



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA FACULDADE
DE
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

JOSÉ PEDRO DA SILVA FERREIRA GOMES

***Aspetos sociodemográficos da prescrição de benzodiazepinas em idosos em
Portugal***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSORA DOUTORA BÁRBARA OLIVEIROS

PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO

MAIO/2020

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

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

**Aspetos sociodemográficos da prescrição de benzodiazepinas em idosos em
Portugal**

Sociodemographic aspects of benzodiazepine prescription in the elderly in Portugal

Autores:

José Pedro da Silva Ferreira Gomes, Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano^{1,2},
Bárbara Oliveiros¹

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro, Portugal

E-mail: josepfgomes@gmail.com

ÍNDICE

RESUMO	3
ABSTRACT	5
INTRODUÇÃO	7
MATERIAIS E MÉTODOS	9
RESULTADOS	11
DISCUSSÃO	19
CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

RESUMO

Introdução: Diversos estudos recentes revelaram que Portugal apresenta uma prescrição de benzodiazepinas superior à de outros países por parte dos Médicos de Família, e reconheceram que este facto constitui um problema de saúde, particularmente na faixa etária mais frágil: os idosos. O presente estudo procurou analisar as diferenças existentes nas ARS de Portugal no que diz respeito à prescrição de benzodiazepinas em idosos, e relacioná-las com os modelos organizacionais de Unidade Familiar, acompanhamento com Médico de Família e acompanhamento por problemas psicológicos.

Métodos: Para a execução deste estudo observacional, de tipo transversal, recorremos ao Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários para a recolha de dados. A população estudada são todos os idosos seguidos nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal continental. Recorremos ao *Microsoft Excel* para organizar três estudos: um mediante a distribuição de idosos por modelos organizacionais e cobertura de Médico de Família; um que estudou o indicador número 297 mediante os modelos organizacionais e ARS; e um que estudou uma população com Problemas de saúde mental seleccionados, sujeitos ou não a prescrição, mediante a ARS e a cobertura de Médico de Família. Os dados organizados foram submetidos a análise descritiva e inferencial através dos testes do qui-quadrado, χ^2 de *Higgins* e *Thompson* e pelo teste Q de *Cochran*.

Resultados: Verificamos diferenças estatisticamente significativas no número de idosos com Médico de Família de acordo com a ARS e que os utentes idosos não estão distribuídos de maneira uniforme pelas Unidades Funcionais. Não há diferenças significativas na prescrição prolongada de benzodiazepinas entre os tipos de Unidade Funcional, mas há entre as ARS. Verificamos diferenças significativas entre ARS na prescrição quando os idosos não têm Médico de Família. Idosos seguidos por problemas psicológicos são mais medicados quando têm Médico de Família.

Discussão: Este estudo mostrou que as Unidades Funcionais não parecem ter tido efeitos significativos na prescrição de benzodiazepinas a idosos, contrariando a efetividade do atual modelo organizacional dos Cuidados Primários de Saúde e a literatura. Expusemos ainda diferenças significativas entre as ARS de Lisboa e Vale do Tejo e Algarve em relação ao resto do país, onde talvez o aumento da pressão populacional e alterações demográficas dos recentes anos mais negativamente se podem ter expressado.

Conclusão: As diferenças na prescrição de benzodiazepinas em idosos entre as ARS em Portugal são significativas mas não entre o tipo de Unidades de cuidados primários, parecendo relacionar-se mais com o seguimento dos idosos por Médicos de Família.

PALAVRAS-CHAVES: prescrição, idosos, cuidados de saúde primários, benzodiazepinas, hipnóticos, sedativos, ansiolíticos.

ABSTRACT

Introduction: Several recent studies have revealed that Portugal has a higher benzodiazepine prescription than that of other countries by Family Physicians, and recognized that this constitutes a health problem, particularly in the most fragile age group: the elderly. The present study sought to analyze the existing differences in the ARS of Portugal with regard to the prescription of benzodiazepines in the elderly, and to relate them to the organizational models of Family Unit, monitoring with a Family Physician and monitoring for psychological problems.

Methods: For the execution of this observational, cross-sectional study, we used the Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários to collect data. The population studied was the elderly followed by the primary care system in continental Portugal. We used Microsoft Excel to organize three studies: a first analyzing the distribution of the elderly by organizational models in each ARS and coverage by Family Physicians in that ARS; a second who studied indicator number 297 by the organizational model and ARS; and a third who studied a population with selected Mental Health Problems, subject or not to prescription, and with or without Family Physician coverage in each ARS. The organized data was submitted to descriptive and inferential analysis through the chi-square, Higgins and Thompson I^2 tests and the Cochran Q test.

Results: We found statistically significant differences in the number of elderly people with a family doctor according to the ARS and that elderly users are not evenly distributed across Functional Units throughout the country. There are no significant differences in the prolonged prescription of benzodiazepines between the types of Functional Unit, but there are between the ARS. We found significant differences between ARS when prescribing to the elderly when they do not have a Family Physicians. Elderly people followed by psychological problems are more medicated when they have a Family Physicians.

Discussion: This study showed that the Functional Units have no significant effects on prescribing to the elderly, which goes against the effectiveness of the current organizational model of Primary Health Care and the literature. We also exposed significant differences between the ARS of Lisbon and Tejo Valley and the Algarve in relation to the rest of the country, where the increase in population pressure and demographic changes in recent years were most negatively expressed in the domain of the prescription of benzodiazepines in the elderly.

Conclusion: The differences in benzodiazepine prescription between the ARS in Portugal are significant, and these differences are mainly related to the follow-up of the elderly by Family Physicians.

KEYWORDS: prescriptions, elderly, primary health care, benzodiazepines, hypnotics, sedatives, anti-anxiety agents.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história, em todo o mundo, os problemas de saúde mental foram desvalorizados e os doentes frequentemente estigmatizados. A introdução das benzodiazepinas no mercado veio trazer esperança no combate a problemas como a ansiedade ou depressão, mas a sua prescrição generalizada viria a tornar-se também um problema. No entanto, nos últimos anos, as autoridades de saúde, em particular na União Europeia e em Portugal, começaram a encetar esforços para alterar este paradigma.¹

De facto, contrariar a atual tendência da prescrição de benzodiazepinas na população portuguesa é uma das quatro metas estabelecidas no Programa Nacional para a Saúde Mental no âmbito dos “Programas de Saúde Prioritários - Metas de Saúde 2020”. Tal constitui um grande desafio, já que Portugal é um dos países onde mais se consomem ansiolíticos, hipnóticos e sedativos, dos quais se destacam as benzodiazepinas e os seus análogos.²

Segundo o relatório da *Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*, o consumo de psicofármacos em Portugal apresenta níveis quase duplos em relação à média dos restantes países da Europa e sugere que a prescrição destes fármacos é uma opção demasiado frequente no nosso país na abordagem da ansiedade e depressão.³

A prescrição das benzodiazepinas e análogos tem origem maioritariamente em instituições públicas, nomeadamente nos Cuidados de Saúde Primários. Em valor absoluto, a região Norte é a maior utilizadora destes medicamentos, mas quando se padroniza pela dimensão da população servida pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS), a região Centro surge como maior utilizadora. A maior parte dos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) a quem foram prescritas benzodiazepinas e análogos são mulheres entre os 55 e os 79 anos de idade.⁴

É sabido que o tratamento com benzodiazepinas está indicado para a ansiedade e insónia, e não deve prolongar-se além do tempo definido adequado, pelo que é obrigatória uma reavaliação periódica do doente, que passa frequentemente pelos Cuidados de Saúde Primários.⁵ No entanto, a repetição da prescrição de benzodiazepinas sem consulta médica foi feita maioritariamente para idosos, particularmente e em maior proporção mulheres, e nem sempre se verificou uma indicação clara para a sua prescrição.⁶

Além da maior prevalência de consumo de benzodiazepinas ser nas faixas etárias mais elevadas, é também nestas que se observa uma maior utilização de doses mais altas.⁷

Os critérios de *Beers*, que listam os medicamentos menos seguros para administração a idosos por parte dos profissionais de saúde, desaconselham fortemente a utilização destes psicofármacos nos mais idosos. Adultos mais velhos têm maior sensibilidade a benzodiazepinas, apresentando simultaneamente um metabolismo diminuído para agentes de ação prolongada. Em geral, as benzodiazepinas aumentam o risco de comprometimento cognitivo, delírio, quedas, fraturas e acidentes de automóvel em idosos.⁸

Dado que os Médicos de Família são os principais prescritores destes psicofármacos, é essencial que nos foquemos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)⁹, que, em Portugal, são constituídos por Administrações Regionais de Saúde (ARS), compostas por diversos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Dentro destes podemos distinguir vários tipos de Unidades Funcionais, das quais destacamos as principais: as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) (com utentes sem médico de família), as Unidades de Saúde Familiar (USF) modelo A (contratualização sem incentivos financeiros) e as USF modelo B (com remuneração individual dependente dos objetivos atingidos)¹⁰. O indicador relativo à proporção de idosos com prescrição prolongada de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos em idosos, é monitorizado nestes três modelos de Unidades, com as informações discriminadas *online* na plataforma do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários.¹¹

Assim, este estudo propõe-se a analisar as diferenças existentes nas ARS de Portugal no que diz respeito à prescrição de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, e na influência que sobre essa prescrição poderão ter aspetos como o modelo organizacional de Unidade Funcional, acompanhamento por Médico de Família e acompanhamento por problemas psicológicos com indicação para tratamento com benzodiazepinas e fármacos análogos, na população idosa.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a execução deste estudo observacional, de tipo transversal, incluímos dados que se encontravam disponíveis numa plataforma *online* para consulta por parte de profissionais de saúde, o BI-CSP: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários ¹¹, referentes a dezembro do ano de 2018, o último ano em que se encontra disponível informação relativa a todas as Unidades a nível nacional para todos os meses, e que foram consultados na plataforma *online* supracitada em janeiro de 2020.

Recorrendo ao programa *Microsoft Excel* foram organizados três estudos: um primeiro mediante a distribuição de idosos por modelos organizacionais em cada ARS e cobertura de Médico de Família nessa ARS; um segundo que estuda o indicador número 297 mediante os modelos organizacionais e ARS; e um terceiro que estuda uma população de idosos com problemas de saúde mental selecionados, sujeitos ou não a prescrição, mediante a ARS e a cobertura de Médico de Família nessa ARS.

O primeiro estudo debruçou-se sobre a população de cada uma das ARS com idade igual ou superior a 65 anos e a sua distribuição pelos três modelos organizacionais de cuidados de saúde primários mais relevantes: UCSP, USF-A e USF-B.

No segundo estudo, o indicador utilizado foi o número 297, correspondente à “Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, sem prescrição prolongada de ansiolíticos, nem de sedativos, nem de hipnóticos, no período em análise”. O indicador é calculado mediante uma proporção em que o numerador corresponde ao número de utentes inscritos sem prescrição prolongada de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, e o denominador corresponde ao número total de utentes inscritos com idade igual ou superior a 65 anos. Para serem incluídos no numerador, os utentes devem ter idade igual ou superior a 65 anos e o somatório de dose diária definida (DDD) prescrita de medicamentos do tipo "ansiolíticos, sedativos, ou hipnóticos" durante o período em análise ser inferior ou igual a 53. O modo de contabilização da DDD de cada medicamento e quais os medicamentos incluídos podem ser consultados no documento de organização e descrição de indicadores mais recente disponibilizado pelo Serviço Nacional de Saúde, o “Bilhete de Identidade dos Indicadores dos CSP para o ano de 2017”.

No terceiro estudo, foram selecionados, através das ferramentas disponibilizadas na plataforma, os dados relativos ao número de utentes com idade igual ou superior a 65 anos que tinham pelo menos um dos seguintes problemas psicológicos codificados pela Classificação Internacional de Cuidados Primários-2 (ICPC-2): “P01 – Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão”, “P02 – Reação aguda ao *stress*”, “P04 – Sentir-se/comportar-

se de forma irritável/zangada”, “P06- Perturbação do sono” e “P74-distúrbio ansioso/estado de ansiedade”, para os quais está recomendada a prescrição de benzodiazepinas.

A partir destes dados agregados foi possível obter um ficheiro de dados que reflita os dados originais, antes da agregação, para usar uma análise estatística sobre dados primários. Nesta situação, o número de indivíduos em análise foi de 2.268.346, o que leva a que qualquer teste estatístico aplicado esteja *overpowered*, ou seja, que se encontre sempre diferença ou associação estatisticamente significativa ainda que os efeitos possam não ter relevância (falsos positivos). De qualquer forma, ainda que nem sempre seja útil tirar conclusões a partir do valor-p do teste do qui-quadrado, é bastante útil observar os resíduos da distribuição conjunta do número de idosos com e sem Médico de Família por ARS, ou do número de idosos com Médico de Família que estão ou não medicados com benzodiazepinas por ARS, ou do número de idosos medicados com benzodiazepinas que tem ou não tem Médico de Família por ARS. Esta análise foi realizada recorrendo ao SPSS, usando $\alpha=0,05$.

Optou-se, assim, por validar as técnicas anteriores através de análise de dados secundários aplicando técnicas de meta-análise, usando o modelo de *DerSimonian-Laird* estimado pelo inverso da variância aplicado a proporções. A heterogeneidade entre as diferentes ARS foi avaliada por determinação do I^2 de *Higgins e Thompson* e pelo teste Q de *Cochran*, o que traduz a semelhança ou diferença entre as ARS. Posteriormente, e usando um modelo de efeitos aleatórios, dado que o número de linhas da meta-análise é pequeno (5 ARS) e que se espera heterogeneidade entre estas, obteve-se uma medida do efeito global da percentagem de idosos com Médico de Família em Portugal Continental, da percentagem de idosos com Médico de Família que está medicado com benzodiazepinas em Portugal Continental e da percentagem de idosos medicados com benzodiazepinas que tem médico de família em Portugal Continental, assumindo-se que esta medida reflete a percentagem de benzodiazepinas prescritas a idosos por médicos de família em Portugal Continental. Usaram-se os pacotes *meta* e *metafor* da aplicação R (versão 3.5.3 de 2019-03-11) em ambiente de RStudio, versão 1.1.463 © 2009-2018 RStudio Inc, tendo os intervalos de confiança sido obtidos para 95% de confiança ($1-\alpha =0,95$).

RESULTADOS

Avaliação da percentagem de idosos com Médico de Família

Conforme se pode constatar pela informação recolhida na plataforma BI-CSP e resumida na tabela 1, a maioria dos idosos tem Médico de Família, sendo que nas ARS do Norte, Centro e Alentejo mais de 95% dos idosos tem Médico de Família.

Tabela 1: Distribuição total de idosos e de idosos com Médico de Família por ARS.

ARS	Total de idosos	Idosos com médico de família	% Idosos com médico de família
NORTE	765643	758293	99,04
CENTRO	452582	439502	97,11
LISBOA E VALE DO TEJO	812445	691472	85,11
ALENTEJO	132421	126462	95,50
ALGARVE	105255	93235	88,58
GLOBAL	2268346	2108964	

A realização de uma meta-análise nos dados agregados permitiu constatar que esta distribuição por ARS (Tabela 1) é bastante heterogénea, ($I^2 = 100\%$; IC95%: [100%; 100%]; $Q_{(4)}=126783$; $p < 0,001$), complementando a informação dada pelo teste do qui-quadrado de Pearson ($c^2_{(4)}=136272$; $p < 0,001$) que indica que existe diferença estatisticamente significativa no número de idosos com Médico de Família de acordo com a ARS, sendo que existem mais idosos com Médico de Família do que era esperado nas ARS do Norte, Centro e Alentejo (Figura 1, a verde) do que nas ARS de Lisboa e Vale do Tejo ou do Algarve (Figura 1, a laranja).

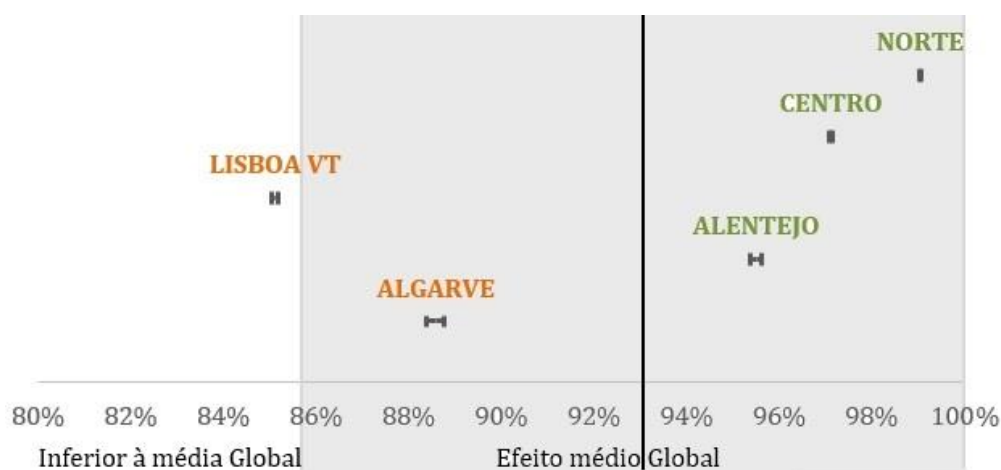


Figura 1 – Intervalo de confiança a 95% para a percentagem de idosos com médico de família nas 5 ARS de Portugal Continental. A verde estão representadas as ARS que apresentam um efeito superior ao esperado e a vermelho as ARS que apresentam um efeito inferior ao esperado, pelo teste do qui-quadrado ($c^2_{(4)}=136272$; $p < 0,001$). A linha vertical representa a estimativa nacional da percentagem de idosos com médico de família (93,07%) e a zona cinzenta (85,59% a 100%) o intervalo de confiança para esse efeito (estimado a partir de uma meta-análise (modelo de efeitos aleatórios de DerSimonian-Laird).

A técnica de meta-análise permite ainda estimar que entre 85,69% a 100% dos idosos de Portugal Continental têm Médico de Família (com 95% de confiança), observando-se na *Figura 1* e na *Tabela 2*, que apenas a ARS de Lisboa e Vale do Tejo apresenta um número significativamente inferior à média estimada nacional (está abaixo da zona cinzenta da *Figura 1*). Nas restantes quatro ARS de Portugal Continental os valores não diferem significativamente da estimativa média nacional (93,07%).

Tabela 2: Teste de independência entre a distribuição do número de idosos com médico de família e a ARS e descrição dos efeitos individuais (percentagem de idosos com médico de família em cada ARS) e efeito médio global estimado (percentagem de idosos com médico de família em Portugal Continental)

Método	Teste de independência		Meta-análise	
ARS	Resíduo	Teste	Efeito (EP)	IC95% _{Efeito}
NORTE	46447	$\chi^2_{(4)}=136272$: $p < 0,001$	99,04 (0,01)	99,02 – 99,06
CENTRO	18720		97,11 (0,02)	97,06 – 97,16
LISBOA VT	-63888		85,11 (0,04)	85,03 – 85,19
ALENTEJO	3345		95,50 (0,06)	95,39 – 95,61
ALGARVE	-4624		88,58 (0,10)	88,38 – 88,77
GLOBAL	-	-	93,07	85,69 – 100,00

Resíduos: diferença entre o valor observado e o esperado na ausência de associação (presença de independência); Efeito (EP): Percentagem de idosos com médico de família (Erro-padrão do efeito); IC95%_{Efeito} para o efeito; Global – Estimativa da percentagem de idosos com médico de família para todas as ARS's com base num modelo de efeitos aleatórios

A *Tabela 3* e a *Figura 2* deixam claro que os utentes idosos não estão distribuídos de maneira uniforme pelas Unidades ao longo do país. Por exemplo, na ARS Norte, a região de saúde com maior cobertura de Médicos de Família, predominam os idosos seguidos em USF-B (45,8%) mas na ARS Centro, que também goza de ampla cobertura de Médico de Família em idosos (a segunda maior do país, com 97,11%), a percentagem de idosos seguidos em USF-B cai para apenas 15,5% e é nas UCSP, por sua vez, que a maioria dos idosos tem o seu acompanhamento (57,9%). Estes últimos números são semelhantes, por exemplo, à ARS Algarve, a segunda região do país com menos cobertura de Médico de Família, onde apenas 88,58% dos idosos têm Médico de Família.

Tabela 3: Distribuição de idosos pelas unidades nacionais em cada ARS

ARS	% Idosos com Médico de Família	UCSP	%	USF-A	%	USF-B	%
NORTE	99,04	222847	29,1	192204	25,1	350592	45,8
CENTRO	97,11	261974	57,9	120610	26,6	69998	15,5
LISBOA E VALE do TEJO	85,11	344698	42,4	235092	28,9	232655	28,6
ALENTEJO	95,50	87226	65,9	27317	20,6	17878	13,5
ALGARVE	88,58	65110	61,9	19514	18,5	20631	19,6

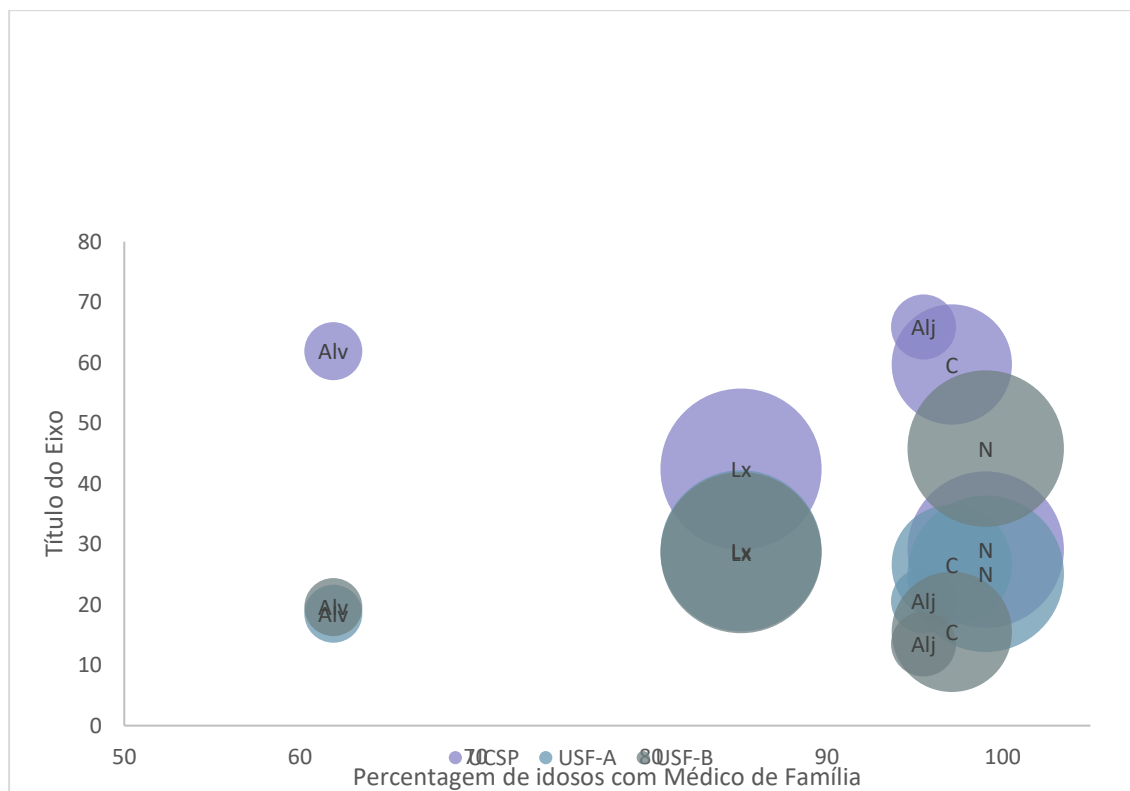


Fig.

Figura 2: Diagrama de dispersão entre a percentagem de idosos por tipo de USF entre o total e utentes da ARS e a percentagem de idosos com médico de família na ARS. A dimensão das bolhas traduz o número de idosos na ARS relativamente ao total de idosos das 5 ARS (N - Norte; C Centro; Lx – Lisboa e Vale do tejo; Alj – Alentejo; Alg – Algarve).

Avaliação da percentagem de idosos sem prescrição prolongada de ansiolíticos, nem de sedativos, nem de hipnóticos em cada unidade

Conforme se pode constatar pela informação recolhida na plataforma BI-CSP resumida na *Tabela 4* e esquematizada na *Figura 3*, dentro de cada ARS não há discrepâncias no indicador estudado entre as diferentes unidades, ou seja, a proporção de idosos com prescrição de benzodiazepinas é semelhante, quer esse acompanhamento seja feito numa UCSP, numa USF-A ou numa USF-B. De facto, encontra-se um coeficiente de correlação de 0,700 e de 1,000 entre as percentagens observadas em UCSP e respetivamente, USF-A e USF-B, apresentando a percentagem de idosos medida entre USF-A e USF-B um valor de 0,700, portanto com correlação quase forte.

Tabela 4: Proporção de idosos sem prescrição prolongada de ansiolíticos, nem de sedativos, nem de hipnóticos em cada unidade.

ARS	UCSP	USF-A	USF-B
NORTE	76,81	75,82	74,01
CENTRO	76,96	79,54	77,37
LISBOA E VALE DO TEJO	81,64	83,29	81,38
ALENTEJO	77,64	75,32	77,82
ALGARVE	86,24	87,86	85,88

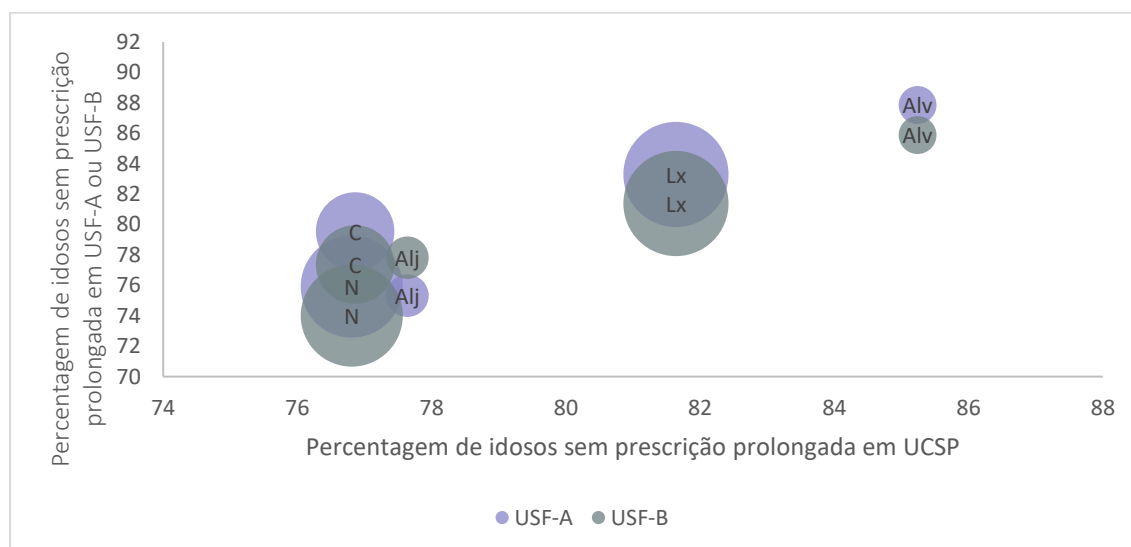


Figura 3- diagrama de dispersão da percentagem de idosos sem prescrição prolongada de ansiolíticos, nem de sedativos, nem de hipnóticos nas USF-A e USF-B relativamente a UCSP. (N - Norte; C Centro; Lx – Lisboa e Vale do tejo; Alj – Alentejo; Alv – Algarve)

Também aqui há diferenças significativas entre ARS: destacam-se as regiões do Algarve e de Lisboa e Vale do Tejo como aquelas que apresentam maior proporção de idosos sem prescrição prolongada de ansiolíticos, de sedativos ou hipnóticos. Norte, Alentejo e Centro são as ARS com menor proporção de idosos sem prescrição prolongada de ansiolíticos, de sedativos ou hipnóticos, embora os valores sejam próximos.

Avaliação da percentagem de idosos com problemas psicológicos nos doentes com e sem médico de família

Os doentes com problemas psicológicos selecionados foram divididos mediante o facto de terem ou não Médico de Família, e destacados aqueles com prescrição médica para tratamento desses problemas.

Tabela 5: Idosos com problemas psicológicos com prescrição médica, com e sem Médico de Família.

	Com Médico de Família			Sem Médico de Família		
	C/PROB	C/PROB	C/PRESCRIÇÃO	C/PROB	C/PROB	C/PRESCRIÇÃO
ALENTEJO	26755	25928	96,9	2147	1718	80
ALGARVE	15385	14576	94,7	2249	1977	87,9
CENTRO	93861	91093	97,1	5128	4073	79,4
LISBOA E VALE DO TEJO	140093	135114	96,4	16612	14351	86,4
NORTE	154438	150204	97,3	10023	7545	75,3

Relativamente aos doentes idosos com problemas e com prescrição que possuem médico de família, existe grande heterogeneidade entre as cinco ARS avaliadas no número de doentes com problemas com médico de família ($I^2 = 98,7\%$) ou sem médico de família ($I^2 = 99,3\%$).

Relativamente aos doentes idosos com prescrição de benzodiazepinas entre os idosos que têm problemas e têm médico de família, observa-se que a percentagem está entre 94,7% (Algarve) e 97,3% (Norte), estimando-se que esta percentagem esteja entre os 95,28% e os 97,74% na população de Portugal Continental. Sendo assim, observa-se que todas as ARS apresentam percentagens de utentes idosos medicados com benzodiazepinas próximos dos valores nacionais, mas que na ARS do Algarve se observe uma menor percentagem de prescrição de benzodiazepinas (Tabela 6, Figura 3).

Tabela 6: Idosos com problemas e com médico de família. Percentagem de Medicados com benzodiazepinas.

Método	Teste de independência		Meta-análise	
ARS	Resíduo	Teste	Efeito (EP)	IC95% _{Efeito}
NORTE	647	$\chi^2_{(4)}=393:$ $p < 0,001$	97,26 (0,04)	97,18 – 97,34
CENTRO	199		97,05 (0,06)	94,93 – 97,17
LISBOA VT	-542		96,45 (0,05)	96,35 – 96,55
ALENTEJO	19		96,91 (0,11)	96,69 – 97,12
ALGARVE	-323		94,74 (0,18)	94,39 – 95,09
GLOBAL	-		-	96,51

Heterogeneidade: $I^2 = 98,7\%$ [IC95% 98,1% a 99,1%]; $Q(4)=310$ ($p < 0.001$)

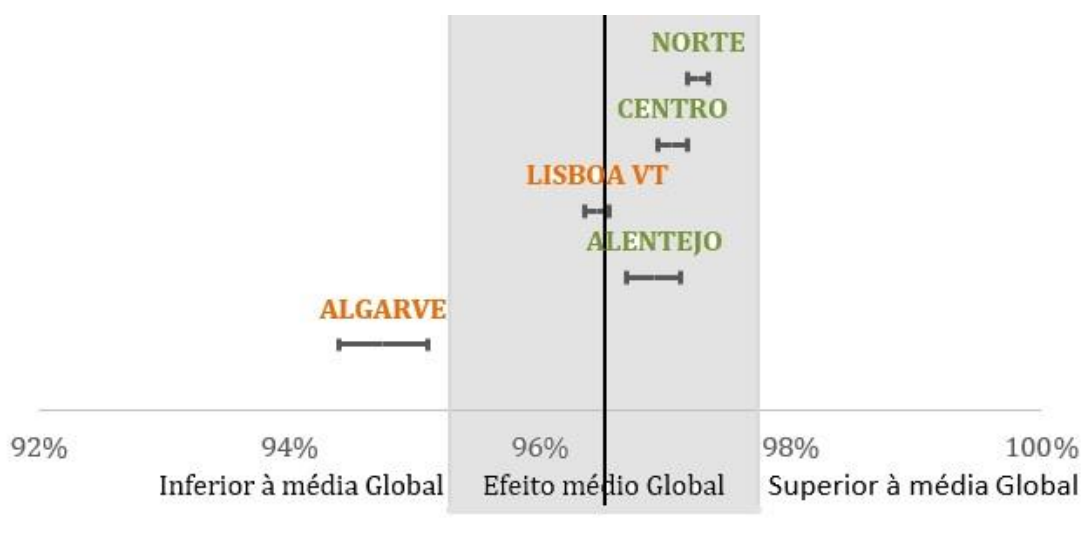


Figura 4- Intervalo de confiança a 95% para a percentagem de idosos com problemas psicológicos e com médico de família medicados com benzodiazepinas nas 5 ARS de Portugal Continental. A verde estão representadas as ARS que apresentam um efeito superior ao esperado e a vermelho as ARS que apresentam um efeito inferior ao esperado, pelo teste do qui-quadrado ($\chi^2(4)=136272$; $p < 0,001$). A linha vertical representa a estimativa nacional (96,51%) e a zona cinzenta (95,28% a 97,74%) o intervalo de confiança para esse efeito (estimado a partir de uma meta-análise (modelo de efeitos aleatórios de DerSimonian -Laird).

Relativamente aos doentes idosos que não têm médico de família, a ARS do Algarve tende a ser, ainda que sem diferença estatisticamente significativa para a média nacional (do Continente), aquela que apresenta maior percentagem de doentes idosos com prescrição de benzodiazepinas entre os idosos que têm problemas e não têm médico de família, em oposição ao que ocorre para os doentes idosos com médico de família (Figura 4) e ao que ocorre na ARS do Norte, conforme se pode observar na Figura 4 (e constatar numericamente na Tabela 7). Estima-se que a média de doentes idosos com prescrição de benzodiazepinas entre os idosos que têm problemas psicológicos mas não médico de família, em Portugal Continental, esteja entre os 75,29% e 88,31%, com 95% de confiança.

Tabela 7: Idosos com problemas e sem médico de família. Percentagem de medicados com BZD

Método	Teste de independência		Meta-análise	
ARS	Resíduo	Teste	Efeito (EP)	IC95% _{Efeito}
NORTE	-678	$\chi^2(4)=607$: $p < 0,001$	75,28 (0,43)	74,43 – 76,12
CENTRO	-134		79,43 (0,56)	78,33 – 80,52
LISBOA VT	723		86,39 (0,27)	85,86 – 86,92
ALENTEJO	-43		80,02 (0,86)	78,33 – 81,70
ALGARVE	132		87,91 (0,69)	86,55 – 89,26
GLOBAL	-		-	81,80

Heterogeneidade: $I^2 = 99,3\%$ [IC95% 99,1% a 99,5%]; $Q(4)=586$ ($p < 0.001$)



Figura 4- Intervalo de confiança a 95% para a percentagem de idosos com problemas psicológicos e sem médico de família medicados com benzodiazepinas nas 5 ARS de Portugal Continental. A verde estão representadas as ARS que apresentam um efeito superior ao esperado e a vermelho as ARS que apresentam um efeito inferior ao esperado, pelo teste do qui-quadrado ($\chi^2(4)=136272$; $p < 0,001$). A linha vertical representa a estimativa nacional (81,80%) e a zona cinzenta (75,29% a 88,31%) o intervalo de confiança para esse efeito (estimado a partir de uma meta-análise (modelo de efeitos aleatórios de DerSimonian -Laird).

Globalmente, a prescrição de benzodiazepinas em idosos com problemas psicológicos apresenta maior heterogeneidade entre as ARS quando esses idosos não têm Médico de Família.

Conforme é possível observar na figura seguinte (Figura 5), a percentagem de idosos com problemas psicológicos e medicados é significativamente superior quando estes têm Médico de Família do que quando não têm, qualquer que seja a ARS onde se inserem. De facto, a estimativa global (com 95% de confiança) para a percentagem de idosos com problemas psicológicos e que tem Médico de Família (Tabela 6) está entre 95,28% e 97,74%, enquanto a estimativa com 95% de confiança para aquela percentagem nos idosos que não tem Médico de Família se situa entre os 75,29% e os 88,31%.

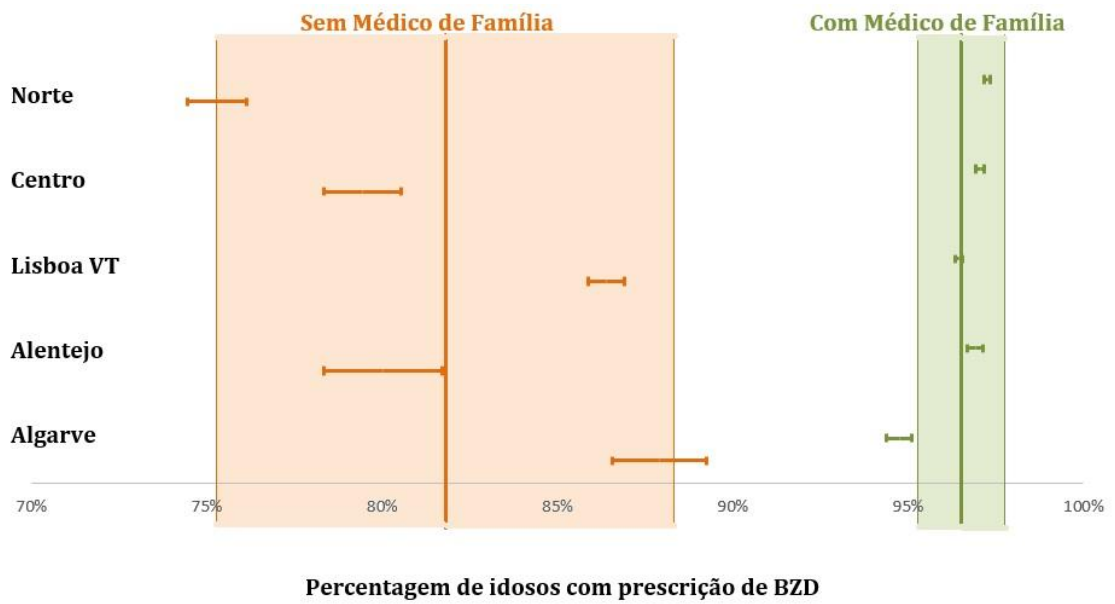


Figura 5 – Intervalo de confiança a 95% para a percentagem de idosos com prescrição de benzodiazepinas com e sem Médico de Família medicados nas 5 ARS de Portugal Continental.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo vêm demonstrar que há discrepâncias entre as regiões de saúde em Portugal continental e que a ARS onde se insere o idoso, e o seu seguimento ou não por um Médico de Família, determinam a prescrição de benzodiazepinas mais do que o tipo de Unidade onde essa prescrição é realizada.

Primeiro, conseguimos demonstrar que as ARS do Algarve e Lisboa e Vale do Tejo têm menor percentagem de idosos com Médico de Família que a média nacional, com destaque para a ARS Lisboa e Vale do Tejo que apresentou uma diferença estatisticamente significativa neste indicador.

Mostramos ainda que, no que se refere ao indicador relativo à proporção de idosos sem prescrição prolongada de sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, não existem diferenças de desempenho entre unidades de saúde de tipo UCSP e USF-A e B, que apresentaram resultados semelhantes no espectro nacional. Este resultado põe em causa, pelo menos no aspeto da saúde mental cuja imagem é dada pela prescrição de benzodiazepinas, alguns trabalhos que defendem o sistema de incentivos que diferencia as Unidades Funcionais de saúde^{12,13}.

Verificam-se, no entanto, disparidades significativas a nível geográfico, com as regiões do Algarve e Lisboa e Vale do Tejo a apresentar maior proporção de idosos sem prescrição prolongada de benzodiazepinas. Os doentes que não têm Médico de Família, quando deparados com um problema de saúde, terão maior dificuldade no acesso aos cuidados de que necessitam, o que pode justificar o facto destas duas regiões, onde há menos proporção de idosos com Médico de Família, serem as regiões com menos prescrição prolongada de benzodiazepinas.

Demonstramos ainda a inexistência de diferenças significativas por ARS na prescrição em idosos que têm Médico de Família. No entanto, idosos com os problemas psicológicos estudados são mais medicados com benzodiazepinas quando têm Médico de Família do que quando não têm. Isto pode indicar que os Médicos de Família têm mais segurança na prescrição destes fármacos quando acompanham o doente e a sua família e, por conseguinte, têm melhor conhecimento da sua história clínica e contexto familiar. Quanto aos idosos que não têm Médico de Família, é nas ARS do Algarve e Lisboa e Vale do Tejo que os idosos com problemas psicológicos têm mais prescrições para benzodiazepinas.

A seleção dos problemas psicológicos prende-se com a indicação terapêutica das benzodiazepinas, que não deixa de ser controversa. É evidente que diferentes médicos poderão ter diferentes critérios para a prescrição destes fármacos. Consideramos que neste

estudo, os problemas selecionados deveriam ser os mais consensuais, de acordo com a prática clínica das coordenadoras e com alguns trabalhos nacionais^{14, 15}. Não podemos no entanto excluir que algumas patologias psicológicas que não são tipicamente tratadas com estes fármacos o tenham sido, e portanto ficaram fora da lista por nós selecionada, ou então não foram codificadas pelos médicos e por conseguinte não constaram na plataforma.

A base de dados nacional com estatísticas oficiais e certificadas - Pordata - pode ajudar a explicar a causa da constante dicotomia que sistematicamente se verifica ao longo deste trabalho entre a ARS de Lisboa e Vale do Tejo e Algarve e as ARS Norte, Centro e Alentejo.

A Área Metropolitana de Lisboa apresenta um valor de densidade populacional bastante elevado em relação às outras regiões do país (940,0 habitantes por km² em 2011, contra a média continental de 112,8), o que pode levar a uma maior dificuldade de gestão das estruturas locais de saúde. Foi também nesta região que se verificou o maior aumento de habitantes por Centro de Saúde e extensão: de 9 851 em 1993 para 47 082 em 2011, quando a média continental era de 7 069.

Foi também na Área Metropolitana de Lisboa que se registou a maior queda nacional em relação ao número de médicos ao serviço em Centros de Saúde nos últimos anos: menos 1 302 médicos de Medicina Geral e Familiar entre 1999 e 2012. No mesmo período de tempo, todas as outras regiões do país mantiveram sensivelmente os números destes profissionais.

As regiões de Lisboa e do Algarve destacam-se também no panorama nacional pelo influxo migratório. Na última década, esse saldo foi mesmo positivo em Lisboa (+1 382) e apenas ligeiramente negativo no Algarve (-709), enquanto nas outras regiões do país foi fortemente negativo, como no Norte (-7 672), Centro (-12 195) e Alentejo (-5 092). O maior influxo migratório nestas regiões tem inerentes dificuldades de adaptação à nova realidade do país em que os migrantes se encontram e que pode refletir-se na procura, acesso e eficácia dos Cuidados Primários de Saúde. Poder-se-ia argumentar que o influxo migratório raramente se aplica a idosos, já que é impulsionada principalmente por motivos laborais, mas contribui para o aumento da pressão populacional nestas regiões, o que pode influenciar negativamente o desempenho das suas estruturas de saúde. Além disso é assinalável a imigração de aposentados alemães e ingleses principalmente na região algarvia e Lisboa.¹⁵

São também as regiões do Algarve e Área Metropolitana de Lisboa que apresentam maior aumento de densidade populacional no país, entre 2001 e 2018, respetivamente 11 e 5%, contribuindo ainda mais para a pressão populacional nas suas estruturas de saúde primária.

Outro aspeto que pode explicar as discrepâncias encontradas prende-se precisamente com o envelhecimento populacional que se tem sentido mais no Norte e Centro do país (com um aumento de 42% e 26% respetivamente, entre 2001 e 2011). No Alentejo o envelhecimento populacional neste período foi menor (+9%), mas tal acontece porque esta região já tinha um índice de envelhecimento muito elevado (162,7 em 2001), o maior do país, posição que mantém atualmente. Já as regiões do Algarve e da Área Metropolitana de Lisboa registaram um aumento no índice de envelhecimento de apenas 3 e 11% respetivamente. Esta gradual alteração dos padrões de envelhecimento no Norte, Centro e Alentejo parece ter-se expressado num maior acompanhamento das faixas etárias mais elevadas e dos seus problemas, que por força das alterações demográficas nestas regiões se tornaram mais prementes. Já no Algarve e em Lisboa houve muito menor expressão do envelhecimento populacional neste período e dos problemas de saúde que esse envelhecimento acarreta.

De notar que comparamos duas regiões diferentes, que se apresentam de formas diferentes nas duas plataformas consultadas: a região da ARS Lisboa e Vale do Tejo não corresponde exatamente à Área Metropolitana de Lisboa, mais nuclear e densa, embora seja nesta última que esteja contida a maioria dos utentes da ARS. Este facto expõe uma limitação mais generalizada ao trabalho desenvolvido no que diz respeito à comparação entre regiões que podem, por vezes, em virtude da sua dimensão geográfica e diversidade cultural, populacional e económica, esconder aspetos cuja análise poderia ser relevante. Por exemplo, a ARS Norte inclui simultaneamente a Área Metropolitana do Porto e a região de Trás-os-Montes, que apesar de pertencerem à mesma região de saúde, apresentam índices sociodemográficos bastante díspares. Propomos assim, que no desenvolvimento de um trabalho futuro, a análise se confine a espaços geográficos ainda mais homogéneos, como por exemplo ACeS.

Os indicadores estudados basearam-se em dados retirados da plataforma de Prescrição Eletrónica de Medicamentos (PEM) e portanto podem ser classificados como de baixa falibilidade, por não dependerem da introdução manual dos dados, o que reduz a probabilidade de erros de prescrição e transcrição. Ainda assim, não é de desprezar a ocorrência de prescrições manuais, uma exceção que concordamos que não influenciará significativamente os resultados.

Os dados utilizados não abrangem todas as unidades de saúde a nível nacional com dados disponíveis na plataforma *online*. Excluíram-se todas as unidades que não são UCSP, USF-A ou USF-B, e que apesar da sua diversidade (Instituições Particulares de Solidariedade Social - IPSS, Serviços de Atendimento Permanente - SAP, *etc.*) servem apenas 11 000 utentes idosos a nível nacional, pelo que concordamos que não influenciará significativamente os resultados.

Foram também excluídos os idosos que não têm Médico de Família por opção própria, estimados em apenas 6 048 a nível nacional (0,27% do total de idosos), não influenciando significativamente os resultados.

Madeira e Açores gozam de um estatuto de relativa autonomia em relação ao Serviço Nacional de Saúde e, portanto, não disponibilizam os dados na plataforma consultada e não pôde ser realizada a mesma comparação que foi feita para as ARS do continente. Consideramos que seria também bastante interessante a comparação destes serviços regionais de saúde separados do SNS, sob gestão dos respetivos governos regionais, com o sistema continental, num trabalho futuro.

CONCLUSÃO

Concluimos assim que existem diferenças assinaláveis nas ARS de Portugal, no que diz respeito à prescrição de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos na população idosa, mas que tal não se prende com o modelo organizacional de Unidade Familiar, mas sim com acompanhamento por Médico de Família, o que vem realçar a importância destes profissionais de saúde no panorama do SNS.

Propomos ainda um estudo mais aprofundado das causas das práticas de prescrição de benzodiazepinas por parte dos clínicos, em diversas regiões do país e sob diferentes tipos de Unidade Funcional de saúde, focado no seu ponto de vista, e consideramos que tal seria essencial para escrutinar as particularidades da faixa etária estudada, com vista à melhoria e uniformização dessas mesmas práticas em território nacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caldas de Almeida JM. A saúde mental dos portugueses. Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2018 [cited 2020 Fev]
2. Direção-Geral de Saúde. Programa Nacional para a Saúde Mental [Internet]; 2018[updated 2018 Fev 26; cited 2020 Jan 30]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-saude-mental/>
3. Programa Nacional para a Saúde Mental. Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. Lisboa; 2018.
4. Direção de informação e planeamento estratégico. Benzodiazepinas e análogos. Lisboa: Infarmed; 2016
5. Direção-Geral de Saúde. Norma 055/2011: Tratamento Sintomático da Ansiedade e Insónia com Benzodiazepinas e Fármacos Análogos;2011 [updated 2015 Jan 21; cited 2020 Jan 30].
6. Gonçalves JRP, Macedo AFPA de. Renovação da Prescrição Sem Consulta Médica de Benzodiazepinas [Internet]. Universidade da Beira Interior; 2011. Available from: <http://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/948>
7. Kroll DS, Nieva HR, Barsky AJ, Linder JA. Benzodiazepines are Prescribed More Frequently to Patients Already at Risk for Benzodiazepine-Related Adverse Events in Primary Care. *J Gen Intern Med.* 2016;31(9):1027–34
8. American Geriatrics Society Beers Criteria ®. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. New York; 2019.
9. Lopes R, Yaphe J. Prescrição de psicofármacos nos cuidados de saúde primários no Porto: estudo transversal. 2014;368–76.
10. Teixeira CJ. Diferentes Modelos Organizativos de Cuidados de Saúde Primários Apresentam Diferenças no Desempenho? PhD [dissertation]. Faculdade de Economia da Universidade do Algarve; 2016.
11. Ministério da Saúde. Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o ano de 2017 [Internet]. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Available from: https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/04/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf

12. Ferreira PL, Raposo V. A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. Coimbra; 2006;22:285-96
13. Ferreira PL, Raposo V, Pisco L. A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal. Lisboa; 2016.
14. Gonçalves AM, Caracterização e Análise do Consumo de Benzodiazepinas por Idosos Institucionalizados. PhD [dissertation]. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. Covilhã; 2019.
15. Furtado C, Teixeira I. Utilização de benzodiazepinas em Portugal continental (1999-2003). Infarmed. Lisboa; 2006.
16. Machado FL, Roldão C. Imigrantes idosos: uma nova face da imigração em Portugal. Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural. Lisboa; 2010.