefícios da medicação. Contudo, é obrigação do MF a capacitação das pessoas, ao alertar para os riscos da medicação, para que possa haver uma decisão terapêutica partilhada.

**Palavras-chave:** Desprescrição; Idoso; Medicina geral; Medicamentos Potencialmente Inapropriados; Perspetiva do paciente.

## **Abstract**

**Introduction:** Polymedication is defined as the daily intake of 5 or more drugs, and this number is rising as the population ages. This comes with risks, namely the increase of pharmacological interactions. Thus the concept of un-prescription, which aims to lower or suspend a drug considered unnecessary or risky.

**Objectives:** To evaluate the will of the elderly to have their medication un-prescribed and understand, in their perspective, the actions of their family doctor which influence the process of un-prescription.

**Materials and Methods:** An observational, descriptive and cross-sectional study was designed, and data collection used a paper questionnaire, built from reviewed literature. It was applied to 3 Family Health Units, 1 belonging to the Health Unit of Terceira Island and 2 belonging to the group of Healthcare Centers (ACeS) of the Lower Mondego. The population was composed of patients aging  $\geq 65$  years and with  $\geq 5$  chronic drugs. Data was coded and analyzed through the statistical software SPSS<sup>®</sup> version 25, and descriptive and non-differential statistic was applied (Mann-Whitney, Kruskal-Wallis,  $\chi^2$ -Square tests and Pearson's correlation coefficient).

**Results:** 87 questionnaires were gathered. The average age was  $76.6 \pm 6.8$  years, 66.7% of female gender. 27.6% of the participants were aware of un-prescription. About 54.0% (vs 35.6%) claim drugs do more harm than good; 9.2% are interested in having their medication un-prescribed, while 46.0% are against this process. Knowing what un-prescription is and the desire to have their medication un-prescribed showed an association with formal education [higher education] ( $p < 0.001$  and  $p = 0.021$  respectively) and area of residence [Angra] ( $p = 0.007$  and  $p = 0.013$ , respectively).

**Discussion and Conclusion:** It was noted that the elderly showed little desire to have their medication un-prescribed and that the actions of their family doctor (GP) which influenced un-prescription are: "I know what un-prescription is" and "I have a good relationship with my doctor".

It is necessary to sensitize and educate both doctors (through spreading of already existing un-prescription algorithms) and the community (through explication of the concept of un-prescription). It was noticeable that the GP mentions primarily the benefits of medication. However, it is the GP's obligation to capacitate patients, by alerting them of the risks of medication, so that a shared therapeutic decision is possible

**Keywords:** Un-prescription; Elderly; General practice; Potentially inappropriate drugs; Patient perspective.

## Introdução

Um dos grandes desafios atuais para a população idosa e profissionais de saúde é a polimedicação. Polimedicação define-se como a toma diária de 5 ou mais medicamentos, estando o número de medicamentos a aumentar com o envelhecimento da população <sup>(1,2)</sup>. Calcula-se que cerca de 20-65% dos idosos estão a tomar pelo menos um unidade (MPI)<sup>(3-5)</sup>, o que pode acarretar graves consequências, nomeadamente aumento do risco de queda, das admissões hospitalares, interações medicamentosas e até morte<sup>(6,7)</sup>.

O termo desprescrição define o processo de reduzir ou descontinuar uma medicação considerada desnecessária ou de risco, com o objetivo de otimizar a terapêutica e melhorar a qualidade de vida<sup>(8)</sup>. Contudo, este processo de parar uma medicação prescrita durante meses ou anos mostra-se complicado, devido a inúmeros fatores relacionados com o médico e com o paciente<sup>(9,10)</sup>. Estudos, realizados neste âmbito, procuraram perceber as atitudes e crenças dos idosos em relação à medicação, verificando-se que cerca de 90% estariam hipoteticamente dispostos a parar uma medicação que tomam regularmente, mas quando se trata de realizar o processo em si, cerca de 67% mostram-se reticentes<sup>(11-13)</sup>.

Surgiu assim a necessidade de perceber as barreiras e facilitadores do processo de desprescrição na perspetiva do doente e do médico, de forma a serem desenvolvidas estratégias eficazes pelos profissionais de saúde. Algumas das estratégias aplicadas foram intervenções educacionais, sistemas de alerta informáticos sobre a prescrição de MPIs e revisão da medicação por equipas multidisciplinares, com intervenção da farmacologia, geriatria e medicina geral e familiar<sup>(14-16)</sup>. Estas estratégias foram mais ou menos eficazes consoante a classe farmacológica que se pretendia cessar. Num estudo onde se avaliaram diferentes intervenções para a desprescrição de benzodiazepinas, verificou-se que a intervenção mais útil foi a substituição farmacológica com melatonina<sup>(17)</sup>.

Quanto às barreiras e facilitadores na perspetiva dos doentes destacam-se as relacionadas com o médico de família (MF). As principais barreiras foram: a falta de disponibilidade e suporte por parte do médico, os doentes sentirem que não têm oportunidade para discutir o tema em consulta e que o médico não os apoiaria, pois nunca abordou esta possibilidade; a falta de acompanhamento posterior; a má orientação por parte do médico; sentirem indiretamente pressionados pelo médico a tomar uma determinada medicação, continuamente prescrita sem haver qualquer discussão sobre o assunto. Por outro lado, verificou-se que os seguintes aspetos no médico foram facilitadores: boa relação com o médico, na qual se verifica uma comunicação aberta e um processo de decisão partilhada, onde o médico informa devidamente o doente e permite que este coloque todas as suas questões; acompanhamento próximo e suporte por parte do médico durante todo o



processo de desprescrição; segurança por parte do doente de que poderia reiniciar a medicação caso não se adaptasse<sup>(12-14)</sup>.

Desta forma, é possível concluir que o MF apresenta um papel fundamental no processo de desprescrição. Pelo que o principal objetivo deste estudo foi perceber quais as atitudes do MF que na perspetiva do idoso irão influenciar o processo de desprescrição.

Os objetivos secundários foram:

- avaliar a perspetiva que os idosos apresentavam sobre os medicamentos como sendo danosos ou não;
- avaliar o conhecimento do termo desprescrição;
- avaliar a vontade dos idosos polimedicados em terem a medicação desprescrita e correlacionar com os respetivos perfis sociodemográfico e clínicos;
- avaliar a relação médico-doente, a qualidade e quantidade de consultas, e correlacionar com a vontade em ter a medicação desprescrita;
- avaliar a proporção de automedicação nos idosos polimedicados e correlacionar com a vontade de ser sujeito a desprescrição.

## **Materiais e Métodos**

Foi realizado um estudo observacional descritivo, tendo a recolha de dados ocorrido entre Setembro de 2018 e Janeiro de 2019. Foram convidados a participar no estudo os Centros de Saúde (CS) de Angra do Heroísmo e Praia da Vitória, que integram a Unidade de Saúde da Ilha Terceira, e todas as Unidades de Saúde Familiar (USF) dos CS Norton de Matos e Celas, que integram o Agrupamento de Centros de Saúde (AceS) do Baixo Mondego.

A recolha de dados foi realizada através da aplicação de um questionário elaborado de acordo com o objeto de estudo e tendo em vista fatores específicos que se pretendiam avaliar. A primeira parte do questionário incluía parâmetros sociodemográficos, nomeadamente idade, género, residência e habilitações literárias, para uma melhor caracterização da população. A perceção da medicação foi avaliada através da aplicação da versão portuguesa do *Beliefs about Medicines Questionnaire* (BMQ)<sup>(18)</sup> após autorização do autor. De forma a avaliar as atitudes do MF, foi utilizada uma escala visual analógica (1 a 10) em 11 afirmações construídas a partir da literatura revista, em que o 1 significava “pleno desacordo” e o 10 “pleno acordo”. Por fim, foi avaliada a vontade de parar a medicação através de duas questões abertas e a vontade em automedicar-se através de uma escala visual analógica (0 a 10), com justificação da sua pontuação. A aplicação dos questionários foi feita nas salas de espera, onde foram abordados utentes que cumprindo os critérios de inclusão e após leitura e assinatura do consentimento informado, aceitaram participar no estudo. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: indivíduos de ambos os sexos, idade  $\geq$  65 anos, inscritos nas Unidades de Saúde supracitadas, com MF, e que tomassem  $\geq$  5 medicamentos de forma crónica. Os indivíduos que sofreram de uma doença aguda nas 3 semanas anteriores e que recusaram participar, foram excluídos.

De forma a selecionar o tamanho da amostra foi questionado o número de utentes inscritos nas diferentes USF, verificando-se um total de 12010 (40,3%) idosos inscritos na Unidade de Saúde da Ilha Terceira e 17790 (59,7%) inscritos nos dois CS em Coimbra. Assim, para um intervalo de confiança de 95% e um erro padrão de 10%, usando a calculadora <http://www.raosoft.com/samplesize.html>, obteve-se uma amostra mínima de 96 idosos, logo 39 idosos dos Açores e 57 de Coimbra, de forma a ser representativa de toda a população-alvo.

## **Análise Estatística**

Os questionários preenchidos foram revistos manualmente, a informação obtida foi codificada e analisada no *software* estatístico SPSS® versão 25. Relativamente à estatística

descritiva, foram determinadas as frequências das variáveis quantitativas e qualitativas, exceto para as 11 afirmações relativas às atitudes do MF, para as quais se calculou a média e os desvios-padrões. Foram criados *clusters* com algumas das variáveis quantitativas, de forma a facilitar a interpretação dos dados. No que diz respeito à idade escolheu-se o número 75 como *cut-off*, uma vez que se encontra muito próximo da média das idades da amostra populacional obtida, e é o número a partir do qual se define o grupo dos grandes idosos, sendo criados dois grupos: <75 anos e ≥75 anos<sup>(19)</sup>. Definiu-se 10 como o *cut-off* para o número de medicamentos, uma vez que a hiperpolimedicação está definida pela toma igual ou superior a 10 medicamentos, criando-se dois grupos: <10 medicamentos e ≥10 medicamentos<sup>(20)</sup>. Finalmente no que toca ao número de morbilidades, definiu-se 3 como o *cutt-off*, pois é o número médio de morbilidades por participante, criando-se 2 grupos:<3 morbilidades e ≥3 morbilidades.

A estatística inferencial, por sua vez, comparou as afirmações relativas às atitudes do MF com as diferentes características sociodemográficas dos participantes, e comparou as afirmações entre si e com as respostas obtidas no BMQ. Visto que as variáveis não apresentavam uma distribuição normal, foi utilizado o teste Mann-Whitney para comparações entre 2 grupos, o teste de Kruskal-Wallis para comparações entre 3 grupos, o coeficiente de correlação de Pearson para comparações entre variáveis contínuas e o teste Qui-Quadrado para comparações entre variáveis categóricas. A significância estatística foi definida para um valor de  $p < 0.05$ .

## Resultados

Apenas colaboraram no estudo o CS de Angra do Heroísmo e as USF CelaSaúde e Pulsar, pertencentes ao CS de Celas e Norton de Matos respetivamente. Foram recolhidos 87 questionários, 34 dos quais no CS de Angra do Heroísmo, 39 na USF CelaSaúde e 14 na USF Pulsar.

Para uma melhor caracterização da amostra populacional, começou-se por obter dados sociodemográficos (Tabela 1). A amostra apresentava uma média de idade de  $76.6 \pm 6.8$  anos, compreendida entre os 65 e 91 anos, dos quais 66.7% eram do sexo feminino. Para além disto, verificou-se que cerca de 60.9% da nossa amostra era residente em Coimbra, 82.8% vivia acompanhada e 63.2% completou apenas o ensino básico.

Quanto às morbilidades presentes na nossa amostra observou-se um mínimo de 1 e um máximo de 6 patologias, com uma média de  $2.9 \pm 0.9$ . Verificou-se que 93.1% dos participantes apresentam patologia cardíaca, 46.0% diabetes, 44.8% patologia psiquiátrica, 24.1% patologia osteo-articular, 16.1% patologia digestiva e 13.8% patologia da tiróide, 34.5% dos indivíduos do sexo masculino ( $n=29$ ) apresentavam patologia prostática.

**Tabela 1:** Caracterização sociodemográfica da amostra

Características	Total n	Total %	Angra n	Angra %	Coimbra n	Coimbra %
<b>Sexo</b>						
Masculino	29	33,3	8	23,5	21	39,6%
Feminino	58	66,7	26	76,5	32	60,4%
<b>Idade</b>						
<75 anos	37	42,5	21	61,8	16	30,2
≥75 anos	50	57,5	13	38,2	37	69,8
<b>Educação formal</b>						
Sem ensino	8	9,2	5	14,7	3	5,7
Ensino básico	55	63,2	27	79,4	28	52,8
Ensino secundário	9	10,3	1	2,9	8	15,1
Ensino superior	15	17,2	1	2,9	14	26,4
<b>Área de residência</b>						
Angra	34	39,1	34	100	53	0
Coimbra	53	60,9	0	0	0	100
<b>Vive só</b>						
Sim	15	82,8	2	94,1	13	24,5
Não	72	17,2	32	5,9	40	75,5
<b>Número de medicamentos</b>						
<10	75	83,9	30	88,2	43	81,1
≥10	14	16,1	4	11,8	10	18,9
<b>Número de morbilidades</b>						
<3	29	33,3	9	26,5	20	37,7
≥3	56	64,4	24	70,6	32	60,4

Por fim, no que toca ao número medicamentos consumidos, foi observado uma toma mínima de 5 e uma máxima de 15, com uma toma média de  $7.0 \pm 2.5$ . Para além disto, foi questionada a classe da medicação a ser consumida, contudo como 83.9% dos idosos não forneceu esta informação, optou-se por não estudar esta variável.

**Tabela 2:** Respostas à versão portuguesa do BMQ.

Questões	Concordo totalmente (%)	Concordo (%)	Sem opinião (%)	Discordo (%)	Discordo totalmente (%)
1. Os médicos receitam demasiados medicamentos.	3,4 <sup>T</sup> (1,9 <sup>C</sup> ) (5,9 <sup>A</sup> )	14,9 <sup>T</sup> (11,3 <sup>C</sup> ) (20,6 <sup>A</sup> )	5,7 <sup>T</sup> (9,4 <sup>C</sup> ) (0,0 <sup>A</sup> )	49,4 <sup>T</sup> (69,8 <sup>C</sup> ) (17,6 <sup>A</sup> )	26,4 <sup>T</sup> (7,5 <sup>C</sup> ) (55,9 <sup>A</sup> )
2. Quem toma medicamentos devia parar o tratamento por algum tempo, de vez em quando.	3,4 <sup>T</sup> (1,9 <sup>C</sup> ) (5,9 <sup>A</sup> )	39,1 <sup>T</sup> (39,6 <sup>C</sup> ) (38,2 <sup>A</sup> )	2,3 <sup>T</sup> (1,9 <sup>C</sup> ) (2,9 <sup>A</sup> )	32,2 <sup>T</sup> (35,8 <sup>C</sup> ) (26,5 <sup>A</sup> )	18,4 <sup>T</sup> (13,2 <sup>C</sup> ) (26,5 <sup>A</sup> )
3. A maior parte dos medicamentos cria habitação.	11,5 <sup>T</sup> (5,7 <sup>C</sup> ) (20,6 <sup>A</sup> )	34,5 <sup>T</sup> (43,4 <sup>C</sup> ) (20,6 <sup>A</sup> )	10,3 <sup>T</sup> (7,5 <sup>C</sup> ) (14,7 <sup>A</sup> )	32,2 <sup>T</sup> (39,6 <sup>C</sup> ) (20,6 <sup>A</sup> )	11,5 <sup>T</sup> (3,8 <sup>C</sup> ) (23,5 <sup>A</sup> )
4. Os remédios são mais seguros que os medicamentos.	4,6 <sup>T</sup> (3,8 <sup>C</sup> ) (5,9 <sup>A</sup> )	17,2 <sup>T</sup> (26,4 <sup>C</sup> ) (2,9 <sup>A</sup> )	49,4 <sup>T</sup> (35,8 <sup>C</sup> ) (70,6 <sup>A</sup> )	21,8 <sup>T</sup> (28,3 <sup>C</sup> ) (11,8 <sup>A</sup> )	5,7 <sup>T</sup> (3,8 <sup>C</sup> ) (8,8 <sup>A</sup> )
5. Os medicamentos fazem mais mal do que bem.	2,3 <sup>T</sup> (3,8 <sup>C</sup> ) (0,0 <sup>A</sup> )	33,3 <sup>T</sup> (28,3 <sup>C</sup> ) (41,2 <sup>A</sup> )	10,3 <sup>T</sup> (13,2 <sup>C</sup> ) (5,9 <sup>A</sup> )	40,2 <sup>T</sup> (50,9 <sup>C</sup> ) (23,5 <sup>A</sup> )	13,8 <sup>T</sup> (3,8 <sup>C</sup> ) (29,4 <sup>A</sup> )
6. Todos os medicamentos são venenosos.	6,9 <sup>T</sup> (5,7 <sup>C</sup> ) (8,8 <sup>A</sup> )	23,0 <sup>T</sup> (28,3 <sup>C</sup> ) (14,7 <sup>A</sup> )	11,5 <sup>T</sup> (13,2 <sup>C</sup> ) (8,8 <sup>A</sup> )	34,5 <sup>T</sup> (35,8 <sup>C</sup> ) (32,4 <sup>A</sup> )	21,8 <sup>T</sup> (15,1 <sup>C</sup> ) (32,4 <sup>A</sup> )
7. Os remédios confiam demasiado nos medicamentos.	3,4 <sup>T</sup> (1,9 <sup>C</sup> ) (5,9 <sup>A</sup> )	42,5 <sup>T</sup> (49,1 <sup>C</sup> ) (32,4 <sup>A</sup> )	26,4 <sup>T</sup> (24,5 <sup>C</sup> ) (29,4 <sup>A</sup> )	24,1 <sup>T</sup> (22,6 <sup>C</sup> ) (26,5 <sup>A</sup> )	2,3 <sup>T</sup> (0,0 <sup>C</sup> ) (5,9 <sup>A</sup> )
8. Se os médicos estivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos.	3,4 <sup>T</sup> (3,8 <sup>C</sup> ) (2,9 <sup>A</sup> )	29,9 <sup>T</sup> (39,6 <sup>C</sup> ) (14,7 <sup>A</sup> )	13,8 <sup>T</sup> (15,1 <sup>C</sup> ) (11,8 <sup>A</sup> )	39,1 <sup>T</sup> (39,6 <sup>C</sup> ) (38,2 <sup>A</sup> )	13,8 <sup>T</sup> (1,9 <sup>C</sup> ) (32,4 <sup>A</sup> )

T – Total; A – Angra; C – Coimbra.

As respostas à versão portuguesa do BMQ encontram-se dispostas na tabela 2.

Na tabela 3 estão representadas as respostas às afirmações sobre as atitudes do MF. Nas questões 9, 10 e 11 cerca de 20.7% (n=18) dos indivíduos não responderam, pois afirmaram nunca ter passado por tal situação.

**Tabela 3:** Respostas às afirmações sobre as atitudes do MF.

Questões	N	Mínimo	Máximo	Média ± desvio padrão
<b>1. Sei o que é desprescrição.</b>	<b>87<sup>T</sup></b> (34 <sup>A</sup> ) (53 <sup>C</sup> )	<b>1</b> (1) (1)	<b>10</b> (10) (10)	<b>3,46±3,98</b> (2,06±2,94) (4,36±4,31)
<b>2. O médico já me falou de desprescrição.</b>	<b>87<sup>T</sup></b> (34 <sup>A</sup> ) (53 <sup>C</sup> )	<b>1</b> (1) (1)	<b>10</b> (10) (10)	<b>1,55±2,03</b> (1,53±2,15) (1,57±1,98)
<b>3. O médico já abordou a possibilidade de parar alguma medicação.</b>	<b>87<sup>T</sup></b> (34 <sup>A</sup> ) (53 <sup>C</sup> )	<b>1</b> (1) (1)	<b>10</b> (10) (10)	<b>5,84±4,42</b> (5,97±4,50) (5,75±4,41)
<b>4. O médico refere-me tanto os benefícios, como os riscos da medicação.</b>	<b>87<sup>T</sup></b> (34 <sup>A</sup> ) (53 <sup>C</sup> )	<b>1</b> (1) (1)	<b>10</b> (10) (10)	<b>6,41±3,43</b> (5,97±4,30) (6,70±2,74)
<b>5. O médico explicou-me que medicação estou a tomar e o porquê de a tomar.</b>	<b>87<sup>T</sup></b> (34 <sup>A</sup> ) (53 <sup>C</sup> )	<b>1</b> (1) (1)	<b>10</b> (10) (10)	<b>8,22±2,56</b> (9,59±1,74) (7,34±2,62)
<b>6. Tenho uma boa relação com o médico.</b>	<b>87<sup>T</sup></b> (34 <sup>A</sup> ) (53 <sup>C</sup> )	<b>2</b> (2) (3)	<b>10</b> (10) (10)	<b>9,15±1,77</b> (9,12±1,97) (9,17±1,65)
<b>7. O médico permite-me exprimir a vontade em parar a medicação.</b>	<b>86<sup>T</sup></b> (34 <sup>A</sup> ) (52 <sup>C</sup> )	<b>1</b> (1) (1)	<b>10</b> (10) (10)	<b>8,71±2,26</b> (8,85±2,30) (8,62±2,58)
<b>8. O tempo e a frequência das consultas são suficientes.</b>	<b>87<sup>T</sup></b> (34 <sup>A</sup> ) (53 <sup>C</sup> )	<b>1</b> (1) (3)	<b>10</b> (10) (10)	<b>8,82±2,29</b> (8,65±2,72) (8,92±1,99)
<b>9. O médico apoiaria o processo de cessar a medicação.</b>	<b>69<sup>T</sup></b> (29 <sup>A</sup> ) (40 <sup>C</sup> )	<b>1</b> (3) (1)	<b>10</b> (10) (10)	<b>8,09±2,47</b> (8,00±2,39) (8,15±2,55)
<b>10. O médico saberia como orientar o processo de parar a medicação.</b>	<b>69<sup>T</sup></b> (29 <sup>A</sup> ) (40 <sup>C</sup> )	<b>1</b> (3) (1)	<b>10</b> (10) (10)	<b>8,03±2,47</b> (8,00±2,39) (8,05±2,56)
<b>11. O médico colocou a possibilidade de retomar a medicação, caso não me adaptasse.</b>	<b>69<sup>T</sup></b> (29 <sup>A</sup> ) (40 <sup>C</sup> )	<b>1</b> (3) (1)	<b>10</b> (10) (10)	<b>7,77±2,57</b> (7,28±2,52) (8,13±2,58)

T – Total; A – Angra; C – Coimbra.

Por fim, verificou-se que 81.6% dos indivíduos não apresentam vontade em automedicar-se.

De forma a avaliar a vontade dos idosos em ser sujeitos a desprescrição, foram criados 5 grupos com base nas respostas abertas às questões “Que vantagens vê em parar medicamentos?” e “Que desvantagens vê em parar medicamentos?” (Tabela 4). “Os interessados na ideia” afirmavam que só havia vantagens neste processo; os “Abertos à ideia” consideravam haver tanto benefícios como riscos; os “Contra a ideia” afirmavam que não havia qualquer benefício, mas apenas malefícios quando se para uma medicação que é diariamente necessária; os “Indiferentes à ideia” consideravam que não há vantagens ou desvantagens em desprescrever, tomando os medicamentos apenas porque o médico lhos prescrevia; os “Sem opinião” eram os que desconheciam existir vantagens ou desvantagens, porque nunca interromperam uma medicação.

**Tabela 4** - Vontade dos idosos em ter medicação desprescrita.

<b>Tipologia dos participantes</b>	<b>Total (%)</b>
<b>Interessado na ideia de ser sujeito a desprescrição</b>	9,2
<b>Aberto à ideia de ser sujeito a desprescrição</b>	26,4
<b>Contra à ideia de ser sujeito a desprescrição</b>	46,0
<b>Indiferente à ideia de ser sujeito a desprescrição</b>	10,3
<b>Sem opinião</b>	8,0

## **Associação entre as diferentes variáveis**

Na análise das associações entre as características da amostra populacional e as atitudes do MF, destacam-se 3 atitudes, não só por serem as mais relevantes no que toca aos objetivos do estudo, mas também foram aquelas onde se verificou uma relação estatisticamente significativa, tal como está demonstrado na tabela 5.

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre as seguintes afirmações das atitudes do MF:

- Dos indivíduos que afirmaram saber o que é desprescrição (27.6%), apenas 20.8% obtiveram esta informação do MF;

- Dos participantes que afirmaram obter informação sobre a medicação e o porquê de a tomar, 23.0% não obtiveram informação sobre os benefícios e riscos dessa mesma medicação;

- Dos participantes que têm uma boa relação com o MF, 89.9% afirmaram que o médico lhes permite exprimir a vontade em parar a medicação;

- Dos participantes que têm uma boa relação com o MF, 90.0% afirmaram que o tempo e a frequência das consultas são suficientes;

- Dos participantes que têm uma boa relação com o MF, 87.6% afirmaram que este os apoiaria no processo de cessar a medicação;

- Dos participantes que têm uma boa relação com o MF, 87.6% afirmam que este saberia como orientar o processo de parar a medicação.



**Tabela 5:** Relação entre as atitudes do MF, vontade em automedicar-se e as características da amostra.

Características	“Sei o que é desprescrição”		“O médico já me falou de desprescrição”		“O médico explicou-me que medicação estou a tomar e o porquê de a tomar”		“Vontade em automedicar-se”	
	Média	p	Média	p	Média	p	Média	p
<b>Sexo</b>		0.110		<b>0.033</b>		0.079		<b>0.031</b>
Masculino	4.34		2.03		7.86		1.28	
Feminino	3.02		1.31		8.40		0.57	
<b>Idade</b>		0.935		0.397		0.970		0.312
<75 anos	3.46		1.84		8.16		0.54	
≥75 anos	3.46		1.34		8.26		1.00	
<b>Educação formal</b>		<b>&lt;0.001</b>		0.225		<b>0.011</b>		<b>0.015</b>
Sem ensino	1.00		1.00		9.13		0.00	
Ensino básico	2.02		1.27		8.53		0.67	
Ensino secundário	6.67		2.78		6.78		2.56	
Ensino superior	8.13		2.13		7.47		0.67	
<b>Área Residência</b>		<b>0.007</b>		0.606		<b>&lt;0.001</b>		<b>0.003</b>
Angra	2.06		1.53		9.59		0.15	
Coimbra	4.36		1.57		7.34		1.23	
<b>Vive só</b>		0.722		0.812		0.195		0.139
Sim	3.80		1.47		7.53		1.47	
Não	3.39		1.57		8.36		0.67	
<b>Nº medicamentos</b>		<b>0.04</b>		0.932		0.121		0.279
<10	3.07		1.53		8.37		0.71	
≥10	5.50		1.64		7.43		1.29	
<b>Nº morbilidades</b>		0.067		0.705		0.637		0.393
<3	4.38		1.41		8.48		0.62	
≥3	2.91		1.64		8.13		0.93	

Na tabela 6 estão representadas as características sociodemográficas que influenciam a vontade do idoso em ser sujeito a desprescrição. Quanto às atitudes do MF que influenciam esta vontade verificou-se que dos indivíduos que eram contra a ideia, apenas 10.0% sabia o que era a desprescrição. Já naqueles que estavam interessados e abertos à ideia, 62.5% e 47.8% sabiam o que era a desprescrição respetivamente.

Não se verificou nenhuma relação estatisticamente significativa com as restantes atitudes do MF.

Por fim, dos indivíduos que eram contra a ideia de serem sujeitos a desprescrição, 92.5% afirmava que não se automedicava. Já naqueles que eram abertos à ideia, só 60.9% afirmava que não se automedicava.

**Tabela 6:** Relação entre a vontade dos idosos em ter a medicação desprescrita e as características da amostra.

Características	Interessado na ideia		Aberto à ideia		Contra a ideia		Indiferente à ideia		Sem opinião	
	%	p	%	p	%	p	%	p	%	p
<b>Sexo</b>		0,793		0,492		0,879		0,455		0,780
Masculino	10,3		31,0		44,8		6,9		6,9	
Feminino	8,6		24,1		46,6		12,1		8,6	
<b>Idade</b>		0,293		0,549		0,381		<b>&lt;0,001</b>		<b>0,019</b>
<75 anos	5,4		29,7		40,5		24,3		0,0	
≥75 anos	12,0		24,0		50,0		0,0		14,0	
<b>Educação formal</b>		0,876		<b>0,021</b>		0,241		0,283		0,820
Sem ensino	12,5		12,5		62,5		12,5		0,0	
Ensino básico	7,3		18,2		50,9		14,5		9,1	
Ensino secundário	11,1		44,4		33,3		0,0		11,1	
Ensino superior	13,3		53,3		26,7		0,0		6,7	
<b>Área de residência</b>		0,474		<b>0,013</b>		0,780		<b>0,002</b>		0,105
Angra	5,9		11,8		44,1		23,5		14,7	
Coimbra	11,3		35,8		47,2		1,9		3,8	
<b>Vive só</b>		1,000		0,529		0,530		0,348		1,000
Sim	6,7		33,3		53,3		0,0		6,7	
Não	9,7		25,0		44,0		12,5		8,3	
<b>Nº medicamentos</b>		0,610		1,000		0,560		0,633		1,000
<10	8,2		26,0		47,9		9,6		8,2	
≥10	14,3		28,6		35,7		14,3		7,1	
<b>Nº morbilidades</b>		0,436		0,432		0,535		0,255		0,686
<3	13,8		20,7		51,7		3,4		10,3	
≥3	7,1		28,6		44,6		12,5		7,1	

## Discussão

O presente estudo apresenta como pontos fortes abordar um tema cada vez mais relevante, mas ainda pouco explorado na atualidade. Este tipo de estudo é pioneiro em Portugal, dando uma perspetiva da realidade de 2 regiões com características diferentes.

Observou-se que 27.6% dos participantes estavam familiarizados com o termo desprescrição, e só 20.8% destes indivíduos obtiveram esta informação do MF, sendo que os restantes afirmaram conhecer o termo pela sua cultura geral. O conhecimento do termo desprescrição apresenta uma associação positiva com a educação formal e o número de medicamentos, também era maior nos residentes em Coimbra.

As respostas às perguntas abertas “Que vantagens vê em parar medicamentos?” e “Que desvantagens vê em parar medicamentos?” permitiram agrupar os doentes consoante a sua vontade em desprescrever:

- Aqueles que viam a medicação como uma necessidade diária, respondiam: “não há vantagens em parar medicação, a desvantagem seria sentir-me mal”; “não há vantagens, a minha tensão arterial ou a minha diabetes iriam subir”; “não sei se há vantagens ou desvantagens, porque nunca parei a medicação, preciso dela todos os dias”.
- Aqueles que ponderavam os riscos da toma de um medicamento e que se sentiam desconfortáveis com a sua medicação diária respondiam: “a vantagem seria sentir-me melhor, uma desvantagem seria piorar”; “uma vantagem seria ser menos agressivo para o corpo e uma desvantagem seria não conseguir dormir, porque já me habituei aos comprimidos para dormir”; “quando os medicamentos fazem mal há que parar, desvantagens não há”.

Quanto à vontade em ser sujeito a desprescrição, existe uma maior percentagem de idosos contra a ideia (46.0%), comparativamente aos que estão interessados (9.2%) ou abertos (26.4%) à mesma. A vontade dos idosos em ser sujeito a desprescrição apresenta uma associação positiva com a educação formal e a idade, também era maior nos residentes em Coimbra.

Aqui um ponto interessante a destacar é que em Angra existe uma maior percentagem de idosos indiferentes à ideia de serem sujeitos a desprescrição, o que indica que os idosos apresentam um menor poder de toma de decisão, tomando os medicamentos porque o médico lhos prescreve e acreditando que os mesmos são sobretudo benéficos, tal como está descrito na literatura<sup>(21)</sup>.

Neste estudo, verificou-se que a única atitude do MF que influencia a vontade do idoso em ser sujeito a desprescrição foi “sei o que é desprescrição”. A percentagem de

idosos que sabia o que era a desprescrição foi inferior naqueles que eram contra (10.0%) a ideia, comparativamente aos que estavam interessados (62.5%) ou abertos (47.8%) à mesma.

Para 81.6% dos participantes afirmaram não ter vontade em automedicar-se, referindo que: “não tenho os conhecimentos para o fazer”; “tenho receio dos possíveis efeitos secundários da medicação”; “só tomo o que o médico me prescreve”; “não tenho vontade, às vezes só tomo medicamentos para as dores ou quando estou com uma gripe”. De salientar que muitos destes idosos não consideravam automedicação a toma de medicamentos de venda livre (ex. analgésicos), suplementos alimentares, produtos naturais, entre outros, sem consultar o médico. Verificou-se que a predisposição à automedicação era maior nos homens e com o aumento do nível de educação formal. Desta forma, é possível supor que pessoas mais informadas apresentam maior poder de toma de decisão, algumas afirmando mesmo que: “gostava de ter maior independência em relação ao médico”.

A percentagem de indivíduos que não se automedica é superior entre aqueles que são contra a ideia de ser sujeito a desprescrição (92.5%), comparativamente aos que estão abertos a esta ideia (60.9%).

Foi perceptível que no dia-a-dia o médico dá maior relevância aos benefícios da medicação na consulta:

- Cerca de 23,0% dos respondentes afirmou obter informação sobre a medicação e o porquê de a tomar, contudo não referiu ter obtido informação sobre os benefícios e riscos dessa mesma medicação;
- A maioria dos idosos considerava que os medicamentos não eram danosos, cerca de 54% (vs 35.6%), acreditava que os medicamentos faziam mais bem do que mal, e 56.3% (vs 29.9%) afirmava que os medicamentos não eram venenosos, muitos afirmando que “se fizessem mais mal do que bem, os médicos não me receitariam”.

Um ponto a destacar é que a percentagem de indivíduos que afirmava que o médico lhe explicava o porquê de estar a tomar a medicação diminui com o aumento do nível educacional e era superior em Angra.

Verificou-se que cerca de 75.8% dos participantes consideravam que o MF não prescrevia demasiados medicamentos, muitos até referiram que: “não acho que o médico receite demasiados medicamentos, ele receita o que é necessário”; “faz parte da velhice”. Ainda assim, apesar de muitos terem a crença de que a medicação prescrita é a necessária, também sentem que a quantidade de medicamentos é excessiva e têm vontade de a reduzir.

De alguma forma a resposta às afirmações 10 e 11 foi influenciada pela boa ou má relação com o MF. Para 87.6% dos participantes que afirmaram ter uma boa relação com o MF, também afirmaram que este os apoiaria e saberia orientá-los num processo de desprescrição. Ou seja, se a relação com o MF é boa, apesar de nunca terem passado por tal situação, inferem que o médico iria apoiar e orientar, como fez até então, num processo de desprescrição. O mesmo se verificou para a afirmação 7. Neste ponto, é importante referir que aqueles que apresentavam uma pior relação com o MF, referem parar muitas vezes um ou mais medicamentos que lhes causavam efeitos adversos sem primeiro exprimir a sua vontade, uma vez que afirmavam que o médico iria ser inflexível e obrigá-los a manter a medicação.

Tendo em conta tudo o que foi referido anteriormente, é possível inferir que neste estudo as atitudes do MF que influenciam o processo de desprescrição na perspetiva do idoso são: “sei o que é desprescrição” e “tenho uma boa relação com o médico”.

Verificou-se que a população idosa da nossa amostra apresenta um conhecimento acerca do termo desprescrição superior ao descrito noutros estudos da literatura (27.6% vs. 6.9%)<sup>(22)</sup>, e que este fator era facilitador de uma conversa sobre desprescrição com um profissional de saúde.

De realçar que apenas 20.8% dos indivíduos que sabiam o que era a desprescrição obtiveram esta informação do MF (5.7%). Uma hipótese para explicar este fenómeno pode ser devido ao tema não ser abordado na consulta, devido a barreiras associadas ao MF como: medo das possíveis consequências negativas (nomeadamente agravamento do estado de saúde do doente); quebra da relação terapêutica e perda de credibilidade. A falta de *guidelines* específicas, conhecimento e suporte para tomada de decisão, torna o balanço entre os benefícios e riscos da medicação em doentes polimedicados muito difícil<sup>(23-25)</sup>.

Uma das grandes barreiras ao processo de desprescrição é a crença por parte dos pacientes de não terem conhecimentos para participar no processo de tomada de decisão, depositando uma confiança total no MF. Aqui surge a importância de uma das principais atitudes do MF que ressalta deste estudo, a *atitude de educar e informar devidamente o paciente*. Verificou-se que a maioria dos pacientes recebeu informação sobre os benefícios da medicação, mas não sobre os riscos, algo que dificulta o ganho de consciência sobre as vantagens e necessidade de desprescrever certos medicamentos. Num estudo no Canadá<sup>(26)</sup> com cerca de 261 adultos, com idade média de 74.6 anos, que tomavam benzodiazepinas de forma crónica, receberam uma intervenção motivacional, onde foram informados acerca dos riscos e efeitos adversos do consumo prolongado desta medicação. Cerca de 64% mostrou interesse em iniciar um processo de desprescrição. Os participantes

que mostraram interesse em serem sujeitos a desprescrição pós-intervenção expandiram o seu conhecimento, com um risco absoluto de 58.50% entre quem foi exposto ao processo de desprescrição e quem recusou. A predisposição para a desprescrição depende da classe farmacológica que se pretende desprescrever sendo mais alta para medicamentos de prevenção (ex. ácido acetilsalicílico, suplementos de ferro, inibidores do enzima de conversão da angiotensina e estatinas), ao contrário dos medicamentos sintomáticos (ex. laxantes, analgésicos, antidepressivos e inibidores da bomba de protões).<sup>(27)</sup>

Verificou-se que 75.8% dos participantes consideravam que o MF não prescrevia demasiados medicamentos, o que vai de encontro com a literatura que refere que cerca de 78% dos idosos afirmava que a medicação diária era necessária e cerca de 87% estava confortável com a mesma. No entanto quando questionados se estariam dispostos a interromper um ou mais medicamentos, caso o médico afirmasse que tal era possível, cerca de 89% afirmaram que sim, cerca de 65% afirmaram estar a tomar um número excessivo de medicamentos e cerca de 68% desejavam reduzir este número<sup>(11-13)</sup>.

Este estudo apresentou várias limitações. A amostra obtida foi inferior à pretendida, não só pelo facto de os idosos frequentarem as USF sobretudo de manhã e ter havido falta de disponibilidade neste horário para a aplicação dos questionários, uma grande percentagem de idosos não se mostrou disponível para participar, e só foi obtida autorização para a aplicação dos questionários num número diminuto das USF contactadas. O facto de a amostra ser reduzida também limita a potência estatística do estudo e não permite a generalização dos resultados. Outra limitação foi a falta de informação sobre a classe farmacológica que cada participante tomava. Um viés do estudo foi o facto de a maioria dos idosos não ter capacidade para preencher o questionário, sendo necessária a ajuda do investigador. Para além disto, o facto de o questionário ser aplicado num CS por um estudante de medicina pode ter sido intimidante para alguns doentes levando-os a responder o que o MF gostaria de ouvir.

Concluindo, verificou-se que os idosos apresentavam pouca vontade em ter medicação desprescrita e que as atitudes do MF que influenciavam a desprescrição na perspectiva do idoso são: “sei o que é desprescrição” e “tenho uma boa relação com o médico”.

Pelo que é necessário sensibilizar e educar tanto os médicos (através da divulgação dos algoritmos de desprescrição já existentes e outros) como a população (através da explicação do termo desprescrição e dos riscos da toma de medicamentos de venda livre

sem supervisão médica). Foi perceptível que o MF refere sobretudo os benefícios da medicação, uma vez que esta atitude incentiva à aderência terapêutica. Contudo, é obrigação do MF a capacitação das pessoas, ao alertar para os riscos da medicação, para que possa haver uma decisão terapêutica partilhada.

No futuro seria interessante reproduzir o estudo numa amostra populacional maior, num ambiente mais privado para o doente, obtendo informação sobre a classe farmacológica que cada participante toma. Outra ideia seria aplicar o estudo na população idosa que recorre a medicinas alternativas.

## **Agradecimentos**

A todos os profissionais de saúde do CS de Angra do Heroísmo, USF CelaSaúde e Pulsar que despenderam do seu tempo para tornar este trabalho possível. A todos os participantes pela disponibilidade.

Aos meus pais pelo apoio incondicional.

Ao Dr. Pedro Simões, meu co-orientador, por todos os conhecimentos transmitidos, pela motivação, pela paciência e pela disponibilidade. A sua presença foi fundamental para a concretização deste trabalho.

Por fim, ao Professor Doutor Luiz Santiago, meu orientador, por me ter recebido. Agradeço a disponibilidade, o encorajamento e o profissionalismo.



## Referências Bibliográficas

1. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr.* 2017;17(1):230.
2. Kantor ED, Rehm CD, Haas JS, Chan AT, Giovannucci EL. Trends in Prescription Drug Use Among Adults in the United States From 1999-2012. *JAMA.* 2015;314(17):1818-31.
3. Fialová D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jónsson PV, Carpenter I, et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA.* 2005;293(11):1348-58.
4. Opondo D, Eslami S, Visscher S, de Rooij SE, Verheij R, Korevaar JC, et al. Inappropriateness of medication prescriptions to elderly patients in the primary care setting: a systematic review. *PLoS One.* 2012;7(8):e43617.
5. Liu GG, Christensen DB. The continuing challenge of inappropriate prescribing in the elderly: an update of the evidence. *J Am Pharm Assoc (Wash).* 2002;42(6):847-57.
6. Field TS, Gurwitz JH, Harrold LR, Rothschild J, DeBellis KR, Seger AC, et al. Risk factors for adverse drug events among older adults in the ambulatory setting. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52(8):1349-54.
7. Wahab MS, Nyfort-Hansen K, Kowalski SR. Inappropriate prescribing in hospitalised Australian elderly as determined by the STOPP criteria. *Int J Clin Pharm.* 2012;34(6):855-62.
8. Reeve E, Gnjjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol.* 2015;80(6):1254-68.
9. Reeve E, To J, Hendrix I, Shakib S, Roberts MS, Wiese MD. Patient barriers to and enablers of deprescribing: a systematic review. *Drugs Aging.* 2013;30(10):793-807.
10. Luymes CH, van der Kleij RM, Poortvliet RK, de Ruijter W, Reis R, Numans ME. Deprescribing Potentially Inappropriate Preventive Cardiovascular Medication: Barriers and Enablers for Patients and General Practitioners. *Ann Pharmacother.* 2016;50(6):446-54.
11. Galazzi A, Lusignani M, Chiarelli MT, Mannucci PM, Franchi C, Tettamanti M, et al. Attitudes towards polypharmacy and medication withdrawal among older inpatients in Italy. *Int J Clin Pharm.* 2016;38(2):454-61.

12. Reeve E, Wiese MD, Hendrix I, Roberts MS, Shakib S. People's attitudes, beliefs, and experiences regarding polypharmacy and willingness to Deprescribe. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61(9):1508-14.
13. Sirois C, Ouellet N, Reeve E. Community-dwelling older people's attitudes towards deprescribing in Canada. *Res Social Adm Pharm.* 2017;13(4):864-70.
14. Gnjidic D, Le Couteur DG, Kouladjian L, Hilmer SN. Deprescribing trials: methods to reduce polypharmacy and the impact on prescribing and clinical outcomes. *Clin Geriatr Med.* 2012;28(2):237-53.
15. Reeve E, Ong M, Wu A, Jansen J, Petrovic M, Gnjidic D. A systematic review of interventions to deprescribe benzodiazepines and other hypnotics among older people. *Eur J Clin Pharmacol.* 2017;73(8):927-35.
16. Jokanovic N, Wang KN, Dooley MJ, Lalic S, Tan EC, Kirkpatrick CM, et al. Prioritizing interventions to manage polypharmacy in Australian aged care facilities. *Res Social Adm Pharm.* 2017;13(3):564-74.
17. Kaur S, Mitchell G, Vitetta L, Roberts MS. Interventions that can reduce inappropriate prescribing in the elderly: a systematic review. *Drugs Aging.* 2009;26(12):1013-28.
18. Salgado T, Marques A, Geraldés L, Benrimoj S, Horne R, Fernandez-Llimos F. Cross-cultural adaptation of The Beliefs about Medicines Questionnaire into Portuguese. *Sao Paulo Med J.* 2013;131(2):88-94.
19. Orimo H. [Reviewing the definition of elderly]. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi.* 2006;43(1):27-34.
20. Nishtala PS, Salahudeen MS. Temporal Trends in Polypharmacy and Hyperpolypharmacy in Older New Zealanders over a 9-Year Period: 2005–2013. *Gerontology.* 2015;61(3):195-202.
21. Weir K, Nickel B, Naganathan V, Bonner C, McCaffery K, Carter SM, et al. Decision-Making Preferences and Deprescribing: Perspectives of Older Adults and Companions About Their Medicines. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2018;73(7):e98-e107.
22. Turner JP, Tannenbaum C. Older Adults' Awareness of Deprescribing: A Population-Based Survey. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65(12):2691-6.
23. Ailabouni NJ, Nishtala PS, Mangin D, Tordoff JM. Challenges and Enablers of Deprescribing: A General Practitioner Perspective. *PLoS One.* 2016;11(4):e0151066.

24. Wallis KA, Andrews A, Henderson M. Swimming Against the Tide: Primary Care Physicians' Views on Deprescribing in Everyday Practice. *Ann Fam Med*. 2017;15(4):341-6.
25. Djatche L, Lee S, Singer D, Hegarty SE, Lombardi M, Maio V. How confident are physicians in deprescribing for the elderly and what barriers prevent deprescribing? *J Clin Pharm Ther*. 2018;43(4):550-5.
26. Martin P, Tannenbaum C. A realist evaluation of patients' decisions to deprescribe in the EMPOWER trial. *BMJ Open*. 2017;7(4):e015959.
27. Potter K, Flicker L, Page A, Etherton-Beer C. Deprescribing in Frail Older People: A Randomised Controlled Trial. *PLoS One*. 2016;11(3):e0149984.

## Apêndice 1 – Modelo do questionário

Sexo: Masculino  Feminino  Idade: \_\_\_\_\_ anos

Área de Residência (Concelho): \_\_\_\_\_

Educação Formal (Qual é a escolaridade que temem anos): \_\_\_\_\_

Vive só: Sim  Não

Morbilidades (Doenças de que sofre): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de medicamentos que toma? \_\_\_\_\_

Quais os componentes ativos (ou os nomes dos medicamentos que toma)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### BMQ geral

Afirmações:	A sua concordância				
1 - Os médicos receitam demasiados medicamentos.	Concordo Totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo Totalmente <input type="checkbox"/> (5)
2 - Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando.	Concordo Totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo Totalmente <input type="checkbox"/> (5)
3 - A maior parte dos medicamentos cria habitação.	Concordo Totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo Totalmente <input type="checkbox"/> (5)
4 - Os remédios são mais seguros que os medicamentos.	Concordo Totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo Totalmente <input type="checkbox"/> (5)
5 - Os medicamentos fazem mais mal do que bem.	Concordo Totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo Totalmente <input type="checkbox"/> (5)
6 - Todos os medicamentos são venenos.	Concordo Totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo Totalmente <input type="checkbox"/> (5)
7 - Os médicos confiam demasiado nos medicamentos.	Concordo Totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo Totalmente <input type="checkbox"/> (5)
8 - Se os médicos estivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos.	Concordo Totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo Totalmente <input type="checkbox"/> (5)

## Atitudes do médico de família

Indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:

Na escala **1** significa que esta em **pleno desacordo** e **10** que está em **pleno acordo**.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

*Discordo totalmente*

*Concordo totalmente*

1. Sei o que é a desprescrição.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

*Discordo totalmente*

*Concordo totalmente*

2. O médico já me falou de desprescrição.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

*Discordo totalmente*

*Concordo totalmente*

3. O médico já abordou a possibilidade de parar alguma medicação.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

*Discordo totalmente*

*Concordo totalmente*

4. O médico referiu-me tanto os benefícios, como os riscos da medicação.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

*Discordo totalmente*

*Concordo totalmente*

5. O médico explicou-me que medicação estou a tomar e o porquê de a tomar.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

*Discordo totalmente*

*Concordo totalmente*

6. Tenho uma boa relação com o médico.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

*Discordo totalmente*

*Concordo totalmente*

7. O médico permite-me exprimir a vontade em parar a medicação.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

*Discordo totalmente*

*Concordo totalmente*

8. O tempo e a frequência das consultas são suficientes.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

*Discordo totalmente*

*Concordo totalmente*

9. O médico apoiaria o processo de cessar a medicação.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

*Discordo totalmente*

*Concordo totalmente*

10. O médico saberia como orientar o processo de parar a medicação.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

*Discordo totalmente*

*Concordo totalmente*

11. O médico colocou a possibilidade de retomar a medicação, caso não me adaptasse.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

*Discordo totalmente*

*Concordo totalmente*

Que vantagens vê em parar medicamentos?	Que desvantagens vê em parar medicamentos?

Qual a sua vontade em automedicar-se?



Justifique a sua pontuação:

## **Apêndice 2 – Informação e consentimento informado aos participantes**

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

**Título do estudo:** Atitudes do médico de família que influenciam a desprescrição na perspetiva do idoso.

**Enquadramento:** Estudo desenvolvido no âmbito do Trabalho Final do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, que irá decorrer nos centros de saúde de Angra do Heroísmo, Praia da Vitória, Norton de Matos e Celas (Coimbra).

**Explicação do estudo:** Com base num questionário pretende-se perceber quais as atitudes do médico de família que na perspetiva do idoso irão influenciar o processo de desprescrição, e assim aperfeiçoar a abordagem deste tema em consulta. O questionário consiste numa primeira parte com parâmetros sociodemográficos, nomeadamente, idade, género, habitação e habilitações; segue-se um conjunto de afirmações para avaliar através de uma escala visual analógica (0 a 10); por fim, um conjunto de questões abertas de forma a perceber qual a opinião do idoso quanto a ter medicação prescrita e qual a sua vontade em automedicar-se. A seleção do participante é aleatória, sendo o questionário preenchido uma única vez, em ambiente de consulta, com uma duração aproximada de 5 minutos.

**Condições e financiamento:** Este é um estudo sem qualquer tipo de financiamento. A participação no mesmo é de carácter voluntário sem qualquer tipo de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar. O estudo mereceu Parecer favorável da Comissão de Ética.

**Confidencialidade e anonimato:** É garantida confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo; a recolha de dados é feita em anonimato.



Agradeço desde já a sua atenção e colaboração,

Letícia Melo Furtado, Estudante, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra,  
961362219, leticiafurtado94@gmail.com.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Assinatura/s de quem pede consentimento: ... ..

.....

... ..

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

**Nome:** ... ..

**Assinatura:**..... **Data:**...../...../.....

**SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR INCAPACIDADE**

**NOME:**.....

**BI/CCN.º:**..... **DATA OU VALIDADE** ...../...../.....

**GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:** .....

**ASSINATURA** ... ..

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINA /S E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O /A INVESTIGADOR /A , OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

## Apêndice 3 – Autorização para a recolha de dados nas diferentes USF



**Maria Helena Pinheiro Almeida** <MHAlmeida@arscentro.min-saude.pt>  
para mttome@gmail.com, Isabel, eu ▾

terça, 25/09/2018, 12:44 ☆ ↶ ⋮

Bom dia Dra Leticia

Após reunião com a Coordenadora ( Dra Teresa Tomé) e o Conselho técnico desta USF, informo que tem autorização para a recolha de dados.  
No dia da recolha de dados deve dirigir-se ao secretariado clinico – D. Isabel Araújo.  
A USF tem todo o interesse em ter conhecimento do resultado final do estudo.  
Com os melhores cumprimentos,

Enfª Helena Pinheiro



**João Quadrado** <joao.quadrado@gmail.com>  
para eu, Sofia, Teresa, António ▾

sábado, 6/10/2018, 15:15 ☆ ↶ ⋮

Boa tarde

A USF Pulsar aceita colaborar no projecto, desde que as actividades não interfiram com o normal funcionamento do serviço nem impliquem participação activa dos profissionais.

Outra condição de aceitação passa pelo compromisso de divulgação dos resultados à equipa, no final do processamento dos dados e de elaboração da tese.

Com os melhores cumprimentos,  
João Quadrado

...



REGIÃO AUTÓNOMA DOS  
AÇORES SECRETARIA  
REGIONAL DA SAÚDE  
DIREÇÃO REGIONAL DA  
SAÚDE

**UNIDADE DE SAÚDE DA ILHA TERCEIRA  
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE**

**PARECER 03/2018**

A Comissão de Ética para a Saúde da Unidade de Saúde da Ilha Terceira, em reunião extraordinária efetuada a 23 de Agosto de 2018, apreciou o pedido de parecer sobre o Projeto de Investigação: “Atitudes do Médico de Família que Influenciam a Desprescrição na Perspetiva do Idoso”, pela estudante de Medicina Letícia Melo Furtado.

A CES da USIT decidiu, por unanimidade, não ter nada a opor a que o estudo possa ser efetuado na Unidade de Saúde da Ilha Terceira, chamando no entanto a atenção que, o Consentimento Informado não deverá ser uma mera cópia de outros Consentimentos utilizados noutros Estudos de Investigação, devendo ser adaptado ao estudo que se pretende efetuar.

Verifica-se que, sendo o estudo efetuado em Idosos, o Consentimento Informado refere o estrato etário “menor” como se pode verificar: “se não for o próprio a assinar por idade ou incapacidade, e, se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir”.

Sugere-se portanto que no Consentimento sejam eliminadas as referências aos “Menores”.

Angra do Heroísmo, 23 de Agosto de 2018

A Comissão de Ética da Unidade de Saúde da Ilha  
Terceira