



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

TÂNIA SOFIA GONÇALVES LOPES

O Caminho Inverso: Principais Barreiras na Desprescrição em Idosos em Medicina Geral e Familiar

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

DOUTOR ANTÓNIO CRUZ FERREIRA

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO

FEVEREIRO / 2021

O Caminho Inverso: Principais Barreiras na Desprescrição em Idosos em Medicina Geral e Familiar

Artigo Científico Original

Investigador principal:

Tânia Sofia Gonçalves Lopes¹

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

¹uc2008010922@student.uc.pt

Orientador:

António Cruz Ferreira²

MD, PhD

Assistente de Medicina Geral e Familiar

²Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

²krusferreira@hotmail.com

Co-orientador:

Luiz Miguel Santiago³

MD, PhD

Professor Associado com Agregação

Consultor, Assistente Graduado Sénior em Medicina Geral e Familiar

Regente da Unidade Curricular de Medicina Geral e Familiar

³Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

³luizmiguel.santiago@gmail.com

Área científica: Medicina Geral e Familiar

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

Coimbra, Fevereiro 2021

Índice

LISTA DE ABREVIATURAS.....	5
RESUMO	6
ABSTRACT	8
1 - INTRODUÇÃO.....	10
2 - MATERIAIS E MÉTODOS.....	14
2.1 - Pesquisa bibliográfica.....	14
2.2 - Elaboração do questionário final.....	14
2.3 - Recolha dos dados	15
2.4 - Procedimentos prévios à recolha dos dados.....	15
2.5 - Análise estatística.....	16
3 - RESULTADOS.....	16
4 - DISCUSSÃO	20
5 - CONCLUSÃO	24
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
7 - ANEXOS	29

Lista de abreviaturas

MCP – Medicina Centrada na Pessoa

MGF – Medicina Geral e Familiar

PIM – Prescrição Inapropriada de Medicamentos

STOPP/START - Screening Tool of Older People's Prescriptions/ Screening Tool to Alert to Right Treatment

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Primários

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

Introdução: A desprescrição constitui o processo de otimização do regime terapêutico de um doente através da cessação de fármacos potencialmente inapropriados. Os médicos relatam diversas barreiras na implementação do processo de desprescrição, relacionadas com questões de cariz intrínseco e com condicionantes externas. A identificação destas barreiras é o passo primordial na construção de soluções que tornem definitivamente o processo de desprescrição um elemento da prática clínica diária em contexto de Medicina Centrada na Pessoa (MCP), num caminho inclusivo e integrador das expectativas do doente face à sua saúde.

Material e Métodos: Construção de um questionário com 2 componentes – Na Parte I avaliou-se a valoração que os médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) atribuem a cada uma das barreiras à desprescrição, através de um questionário contruído *de novo*, em que as potenciais barreiras à desprescrição se agruparam 4 subgrupos ou subescalas. A influência das variáveis idade, género, anos de experiência profissional e categoria de especialista em MGF ou de interno de formação específica nessa valoração foi também estudada. Na Parte II apurou-se a auto-perceção de prática de MCP em MGF, através de um questionário previamente validado para a medição desse construto. Foi realizada estatística descritiva e inferencial.

Resultados: Obteve-se um total de 41 respostas. Na Parte I do questionário a consistência interna de cada uma das quatro subescalas foi considerada elevada em três delas (alfa de Cronbach $\alpha > 0,7$). O grupo de barreiras mais preponderante é o que se relaciona com o doente. O género feminino valoriza com maior ênfase as barreiras relacionadas com o doente ($p = 0,027$). Na Parte II, a auto-perceção de prática de MCP foi elevada ($M = 3,14$, numa escala de 1 a 4). Uma elevada auto-perceção de prática de MCP não parece relacionar-se com maior ou menor valoração de nenhuma das subescalas de barreiras à desprescrição.

Discussão: O questionário de valoração das barreiras à desprescrição em MGF desenvolvido apresenta boa consistência interna, eventualmente promissora para futura validação. Apesar de as barreiras mais valoradas serem as relacionadas com o doente, há evidência de que a maioria dos doentes idosos estaria pelo menos disposto a discutir este assunto com o seu médico. Tal pode traduzir um problema comunicacional que pode ser solucionado pela aplicação dos princípios da decisão informada e partilhada em contexto de prática de MCP.

Conclusão: Para mitigar os efeitos da perceção do doente enquanto barreira, o doente idoso deve ser encorajado a esclarecer com o seu médico de família qualquer dúvida sobre a adequação e necessidade de manutenção da sua medicação. Campanhas públicas de sensibilização dirigidas à população idosa podem informar sobre diferentes motivos pelos

quais a medicação prescrita pode deixar de ser necessária depois de pesada a relação benefício-risco, e sobre a importância de estar disponível para discutir essa questão com o seu médico de família. É importante continuar a dissecar as dificuldades enfrentadas pelos médicos de família quando consideram desprescrever, com vista a encontrar as soluções práticas e dirigidas.

Palavras-chave: Desprescrição; Polifarmácia; Prescrição Inapropriada de Medicamentos; Medicina Centrada na Pessoa; Idoso.

ABSTRACT

Introduction: Deprescribing is the process of optimizing a patient's therapeutic regime through the cessation of potentially inappropriate drugs. Doctors report several barriers when considering deprescription, related to intrinsic issues and external conditioning factors. The identification of these barriers is the primordial step to formulate solutions promoting deprescription as an element of daily clinical practice in the context of Patient Centered Medicine (PCM), in a way that includes patient's expectations regarding his health.

Material and Methods: Formulation of an inquiry with 2 components – Part I and II. In the first one it is intended to appraise the valuation that General Practitioners (GP) attribute to each one of the barriers to the description, through a questionnaire developed from the start, in which potential barriers are grouped in 4 subgroups or subscales. The influence of the variables age, gender, years of professional experience or category of specialist/medical intern in this valuation was measured. In the second one, we aimed to assess the self-perception of PCM in daily practice among GPs, through a previously validated questionnaire. Descriptive and inferential statistics were performed.

Results: A total of 41 responses were obtained. Regarding the first part of the questionnaire, the internal consistency of each of the four subscales was considered high in three of them (Cronbach's alpha $\alpha > 0.7$). Barriers related to the patient are the ones which seem to have a bigger impact at daily practice. Female gender places greater emphasis on barriers related to the patient ($p = 0.027$). In Part II, self-perceived PCM practice was high ($M = 3.14$, on a scale of 1 to 4). A high self-perception of PCM practice does not seem to be related to higher or lower valuation of any of the subscales of barriers to deprescription.

Discussion: The questionnaire on the valuation of barriers to description (Part I) has good internal consistency, promising for future validation. Although most valued barriers were those related to the patient, there is evidence that the majority of elderly patients would be willing to at least discuss deprescription with their doctor. This can translate a communicational gap that must be solved, by applying the principles of informed and shared decision in the context of PCM practice.

Conclusion: In order to mitigate the negative effects of perceiving patients as a barrier, the elderly should be encouraged to clarify with their doctor any doubts about the adequacy and need to maintain their medication. Public awareness campaigns aimed at the elderly can inform about the reasons why the prescribed medication may no longer be necessary after a careful benefit-risk evaluation, and about the importance of being available to discuss this

issue with their doctor. It is important to continue to dissect the difficulties faced by GPs when considering to describe, in order to find practical and targeted solutions.

Keywords: Deprescription; Polypharmacy; Inappropriate Prescribing; Patient Centered Medicine; Aged.

1 - Introdução

A população idosa (≥ 65 anos) constitui uma fatia importante e em crescimento da pirâmide populacional etária europeia, (1, 2) estando Portugal em quinto lugar na lista de países europeus com maior esperança média de vida. (3) O envelhecimento das populações associa-se, inexoravelmente, ao aumento da prevalência de multimorbilidade e polifarmácia. (3-6)

A polifarmácia pode definir-se, de forma breve, pela utilização concomitante de múltiplos fármacos. Com maior frequência encontra-se referência a 5 ou mais medicamentos como *threshold*, (7-9) embora não haja consenso absoluto na literatura sobre o número de fármacos utilizados em simultâneo acima do qual o termo se aplica. (1, 10, 11) Por outro lado, esta definição, de cariz quantitativo, não especifica os limites temporais a considerar para estabelecer esta concomitância, nem tem em consideração a adequação dessa utilização simultânea, o que pode dificultar o verdadeiro entendimento do que constitui polifarmácia excessiva ou inadequada. (1, 3, 10, 11). Nalguns casos, a utilização de múltiplos fármacos concomitantemente é, apesar de tudo, imperativa no controlo das principais morbilidades do doente idoso, pelo que deve ser claro que nem sempre a polifarmácia é inapropriada. (7, 12-14)

Dependendo do contexto e idade, estima-se que cerca de 44.2 a 57.7% dos idosos utilize simultaneamente 5 ou mais fármacos, e que entre 9.1 a 23.2% utilize 10 ou mais. (1, 15) Dados recentes estimam também que aproximadamente 1 em cada 5 prescrições nos Cuidados Primários seja classificada como inapropriada. (16-18) Estes dados ganham especial relevância quando se sabe que o preditor individual mais importante de prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados e risco de efeitos adversos é o número de fármacos prescritos. (19, 20)

As prescrições inapropriadas de medicamentos (PIM) referem-se à prescrição de fármacos com baixa efetividade ou de relação risco-benefício desfavorável. A polifarmácia, particularmente entre idosos, associa-se a um maior número de PIMs, aumenta consideravelmente o risco de má adesão à terapêutica, reações adversas, interações medicamentosas, número de hospitalizações, duração dos internamentos por qualquer causa e morte. (2, 5, 8, 16, 19, 21-23) As consequências da potencialização destas reações adversas aos fármacos são o aumento do risco de desenvolvimento de estados confusionais, quedas, fraturas da anca, (3, 24) efeitos adversos a nível cardíaco, gastrointestinal e do sistema nervoso, bem como declínio cognitivo e demência, (25, 26) aspetos que contribuem para o contexto de vulnerabilidade e síndrome de fragilidade de que a grande maioria dos idosos padece. (7, 23, 26) A polifarmácia tem impacto negativo também ao nível dos sistemas de saúde, associando-se a um inevitável aumento da despesa, (7, 8, 14, 26) sobrecarga dos

diferentes serviços e diminuição da produtividade do médico em consulta, a título de exemplo. (7)

Atitudes como a revisão e gestão ativa da medicação do doente, realizadas de forma contínua, fazendo uso dos instrumentos de avaliação e apoio à decisão disponíveis (critérios de Beers, STOPP/START ou o *Medication Appropriateness Index*, a título de exemplo) mas entendendo o doente como um todo na sua individualidade e expectativas, surgem como as abordagens capazes mitigar a problemática da polifarmácia nas sociedades. (7)

Neste contexto e numa fase em que mais do que nunca se discute e batalha pela desejável adaptação da prática clínica à Medicina Centrada na Pessoa (MCP), tem aumentado o interesse na desprescrição, como entidade merecedora de destaque por si, tanto na investigação como na prática clínica diária. (9, 22) O exercício da prática médica rege-se por princípios bioéticos em que se destacam o da beneficência e da não maleficência. Ambos traduzem o dever de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo causado ao doente, reduzindo os efeitos indesejáveis de ações diagnósticas ou terapêuticas, justificando, desta forma, a suspensão de intervenções médicas fúteis ou desproporcionadas. (27)

A desprescrição constitui o processo de otimização do regime terapêutico de um doente através da cessação de fármacos potencialmente inapropriados ou desnecessários. Assume-se como um processo de simplificação, com o objetivo de gerir a polifarmácia, os riscos inerentes e otimizar resultados, tendo em conta um conjunto de objetivos de cuidados individualizados para aquele doente. (2, 5, 7, 21, 22, 24, 28, 29) Deve ser compreendida como uma intervenção terapêutica similar a qualquer outra que o médico desenvolva e, da mesma forma, deve levar em conta os objetivos de saúde, grau de funcionalidade e esperança de vida, mas considerar também expectativas, experiências, valores e preferências pessoais. (7, 29) Constitui por isso uma medida fundamental quando englobada na prática de MCP, e da máxima relevância perante doentes idosos, habitualmente enquadrados no contexto de multimorbilidade e polimedicação. (9, 13, 14, 30)

A evidência à data demonstra que a desprescrição adequada e judiciosa de fármacos anti-hipertensores, estatinas, benzodiazepinas e outros psicotrópicos, a título de exemplo, pode promover benefícios físicos e cognitivos a curto prazo. (29) Por outro lado, e para além da redução da problemática da polifarmácia, das PIMs (5) e respetivas consequências no contexto do doente idoso, a desprescrição associa-se à redução dos custos relacionados com a utilização de medicamentos, o que é económica e socialmente relevante, particularmente em países em que o sistema de saúde é nacional e (tendencialmente) gratuito mas suportado por todos. (17, 21, 31)

Não obstante, de acordo com literatura recente, os médicos relatam ainda diversas barreiras na implementação do processo desprescrição, relacionadas com questões muito

diversas, que podem ser de cariz mais intrínseco ao médico prescritor (crenças, atitudes, conhecimentos, autoconfiança) ou de carácter mais extrínseco (relacionadas com o doente, a agenda diária ou outras questões institucionais). (24)

Numa análise mais particular, algumas das dificuldades de âmbito intrínseco mais frequentemente relatadas resumem-se no receio de defraudar as expectativas do doente e cuidadores. (5, 7) Os médicos de MGF referem que introduzir essa temática na consulta é motivo de alguma ansiedade, na medida em que pode inadvertidamente traduzir a ideia de que estão a desistir dos seus doentes e prejudicar a relação construída. (6, 9, 18, 27) Outros estudos referem a idade avançada e diminuição da função cognitiva destes doentes como um entrave a uma comunicação eficiente e à discussão partilhada das decisões sobre saúde, ou ainda o facto de estes reportarem pouco efeitos adversos ou outras dificuldades relacionadas com a manutenção da tabela terapêutica que lhes foi prescrita. (6)

Outra barreira interessante é a sensação de “arrependimento antecipado”, que se refere ao receio de que um *outcome* adverso potencialmente evitável ocorra. Por outras palavras, os médicos de MGF temem por vezes que eventos que ocorram depois de iniciado o processo de desprescrição sejam atribuídos à retirada daquele medicamento. (27) O medo de ser visto como um “mau médico”, e o dano moral e na reputação também são referidos em estudos prévios. (18)

Outra dificuldade referida nos estudos realizados sobre esta temática é a autoconfiança e sensação de auto-efetividade, que se resumem na crença e segurança do médico na sua capacidade para levar a cabo o processo de desprescrição. (24) Frequentemente o médico de MGF revela sentir-se inseguro na desprescrição de um medicamento prescrito por outra especialidade médica, sem o *input* dessa mesma especialidade. A falta de tempo para discutir esse assunto com o colega de outra área gera habitualmente uma sensação de isolamento e de se estar sozinho no processo de tomada de decisão. (24) Alguns médicos referem ainda que existe uma etiqueta profissional que os deixa relutantes face a desprescrever fármacos iniciados por outros colegas. (13, 18, 32) Outros, em particular os mais jovens ou menos experientes, descrevem uma sensação de desconforto quando consideram a retirada de um medicamento prescrito pelo colega que habitualmente consulta aquele doente ou por um médico especialista, por julgarem que ambos são mais experientes e versados no tema. (18, 32)

O facto de as *guidelines* de tratamento não fazerem referência específica e estruturada a como fazer a desprescrição daquele fármaco, principalmente em doentes complexos, num contexto de multimorbidade e polifarmácia, também é mencionado como dificuldade. (7, 18, 27, 29)

Por outro lado, são relatadas outras barreiras de cariz mais organizacional/institucional, como a falta de tempo para discutir, implementar e garantir a monitorização sistemática que este processo exige. (5, 18) Alguns médicos apontam ainda para uma falta de educação e formação em desprescrição e a escassez de fóruns ou encontros entre médicos de MGF em que possa ser discutida a temática dos cuidados em saúde e desprescrição em doentes idosos. (24)

O médico de família é, de todos os que se relacionam com o doente idoso polimedicado, o que poderá ter a visão mais holística de todas as dimensões que não só envolvem como fazem parte integrante da individualidade daquele doente. (27) Deveria sentir-se na posição mais privilegiada para escrutinar, pesar e discutir com o doente os benefícios que um processo de desprescrição bem ajuizado lhe poderá trazer, mas alguns entraves atravessam ainda este caminho.

A identificação destas barreiras é, assim, o passo primordial na construção de soluções que tornem definitivamente o processo de desprescrição um elemento da prática clínica diária, numa senda que se deseja francamente inclusiva e integradora das expectativas do doente face à sua saúde. Depois de uma breve revisão da literatura, este trabalho pretende primariamente identificar as principais barreiras encontradas pelos médicos de MGF na implementação do processo de desprescrição em idosos, e perceber se essa mesma valoração é influenciada por variáveis como a idade, género, anos de experiência e a categoria de especialista em MGF ou interno de formação específica. Em segundo plano, pretende-se relacionar a valoração dessas mesmas dificuldades com a auto-perceção de exercício de MCP entre os médicos da especialidade de MGF.

2 - Materiais e Métodos

Numa primeira fase realizou-se pesquisa bibliográfica de forma a identificar as principais barreiras à desprescrição descritas em estudos prévios. Com base nas dificuldades elencadas, construiu-se a Parte I do questionário. A Parte I foi depois aplicada juntamente com o questionário “*Auto Perceção do Desempenho da Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar*”, (33) que constituiu a Parte II do questionário final. Os passos seguintes foram a recolha de dados e análise estatística.

2.1 - Pesquisa bibliográfica

Não existindo nenhum instrumento previamente desenvolvido que medisse o construto “principais barreiras na desprescrição em idosos em MGF” houve necessidade de o construir. Para isso, as barreiras apresentadas na Parte I do questionário foram recolhidas a partir de diferentes estudos, consultados na MEDLINE via Pubmed®, no período compreendido entre 20 de julho e 25 de outubro de 2020. Os termos MeSH utilizados foram “deprescription”, “polipharmacy”, e posteriormente os termos “inappropriate prescribing”, “aged”. A pesquisa foi limitada a 10 anos e a artigos em português e inglês. Os artigos foram selecionados de acordo com a pertinência em relação ao tema e acessibilidade dos mesmos. A maioria da informação foi adquirida através de estudos qualitativos em que a recolha de respostas resultava de mesas redondas ou inquéritos telefónicos nos quais os médicos da especialidade de MGF eram convidados a falar, num formato informal, sobre as dificuldades que encontravam na sua prática clínica quando consideravam desprescrever. (8, 16, 18) O passo seguinte foi a adaptação das barreiras mais frequentemente referidas nestes estudos para um modelo de questionário, que permitisse uma valoração mais objetiva e uma tentativa de quantificação do peso que cada uma tem na prática clínica dos médicos de MGF do distrito de Coimbra.

O inquérito “*Auto Perceção do Desempenho da Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar*” (33) que constitui a Parte II do questionário encontra-se publicado na Acta Médica Portuguesa.

2.2 - Elaboração do questionário final (Anexo I)

Com base na pesquisa realizada formularam-se 16 alíneas/barreiras, sustentadas nas reportadas em estudos semelhantes. Estas foram divididas em 4 grupos, de acordo com o seu teor, e com base em divisões temáticas análogas na bibliografia consultada. Criaram-se então 4 subgrupos ou subescalas - “Barreiras relacionadas com dificuldades pessoais”; “Barreiras relacionadas com o doente”; “Barreiras relacionadas com o processo”; “Barreiras relacionadas com as organizações”. Nesta primeira parte é solicitado a cada participante que valore cada barreira à desprescrição de acordo com a importância que assume na sua prática

clínica e consoante a sua experiência individual. As respostas para cada item consistem na atribuição de uma valoração - numa escala do tipo Likert que vai desde 1 ponto (pouco importante) até 10 pontos (muito importante) - a cada uma das barreiras mencionadas.

De seguida, estabeleceram-se as variáveis cujo efeito na valoração das barreiras à desprescrição se pretendeu também analisar – idade, género, frequência do internato de formação específica ou grau de especialista em MGF e anos de experiência profissional – que foram incluídas nas questões colocadas.

Para avaliar a auto-perceção de prática de MCP, aplicou-se o questionário recentemente desenvolvido e validado por *Santiago et al.* mencionado anteriormente. Este instrumento assume a autoavaliação médica como parâmetro de mensuração do exercício de MCP, sendo constituído por 22 afirmações formuladas na positiva, numa escala tipo Likert, com 4 opções de resposta. (33)

2.3 - Recolha dos dados

A aplicação do questionário final teve início em 16 de outubro e terminou a 11 de dezembro de 2020. Todos os participantes foram abordados pela investigadora, solicitando-se a colaboração no estudo através de uma explicação sucinta dos objetivos e metodologia definidos. Foi entregue 1 questionário principal (Anexo I), 1 questionário de avaliação qualitativa do questionário principal (Anexo II) e 1 documento de consentimento informado (Anexo XI) a cada participante. Seguiu-se a fase de aplicação dos questionários em cada USF/UCSP, no período mencionado.

A calendarização dos encontros foi realizada pela investigadora em conjunto com o Coordenador de cada USF/UCSP. Os contactos presenciais para entrega dos documentos e colheita de respostas foram realizados garantindo o cumprimento das normas de segurança emanadas Direção Geral de Saúde, inerentes ao contexto pandémico,

2.4 - Procedimentos prévios à recolha dos dados

Foi requerida aprovação do projeto de investigação pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro, que emitiu parecer favorável (Anexo III). Foi solicitada autorização por escrito a cada Coordenador de USF/UCSP (Anexo IV, V, VI, VII, VIII, IX).

A planificação inicial compreendia a realização de um pré-teste, com a finalidade de identificar questões dúbias ou dificuldades de interpretação que pudessem motivar melhorias na forma como as questões foram colocadas. Pela situação pandémica em que decorreu toda a colheita de dados, todas as USF e UCSP solicitaram que os contactos com a instituição e participantes fossem reduzidos ao mínimo essencial para a obtenção de respostas. A

estratégia encontrada para contornar essa dificuldade, não perdendo a totalidade da informação que do pré-teste adviria, foi a construção de um questionário de avaliação qualitativa (Anexo II), solicitando-se a cada participante o seu preenchimento, depois da realização do questionário principal que é instrumento deste estudo. As respostas são apresentadas e discutidas no separador “Resultados” e “Discussão”, respetivamente. Não sendo a opção preferencial, foi a opção possível, tendo em conta os constrangimentos referidos.

Foi então estudada uma amostra de 41 médicos de MGF provenientes das USF e UCSP que responderam positivamente à solicitação de participação - USF Mealhada, USF Topázio, USF Norton de Matos, USF Fernando Namora, USF VitaSaurium e UCSP Soure. Foram incluídos no estudo tanto especialistas como internos de formação específica, capazes de compreender a língua portuguesa. Excluíram-se todos aqueles que não apresentaram disponibilidade para participar no estudo e/ou não assinaram o documento de consentimento informado.

2.5 - Análise estatística

A análise de dados foi conduzida em ambiente SPSS, versão 26.0. Para sumariar as variáveis categóricas foram calculadas frequências absolutas (n) e relativas (%). No caso das variáveis contínuas foram utilizadas médias (M) e desvios padrão (DP) após confirmação da simetria das distribuições das variáveis com avaliação do histograma e do coeficiente de assimetria. O alfa de Cronbach (α) foi utilizado para avaliar a consistência interna das subescalas estudadas relativas às barreiras à desprescrição. O ponto de corte utilizado para se considerar consistência interna adequada foi $\alpha > 0,70$. O teste Shapiro-Wilk foi utilizado para avaliar a normalidade das distribuições das variáveis contínuas, confirmando-se este pressuposto em todos os casos.

A associação das variáveis contínuas com as variáveis categóricas dicotómicas foi avaliada com o t-teste para amostras independentes. A associação entre variáveis contínuas foi avaliada com o coeficiente de correlação de Pearson.

Neste estudo foram considerados resultados estatisticamente significativos para $p < ,05$ e marginalmente significativos para $p < ,10$.

3 - Resultados

Foram avaliadas as respostas de um total de 41 participantes. Destes, 20 (48,8%) eram internos de formação específica e 21 (51,2%) especialistas em MGF. Contabilizaram-se 8 elementos do sexo masculino (19,5%) e 33 (80,5%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 26 e os 65 anos ($M=39,44$; $DP=12,12$). A experiência profissional obteve uma média de 12,68 anos e variou entre 1 e 42 anos.

A consistência interna foi avaliada pelo alfa de Cronbach (Tabela 1). Os valores de alfa de Cronbach superiores a 0,70 permitem concluir pela boa consistência interna das subescalas das barreiras relacionadas com dificuldades pessoais ($\alpha=0,838$), barreiras relacionadas com o doente ($\alpha=0,851$) e barreiras relacionadas com as organizações ($\alpha=0,752$). No caso da subescala de barreiras relacionadas com o processo obteve-se um valor mais baixo ($\alpha=0,588$). Estes resultados permitiram sumarizar os resultados dos itens das subescalas em médias, cuja variação foi entre 1 e 10.

Tabela 1. Propriedades psicométricas das subescalas de avaliação de barreiras à desprescrição

<i>Barreiras à desprescrição</i>	<i>Nº itens</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
Barreiras relacionadas com dificuldades pessoais	6	4,96	1,74	0,838
Barreiras relacionadas com o doente	4	7,15	1,62	0,851
Barreiras relacionadas com o processo	2	6,84	1,73	0,588
Barreiras relacionadas com as organizações	4	7,02	1,57	0,752

Nota: Variação da pontuação entre 1-10

As barreiras com maior impacto na desprescrição são as relacionadas com o doente (58,5%) (Tabela 2). Foi também esta a barreira que obteve o valor médio mais elevado, conforme observado na Tabela 1 ($M=7,15$; $DP=1,62$).

Tabela 2. Frequências e percentagens para a opinião sobre a barreira de maior impacto no processo de desprescrição

	<i>n</i>	<i>%</i>
Barreiras relacionadas com dificuldades pessoais	0	0,0%
Barreiras relacionadas com o doente	24	58,5%
Barreiras relacionadas com o processo	6	14,6%
Barreiras relacionadas com as organizações	11	26,8%

Na Parte II deste questionário, a auto-perceção de prática de MCP foi elevada, considerando que as pontuações mínimas e máximas variaram entre 1 e 4 (Tabela 3). O valor médio dos 22 itens foi de 3,14 (DP=0,33) (Tabela 3).

Tabela 3. Propriedades psicométricas da escala de auto-perceção de prática de MCP

	<i>Nº itens</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Auto-perceção de prática Medicina Centrada na Pessoa	22	3,14	0,33

Nota: Variação da pontuação entre 1-4

A avaliação da associação das subescalas de avaliação de barreiras à desprescrição com a categoria especialista/interno de formação específica não detetou diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas (Tabela 4).

Tabela 4. Associação das subescalas de avaliação de barreiras à desprescrição com a categoria “Especialista” e “Interno de Formação Específica”

	Especialista (n=21)		Interno (n=20)		t-teste	p-valor
	M	DP	M	DP		
Barreiras à desprescrição						
Barreiras relacionadas com dificuldades pessoais	4,94	1,93	4,98	1,57	t=0,09	p=,933
Barreiras relacionadas com o doente	7,35	1,68	6,95	1,58	t=0,78	p=,442
Barreiras relacionadas com o processo	6,95	1,93	6,73	1,54	t=0,42	p=,680
Barreiras relacionadas com as organizações	7,19	1,47	6,85	1,68	t=0,69	p=,493

Nota: Variação da pontuação entre 1-10; *p<,05; †p<,10

As participantes do género feminino valoraram com maior importância as barreiras relacionadas com o doente (M=7,42; DP=1,50) comparativamente ao género masculino (M=6,03; DP=1,71), sendo esta diferença estaticamente significativa. O mesmo aconteceu com as barreiras relacionadas com dificuldades pessoais, que as participantes do género feminino avaliaram de forma mais elevada (M=5,19; DP=1,73), comparativamente aos participantes do género masculino (M=4,00; DP=1,52) - estes resultados foram apenas marginalmente significativos (p=,083) (Tabela 5).

Tabela 5. Associação das subescalas de avaliação de barreiras à desprescrição com o género

	Masculino (n=8)		Feminino (n=33)		t-teste	p-valor
	M	DP	M	DP		
Barreiras à desprescrição						
Barreiras relacionadas com dificuldades pessoais	4,00	1,52	5,19	1,73	t=1,78	p=,083†
Barreiras relacionadas com o doente	6,03	1,71	7,42	1,50	t=2,29	p=,027*
Barreiras relacionadas com o processo	6,69	1,00	6,88	1,88	t=0,28	p=,783
Barreiras relacionadas com as organizações	6,44	0,72	7,17	1,69	t=1,19	p=,242

Nota: Variação da pontuação entre 1-10; *p<,05; †p<,10

Não foram observados resultados estatisticamente significativos na associação das subescalas de avaliação de barreiras à desprescrição com a idade, experiência profissional e auto-perceção de prática de MCP (Tabelas 6 e 7).

Tabela 6. Associação das subescalas de avaliação de barreiras à desprescrição com a idade e experiência profissional

	Idade	Experiência profissional
Barreiras relacionadas com dificuldades pessoais	-,120	-,087
Barreiras relacionadas com o doente	-,005	,006
Barreiras relacionadas com o processo	,125	,115
Barreiras relacionadas com as organizações	,008	,043

*p<,05; †p<,10

Tabela 7. Associação das subescalas de avaliação de barreiras à desprescrição com escala de auto-perceção de prática de MCP

	Auto-perceção de prática de MCP
Barreiras relacionadas com dificuldades pessoais	-,120
Barreiras relacionadas com o doente	-,005
Barreiras relacionadas com o processo	,125
Barreiras relacionadas com as organizações	,008

*p<,05; †p<,10

Tabela 8. Respostas obtidas na aplicação do questionário de avaliação qualitativa (Anexo II)

Questão:	Sim	Não	Total de respostas
1. O aspeto geral e grafismo do questionário são agradáveis?	28	3	31
2. Os objetivos do trabalho foram explicados e estão descritos de forma clara nos primeiros parágrafos do questionário?	31	0	31
3. As questões são de fácil compreensão?	27	4	31
4. As questões estão formuladas de uma forma tendenciosa ou que pode induzir determinada resposta?	2	29	31
5. As questões parecem seguir uma sequência lógica?	29	2	31
6. O tempo de resposta ultrapassou a duração prevista pelo investigador (cerca de 10 minutos)?	3	28	31

4 - Discussão

Na amostra estudada o grupo de barreiras mais preponderante é o que se relaciona com o doente. Seguem-se as barreiras relacionadas com as organizações, com o processo e por fim as barreiras associadas a dificuldades pessoais.

Estes resultados são interessantes, na medida em que colocam no pódio o doente como principal barreira neste processo. Um estudo publicado em 2018, conduzido nos Estados Unidos da América, representativo das atitudes em relação à desprescrição em doentes idosos, demonstrou que cerca de 92% estariam dispostos a cessar a toma de pelo menos um dos fármacos da sua lista habitual. (15) Em consonância, outros estudos revelam que maioria dos doentes idosos inquiridos reportam essa mesma abertura, desde que exista benefício clínico e seja considerado adequado pelo seu médico. (2, 17, 30, 31) Sendo esta a barreira mais valorada neste estudo e repetidamente mencionada na literatura como um entrave relevante, pode então daqui ressaltar uma possível barreira comunicacional, que ergue um muro importante no caminho da satisfação das verdadeiras expectativas do doente em relação à sua saúde. No contexto da gestão da multimorbilidade crónica no doente idoso, e construção de uma relação baseada na confiança é especialmente importante, como apontado por revisões anteriores de *Reeve et al(34)* e *Bokhof e Junius-Walker*. (6) A integração das expectativas e preferências do doente e a comunicação partilhada num ambiente de confiança reduzem as incertezas, na medida em que qualquer que seja o resultado, o caminho foi trilhado por ambos. (2)

As barreiras relacionadas com constrangimentos de cariz organizacional/institucional ocupam o segundo lugar entre os entraves mais relevantes. Há vários fatores com potencial para condicionar este resultado. As consultas em Cuidados de Saúde Primários continuam a estar mais vocacionadas para resolução de problemas de saúde agudos, em detrimento da gestão da doença crónica e múltiplas morbilidades, estas últimas com muito maior demanda entre a população idosa. O tempo de consulta é preocupantemente curto na maioria dos casos e a compensação pelo desempenho de tarefas mais complexas ou exigentes em termos de consumo de tempo é inexistente. (2, 5, 18) Estas questões de índole prática podem significar que os médicos de MGF se sentem condicionados a evitar temáticas consumidoras de tempo em consulta, como a discussão sobre a desprescrição de um determinado fármaco. Como resultado, a desprescrição ocorre tendencialmente menos de forma proactiva e muito mais de forma reativa, quando um problema relacionado com a medicação surge ou quando há indicações muito evidentes, como seja o declínio cognitivo avançado ou esperança de vida limitada. (2) Outra das questões que explicam a preponderância desta barreira é facto de o doente idoso ter frequentemente vários prescritores na sua esfera de cuidados, sendo que o médico de família muitas vezes recebe pouca informação sobre os *outcomes* e plano resultante das consultas de outras especialidades. (2, 7) Tal sugere que uma abordagem

colaborativa com comunicação melhorada entre todos os intervenientes das diferentes especialidades é mais do que necessária, a par de uma melhor clarificação das responsabilidades de cada um.

A dificuldade do processo de desprescrição em si e as dificuldades e inseguranças pessoais parecem ser as barreiras menos relevantes na amostra em estudo.

De facto, um dos constrangimentos repetidamente mencionados em trabalhos anteriores (5, 7, 24) consiste no facto de as *guidelines* e normas de orientação clínica classicamente estabelecerem como iniciar determinada terapêutica, mas raramente como e quando descontinuí-la. Tal pode ser explicado pelo facto de os ensaios clínicos randomizados, exatamente aqueles que informam o desenvolvimento das *guidelines* internacionais e nacionais de orientação, raramente incluírem indivíduos idosos com múltiplas morbilidades. (7)

Um trabalho prévio de *Jubraj et al (32)* na esfera das atitudes dos jovens médicos face à revisão da medicação, revelou que médicos mais jovens ou na fase inicial da sua carreira podem sentir que não têm competência ou confiança suficiente para conduzir uma revisão da medicação bem estruturada e recear desprescrever medicamentos que médicos mais experientes introduziram. Mais ainda, o mesmo trabalho mostrou que a maioria dos jovens médicos não conheciam ferramentas como a STOPP/START, a título de exemplo, que, apesar não deverem ser interpretadas como taxativas são boas orientadoras do processo. Outra questão apontada neste estudo é o facto de muitas vezes os médicos com função tutorial sobre os mais jovens não darem especial enfoque à revisão da medicação na presença do tutorando, ou de estes últimos considerarem que esse papel é domínio da equipa sénior e que não precisam de estar envolvidos. Todos estes fatores conspiram para tornar o processo de revisão estruturada da medicação e eventual desprescrição invisível para os mais jovens, reduzindo as oportunidades para adquirir experiência e construir confiança. Apesar de este estudo de carácter exploratório ter sido conduzido pequena amostra de 20 jovens médicos, são resultados dignos de nota, e motivaram a vontade da investigadora em incluir a variável “anos de experiência” como possível condicionante com impacto na valoração das diferentes barreiras, em particular as que se relacionam com as inseguranças e dificuldades pessoais. São, contudo, poucos os trabalhos que se debruçam nas atitudes de jovens médicos face à revisão da medicação e seriam necessários mais estudos neste âmbito para perceber a real dimensão do problema. Neste trabalho, o grupo de dificuldades relacionado com inseguranças pessoais foi na verdade o menos valorado, o que pode ter uma análise otimista e demonstrar que a maioria dos médicos em MGF se sente preparado para iniciar o processo, no que de si depender. Por outro lado, não parece haver uma relação entre idade, anos de experiência profissional, grau de especialista em MGF ou de interno de formação específica e a atribuição de maior peso a esta dificuldade na prática clínica diária. Esta observação pode fazer-nos

divagar sobre o porquê de apesar de menos valoradas, as inseguranças de foro individual terem o mesmo peso independentemente da experiência adquirida ao longo dos anos. Seria mais intuitivo concluir que a falta de confiança individual fosse um fator mais preponderante nos médicos mais jovens e/ou mais inexperientes.

Quanto à influência do género na valoração das barreiras à desprescrição, verificou-se que as participantes do género feminino atribuíram maior importância às barreiras relacionadas com o doente, de forma estatisticamente significativa. São resultados de um estudo preliminar, que carece de uma ferramenta de avaliação validada e de uma amostra de maiores dimensões mas uma das hipóteses a considerar é que traços de personalidade como maior conscienciosidade, tipicamente mais presentes no género feminino, (35) possam ditar diferenças na forma como a médica mulher percebe esta barreira.

As restantes variáveis - idade, categoria de especialista/interno de formação específica e anos de experiência profissional - não demonstraram associar-se a diferenças estatisticamente significativas na valoração de nenhuma das barreiras elencadas neste estudo. Tal facto leva-nos a inferir alguma constância das barreiras à desprescrição ao longo e apesar do tempo de prática clínica diária.

Outro dos objetivos deste estudo exploratório era perceber se existia uma relação entre a performance na escala de auto-perceção de prática de MCP e a maior ou menor valoração de algum grupo de barreiras. A amostra estudada apresenta uma auto-perceção de prática de MCP elevada, o que é um resultado a salientar, mas não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre o score obtido nesta escala e uma maior ou menor valoração de diferentes barreiras.

Uma das principais limitações deste estudo é o tamanho reduzido da amostra, pelo que não devem generalizar-se conclusões. Na planificação inicial pretendia-se também avaliar a influência do exercício de funções em USF modelo A ou B na valoração destas dificuldades. Apesar de várias USF modelo B no distrito de Coimbra terem sido contactadas, apenas uma respondeu ao repto, o que impossibilitou esta análise. O desenho inicial deste estudo consagrava a aplicação de um pré-teste como fonte de informação para otimização do questionário desenvolvido. Não tendo sido possível, por motivos que nos são alheios e que se relacionam com o contexto pandémico, restou-nos fazer uma análise à posteriori, que apesar de já não resultar em adaptações para o trabalho presente, pode ser útil numa perspetiva de futuro. O questionário desenvolvido parece ter sido do agrado da maioria dos participantes, que lhe atribuí, de uma forma sumária, bom aspeto gráfico, facilidade de leitura, correta explanação dos objetivos, adequada sequência de questões e cumprimento do tempo de preenchimento previsto. Alguns dos comentários livres, deixados no espaço dedicado para o efeito, referem possibilidades de melhoria ao nível da dimensão dos espaços para a colocação das cruzes na Parte I do questionário, que muitas vezes obrigava a rasuras por má

visualização da linha de resposta correspondente. A determinação do alfa de Cronbach revelou um valor elevado para três das quatro subescalas de barreiras, o que nos permite inferir que todos os itens nesses subgrupos em cada subescala avaliam o mesmo construto. No caso da subescala de barreiras relacionadas com o processo obteve-se um valor mais baixo ($\alpha=0,588$). Tal deve implicar uma reformulação desta subescala, embora este valor possa ter sido negativamente influenciado pelo número menor de itens.

Estes dados, embora embrionários, podem abrir caminho para a aplicação do mesmo questionário numa amostra maior para posterior validação.

5 - Conclusão

Sendo as barreiras relacionadas com o doente ou a sua relutância as mais valoradas na amostra deste estudo, é pertinente reiterar que a desprescrição só poderá ser conduzida num contexto de MCP, na medida em que só uma integração dos valores e expectativas do doente num processo de decisão partilhada pode trazer sucesso a esta intervenção. A desprescrição, quando judiciosamente aplicada, conglomera na perfeição todas as prerrogativas desse conceito, e faz verdadeiramente parte de uma medicina que olha para o doente como um todo, muito mais do que para as suas patologias como entidades isoladas.

É necessária uma transformação de paradigma em que o doente e a sua esfera de cuidadores participem como aliados neste processo. Para mitigar os efeitos desta perceção do doente como uma barreira, o doente idoso deve ser encorajado a questionar e a esclarecer qualquer dúvida sobre a adequação e necessidade de manutenção da sua medicação com o seu médico de família, bem como deve ser estimulado a reportar os problemas que decorrem da sua utilização e que impactam negativamente a sua qualidade de vida. Este facto, não deverá, logicamente, desresponsabilizar o médico no seu papel, devendo esta temática ser abordada na consulta sem receios, se se prevê que bons *outcomes* em saúde revertam a favor do doente. A revisão da medicação deve ser realizada de forma sistemática e proactiva e as eventuais vantagens de outras alternativas terapêuticas com melhor relação benefício-risco devem ser enfatizadas. Os cuidadores devem ser considerados nesta equação. A concordância do cuidador com o plano terapêutico a instituir é fundamental, já que dá maiores garantias de adesão às recomendações e plano resultantes da consulta e conseqüentemente de atingimento dos objetivos em saúde. Assim sendo, a tríade médico-doente-cuidador deve estar envolvida na tomada de decisão em relação ao início, manutenção e desprescrição de medicamentos. (17)

Campanhas públicas de sensibilização dirigidas à população idosa podem informar sobre diferentes motivos pelos quais a medicação prescrita pode deixar de ser necessária depois de pesada a relação benefício-risco, e sobre a importância de estar disponível para pelo menos discutir essa questão com o seu médico de família. O fortalecimento da literacia em saúde, mais baixa nesta faixa etária, promove o empoderamento do doente e contribui para decisões informadas e partilhadas.

Para mitigar os efeitos das barreiras institucionais na implementação da desprescrição na prática clínica diária, sugere-se uma comunicação mais próxima entre todos os prescritores que orbitam em torno do doente, numa abordagem multidisciplinar, bem como o alargamento dos tempos de consulta, o que pode ser proporcionado através pela ampliação das equipas médicas nas USF e UCSP e conseqüente redução do número de doentes por ficheiro.

Será importante produzir mais e melhor medicina baseada na evidência na área da multimorbidade do idoso, de forma a desenvolver novas *guidelines* de apoio à decisão para

a gestão de comorbidades e atualizar as existentes, para que passem a incluir orientações sobre quando e como considerar desprescrever.

O reforço dos currículos universitários e da formação longitudinal ao longo da carreira nesta temática deve ser promovido, desconstruindo a ideia generalizada de que mais prescrição significa melhor cuidado, e combatendo a tendência para uma cultura de prescrição.

É importante continuar a dissecar as dificuldades enfrentadas pelos médicos de família quando consideram desprescrever, com vista a encontrar as soluções cada vez mais dirigidas. O efeito das medidas implementadas deve ser avaliado sistematicamente.

6 - Referências bibliográficas

1. Rieckert A, Trampisch US, Klaaßen-Mielke R, Drewelow E, Esmail A, Johansson T, et al. Polypharmacy in older patients with chronic diseases: a cross-sectional analysis of factors associated with excessive polypharmacy. *BMC Fam Pract.* 2018;19(1):113.
2. Gillespie RJ, Harrison L, Mullan J. Deprescribing medications for older adults in the primary care context: A mixed studies review. *Health Sci Rep.* 2018;1(7):e45.
3. Urzal J, Pedro AB, Oliveira IF, Romero I, Achega M, Correia I, et al. Inappropriate Prescribing to Elderly Patients in an Internal Medicine Ward. *Acta Med Port.* 2019;32(2):141-8.
4. Mortazavi SS, Shati M, Keshtkar A, Malakouti SK, Bazargan M, Assari S. Defining polypharmacy in the elderly: a systematic review protocol. *BMJ Open.* 2016;6(3):e010989.
5. Mantelli S, Jungo KT, Rozsnyai Z, Reeve E, Luymes CH, Poortvliet RKE, et al. How general practitioners would deprescribe in frail oldest-old with polypharmacy - the LESS study. *BMC Fam Pract.* 2018;19(1):169.
6. Bokhof B, Junius-Walker U. Reducing Polypharmacy from the Perspectives of General Practitioners and Older Patients: A Synthesis of Qualitative Studies. *Drugs Aging.* 2016;33(4):249-66.
7. Halli-Tierney AD, Scarbrough C, Carroll D. Polypharmacy: Evaluating Risks and Deprescribing. *Am Fam Physician.* 2019;100(1):32-8.
8. Zechmann S, Trueb C, Valeri F, Streit S, Senn O, Neuner-Jehle S. Barriers and enablers for deprescribing among older, multimorbid patients with polypharmacy: an explorative study from Switzerland. *BMC Fam Pract.* 2019;20(1):64.
9. Pickering AN, Hamm ME, Dawdani A, Hanlon JT, Thorpe CT, Gellad WF, et al. Older Patient and Caregiver Perspectives on Medication Value and Deprescribing: A Qualitative Study. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68(4):746-53.
10. Molokhia M, Majeed A. Current and future perspectives on the management of polypharmacy. *BMC Fam Pract.* 2017;18(1):70.
11. Payne RA. The epidemiology of polypharmacy. *Clin Med (Lond).* 2016;16(5):465-9.
12. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr.* 2017;17(1):230.
13. Turner JP, Shakib S, Bell JS. Is my older cancer patient on too many medications? *J Geriatr Oncol.* 2017;8(2):77-81.
14. Mair A, Wilson M, Dreischulte T. Addressing the Challenge of Polypharmacy. *Annu Rev Pharmacol Toxicol.* 2020;60:661-81.

15. Reeve E, Wolff JL, Skehan M, Bayliss EA, Hilmer SN, Boyd CM. Assessment of Attitudes Toward Deprescribing in Older Medicare Beneficiaries in the United States. *JAMA Intern Med.* 2018;178(12):1673-80.
16. AlRasheed MM, Alhawassi TM, Alanazi A, Aloudah N, Khurshid F, Alsultan M. Knowledge and willingness of physicians about deprescribing among older patients: a qualitative study. *Clin Interv Aging.* 2018;13:1401-8.
17. Reeve E, Low LF, Hilmer SN. Beliefs and attitudes of older adults and carers about deprescribing of medications: a qualitative focus group study. *Br J Gen Pract.* 2016;66(649):e552-60.
18. 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.
19. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med.* 2015;175(5):827-34.
20. Schiøtz ML, Frølich A, Jensen AK, Reuther L, Perrild H, Petersen TS, et al. Polypharmacy and medication deprescribing: A survey among multimorbid older adults in Denmark. *Pharmacol Res Perspect.* 2018;6(6):e00431.
21. Shrestha S, Poudel A, Steadman K, Nissen L. Outcomes of deprescribing interventions in older patients with life-limiting illness and limited life expectancy: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol.* 2019.
22. Olry de Labry Lima A, Marcos Marcos J, Marquina Marquez A, González Vera MLÁ, Matas Hoces A, Bermúdez Tamayo C. Evidence for deprescription in primary care through an umbrella review. *BMC Fam Pract.* 2020;21(1):100.
23. Gutiérrez-Valencia M, Izquierdo M, Cesari M, Casas-Herrero Á, Inzitari M, Martínez-Velilla N. The relationship between frailty and polypharmacy in older people: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol.* 2018;84(7):1432-44.
24. Bolmsjö BB, Palagyi A, Keay L, Potter J, Lindley RI. Factors influencing deprescribing for residents in Advanced Care Facilities: insights from General Practitioners in Australia and Sweden. *BMC Fam Pract.* 2016;17(1):152.
25. Heser K, Pohontsch NJ, Scherer M, Löffler A, Luck T, Riedel-Heller SG, et al. Perspective of elderly patients on chronic use of potentially inappropriate medication - Results of the qualitative CIM-TRIAD study. *PLoS One.* 2018;13(9):e0202068.
26. Vasilevskis EE, Shah AS, Hollingsworth EK, Shotwell MS, Mixon AS, Bell SP, et al. A patient-centered deprescribing intervention for hospitalized older patients with polypharmacy: rationale and design of the Shed-MEDS randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):165.

27. van Middelaar T, Moll van Charante EP. Deprescribing preventive medication in older patients. *Br J Gen Pract.* 2018;68(675):456-7.
28. Ulley J, Harrop D, Ali A, Alton S, Fowler Davis S. Deprescribing interventions and their impact on medication adherence in community-dwelling older adults with polypharmacy: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2019;19(1):15.
29. Palagyi A, Keay L, Harper J, Potter J, Lindley RI. Barricades and brickwalls--a qualitative study exploring perceptions of medication use and deprescribing in long-term care. *BMC Geriatr.* 2016;16:15.
30. Clough AJ, Hilmer SN, Kouladjian-O'Donnell L, Naismith SL, Gnjdic D. Health professionals' and researchers' opinions on conducting clinical deprescribing trials. *Pharmacol Res Perspect.* 2019;7(3):e00476.
31. Nixon M, Kousgaard MB. Organising medication discontinuation: a qualitative study exploring the views of general practitioners toward discontinuing statins. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:226.
32. Jubraj B, Marvin V, Poots AJ, Patel S, Bovill I, Barnett N, et al. A pilot survey of junior doctors' attitudes and awareness around medication review: time to change our educational approach? *Eur J Hosp Pharm.* 2015;22(4):243-8.
33. Santiago LM, Simões JA, Vale M, Faria E, Ferreira PL, Rosendo I. [Self-Awareness of Performing Patient-Centered Medicine in General Practice / Family Medicine: Development of a Measurement Scale]. *Acta Med Port.* 2020;33(6):407-14.
34. 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.
35. Schmitt DP, Long AE, McPhearson A, O'Brien K, Remmert B, Shah SH. Personality and gender differences in global perspective. *Int J Psychol.* 2017;52 Suppl 1:45-56.

Anexo I – Questionário entregue aos médicos de Medicina Geral e Familiar das USF/UCSP participantes

“O CAMINHO INVERSO – PRINCIPAIS BARREIRAS NA DESPRESCRIÇÃO EM IDOSOS EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR”

O meu nome é Tânia Sofia Gonçalves Lopes e sou aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Encontro-me a realizar a minha tese de mestrado na área de Medicina Geral Familiar, sob a orientação do Doutor António Cruz Ferreira e Professor Doutor Luiz Miguel Santiago.

O objetivo do meu trabalho é identificar as principais dificuldades na implementação do processo de desprescrição em idosos entre os médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar. Esses resultados serão depois relacionados com a autoperceção de prática de Medicina Centrada na Pessoa.

O seguinte inquérito é anónimo tem duração aproximada de 10 minutos.

Especialista ___ Interno da especialidade ___

Sexo: ___ M ___ F

Idade: ___

Experiência profissional (anos): ___

(Se é especialista inclua o período de internato; se é interno da especialidade coloque o ano de formação em que se encontra)

PARTE I - PRINCIPAIS DIFICULDADES/BARREIRAS À DESPRESCRIÇÃO

Na Parte I são lhe apresentadas algumas das dificuldades/barreiras à desprescrição elencadas por grupos focais em estudos realizados sobre este tema, noutros países.

1. Classifique numa escala de 1 a 10 a importância que essa dificuldade/barreira assume para si na prática clínica diária.

Assinale a resposta com "X".

	Pouco Importante			Moderadamente Importante				Muito Importante		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Barreiras relacionadas com dificuldades pessoais										
Desconhecimento sobre o tema ou sobre o processo.										
Falta de confiança/segurança em como sou capaz de levar a cabo o processo de desprescrição sem o input do colega que prescreveu aquele medicamento.										
Sensação de desconforto ou de que não está certo desprescrever medicamentos prescritos por outros médicos.										
Receio de transmitir a ideia de que estou a desistir do meu doente e prejudicar a relação construída.										
Receio de que eventos que ocorram depois de iniciado o processo de desprescrição sejam atribuídos à retirada daquele medicamento.										
Receio ser visto como um "mau médico", com conseqüente dano moral e na forma como sou visto.										
<u>Outra:</u>										
Barreiras relacionadas com o doente										
Doente com morbilidades múltiplas e complexas.										
Pouca capacidade de compreensão do doente sobre o que lhe explico (idade avançada e declínio cognitivo dificultam uma comunicação eficaz e discussão partilhada das decisões sobre a saúde do doente).										
Doente não reporta as dificuldades que sente no cumprimento do seu esquema de medicação.										
Doente e/ou cuidador oferece resistência ou não está disponível para esse processo.										
<u>Outra:</u>										
Barreiras relacionadas com o processo										
As guidelines de tratamento não fazem referência específica e estruturada a como fazer a desprescrição daquele fármaco, principalmente em doentes num contexto de multimorbilidade e polifarmácia.										
O processo em si é difícil de executar.										
<u>Outra:</u>										
Barreiras relacionadas com as organizações										
Falta de tempo em consulta para discutir, implementar e garantir a monitorização sistemática que este processo exige.										
Doentes com prescrições de diferentes prestadores de serviços de saúde (não sei em que contexto aquele medicamento foi prescrito/falta de comunicação entre os sistemas informáticos das diferentes instituições prestadoras de cuidados de saúde).										
Receio de conflito com pares de outras especialidades.										
Falta de educação e formação em desprescrição e a escassez de fóruns ou encontros entre médicos de Medicina Geral e Familiar em que possa ser discutida a temática dos cuidados em saúde e desprescrição em doentes idosos.										
<u>Outra:</u>										

2. De maneira geral, qual destes 4 grandes grupos de barreiras mencionados acima tem para si, e com base na sua experiência, maior impacto no processo de desprescrição?

Assinale a opção pretendida com "X".

Barreiras relacionadas com dificuldades pessoais ____

Barreiras relacionadas com o doente ____

Barreiras relacionadas com o processo ____

Barreiras relacionadas com as organizações ____

PARTE II - AUTO PERCEÇÃO DE PRÁTICA DE MEDICINA CENTRADA NA PESSOA

Nesta última parte aplica-se o instrumento de medição validado recentemente (Santiago, LM et al. *Auto Perceção do Desempenho da Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar. Acta Med Port 2020 Jun*). Assinale a resposta com "X".

Nas consultas de Medicina Geral e Familiar agendadas pelo consulente, costumo:	Resposta			
	Quase sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Raramente
1. Deixar falar inicialmente a pessoa, sem interrupção, sobre os sinais e sintomas que motivam a sua vinda à consulta.				
2. Pedir à pessoa que fale sobre os seus receios e ideias acerca do que tem.				
3. Perguntar sobre as expectativas acerca do que possa resultar da consulta.				
4. Perguntar acerca da influência dos problemas na sua vida diária quer física quer emocionalmente.				
5. Inquirir sobre a sua perspetiva de ter uma doença.				
6. Saber da auto percepção de estado geral de saúde.				
7. Analisar a sua comunicação verbal e não-verbal.				
8. Realizar exame físico e/ou analítico acerca das queixas.				
9. Manter atualizado o conhecimento sobre a pessoa (formação, atividades laborais e extralaborais), religiosidade, pontos de interesse, rendimentos e aspirações.				
10. Manter atualizado o conhecimento sobre a sua família (relações familiares, condições de habitação e rendimentos).				
11. Manter atualizado o conhecimento sobre a ligação da pessoa à sociedade (voluntariado, cultura e política).				
12. Elaborar com a pessoa a lista de problemas na consulta.				
13. Definir em conjunto as prioridades a resolver.				
14. Explicar o processo de tratamento que será realizado em conjunto e colaboração.				
15. Certificar-me de que a pessoa percebeu e concorda com os objetivos a atingir.				
16. Inquirir se percebeu o que deve ser feito para evitar piorar.				
17. Verificar que a pessoa percebeu a importância de cumprir as indicações para que se obtenham resultados.				
18. Observar os princípios da empatia médica tendo compaixão com a pessoa.				
19. Tentar que a consulta dure o tempo necessário.				
20. Demonstrar confiança nos meus conhecimentos e atitudes.				
21. Dar espaço e responder às dúvidas da pessoa.				
22. Ter comportamento que permita perceber em simultâneo o corpo e a mente do meu consulente.				

Grata pela sua colaboração neste projeto,

Tânia Sofia Gonçalves Lopes

Anexo II – Questionário de avaliação qualitativa

“O CAMINHO INVERSO – PRINCIPAIS BARREIRAS NA DESPRESCRIÇÃO EM IDOSOS EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR”

Questionário de avaliação qualitativa

Este inquérito tem como propósito reunir e compreender as eventuais dificuldades que possam ter surgido enquanto respondia ao questionário entregue anteriormente - *Principais barreiras na desprescrição em idosos em Medicina Geral e Familiar*.

O objetivo é, necessariamente, a melhoria das questões que sejam consideradas dúbias ou causadoras de dificuldades de interpretação. É importante, por isso, que responda com sinceridade.

1. O aspeto geral e grafismo do questionário são agradáveis?

Sim __ Não __

2. Os objetivos do trabalho foram explicados e estão descritos de forma clara nos primeiros parágrafos do questionário?

Sim __ Não __

3. As questões são de fácil compreensão?

Sim __ Não __

3.1) Se respondeu “Não”, que questão ou questões lhe suscitaram dificuldades?

4. As questões estão formuladas de uma forma tendenciosa ou que pode induzir determinada resposta?

Sim __ Não __

5. As questões parecem seguir uma sequência lógica?

Sim __ Não __

6. O tempo de resposta ultrapassou a duração prevista pelo investigador (cerca de 10 minutos)?

Sim __ Não __



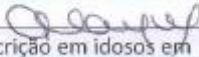




7. Comentários/Sugestões

O quadro em baixo está à sua disposição para deixar críticas ou comentários que considere relevantes e que possam contribuir para polir e aperfeiçoar o questionário que preencheu anteriormente.

Grata pela participação,

Tânia Sofia Gonçalves Lopes

Anexo III – Aprovação do estudo pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro

 <p>GOVERNO DE PORTUGAL MINISTÉRIO DA SAÚDE</p>	 <p>ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.</p>
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE	
<p>PARECER FINAL: FAVORÁVEL</p>	<p>DESPACHO: <i>leo-olymorb</i> <i>19.11.2020</i></p> <p>Conselho Diretivo de A.R.S. do Centro, I.P.</p> 
<p>ASSUNTO:</p>	<p>Título: "O caminho inverso: principais barreiras na desprescrição em idosos em Medicina Geral e Familiar." (processo 078-2020). Autores: Tânia Sofia Gonçalves Lopes/António Cruz Ferreira /Luiz Miguel Santiago Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra/ UCSP e USF Mealhada</p> <p>Dr.ª Rosa Reis Marques Presidente,</p> <p>Dr. João Rodrigues Vice-Presidente,</p> <p>Dr. Mécia Ruivo Médica,</p>  
<p>Trata-se de um estudo observacional, transversal. Os autores pretendem passar um inquérito em diferentes Unidades de Saúde Familiar (USF) do distrito de Coimbra, a ser preenchido pelos médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar. Numa primeira fase será realizado um pré-teste. De forma anónima, os autores pretendem caracterizar a amostra quanto a intervalos etários, género e exercício em especialidade ou internato. Serão questionados os padrões de desprescrição e principais dificuldades detetadas na prática pessoal, que serão depois relacionados com características autopercecionadas de desempenhar Medicina Centrada na Pessoa. Os resultados serão analisados por estatística descritiva e inferencial. O instrumento de colheita de dados é composto por um questionário desenvolvido pelos autores. É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes. Os autores garantem a anonimização dos participantes. Segundo aos autores, a partir deste estudo, será possível identificar as barreiras à desprescrição que, segundo os autores, se são diferentes: os internos de especialidade, as mulheres, a prática em USF modelo A, o facto de ser orientador de formação e o ser mais jovem determinam maiores barreiras à desprescrição.</p> <p>Solicita-se posteriormente o envio do relatório final do estudo.</p> <p>O Relator e Presidente da CES-ARS do Centro</p>   <p>Prof.ª, Doutora Isabel Vitória Figueiredo</p>	

Anexo IV – Autorização para a realização do estudo na USF Mealhada

Autorização para a realização do estudo na USF Mealhada

Eu, ANA ERNESTO (nome),
responsável pela coordenação da USF USF MEALHADA, após
leitura e análise da carta anexa, declaro que autorizo a realização do estudo intitulado "O
caminho inverso: principais barreiras na desprescrição em idosos em Medicina Geral e Familiar",
nestas instalações.

Assinatura Ana Ernesto
Data 21/12/2022
ANA ERNESTO, dr
USF MEALHADA
ACES BAIXO MONDEGO

Anexo V – Autorização para a realização do estudo na USF Topázio

Autorização para a realização do estudo na USF Topázio

Eu, goucalo Filipe dos Santos Pimenta (nome),
responsável pela coordenação da USF/UCSP TOPAZIO, após
leitura e análise da carta anexa, declaro que autorizo a realização do estudo intitulado "O
caminho inverso: principais barreiras na desprescrição em idosos em Medicina Geral e Familiar",
nestas instalações.

Assinatura

Data 29/1/2021


ARS Centro, I.P.
ACES da Região Alentejana
USF TOPAZIO

Anexo VI – Autorização para a realização do estudo na USF Norton de Matos

Autorização para a realização do estudo na USF Norton de Matos

Eu, La Ruelle (nome),
responsável pela coordenação da USF Norton de Matos, após leitura
e análise da carta anexa, declaro que autorizo a realização do estudo intitulado "O caminho
inverso: principais barreiras na desprescrição em idosos em Medicina Geral e Familiar", nestas
instalações.

Assinatura La Ruelle
Data 03/12/20

Anexo VII – Autorização para a realização do estudo na USF Fernando Namora

Autorização para a realização do estudo na USF Fernando Namora

Eu, Pedro Alexandre Barros (nome),
responsável pela coordenação da USF Fernando Namora, após leitura
e análise da carta anexa, declaro que autorizo a realização do estudo intitulado "O caminho
inverso: principais barreiras na desprescrição em idosos em Medicina Geral e Familiar", nestas
instalações.

Assinatura Pedro Barros
Data 6/11/2020

Anexo VIII – Autorização para a realização do estudo na USF VitaSaurium

Autorização para a realização do estudo na USF VitaSaurium

Eu, Aldonatus (nome),
responsável pela coordenação da USF VITASURIUM após leitura
e análise da carta anexa, declaro que autorizo a realização do estudo intitulado "O caminho
inverso: principais barreiras na prescrição em idosos em Medicina Geral e Familiar", nestas
instalações.

Assinatura

Data 20/11/20

Anexo IX – Autorização para a realização do estudo na UCSP Soure

Autorização para a realização do estudo na UCSP Soure

Eu, Cristina Maria da Silva Gaspar (nome),
responsável pela coordenação da USF/UCSP Soure, após
leitura e análise da carta anexa, declaro que autorizo a realização do estudo intitulado "O
caminho inverso: principais barreiras na desprescrição em idosos em Medicina Geral e Familiar",
nestas instalações.

Assinatura

Data 09/12/2020

Anexo X – Comunicação enviada a todas as USF/UCSP convidadas a participar no estudo

Tânia Sofia Gonçalves Lopes

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Exmo. Senhor Coordenador da USF/UCSP

O meu nome é Tânia Sofia Gonçalves Lopes e sou aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Encontro-me a realizar a minha tese de mestrado na área de Medicina Geral Familiar, sob a orientação do Doutor António Cruz Ferreira e Professor Doutor Luiz Miguel Santiago.

O objetivo deste trabalho é identificar as principais barreiras na implementação do processo de desprescrição em idosos entre os médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar. Esses resultados serão depois relacionados com a auto-perceção de prática de Medicina Centrada na Pessoa.

Para o desenvolvimento desta investigação foi elaborado um questionário breve sobre o tema, a ser respondido pelos médicos de Medicina Geral e Familiar de diferentes USF/UCSP do distrito de Coimbra.

A participação da USF/UCSP que coordena e respetivos profissionais terá caráter inteiramente voluntário. O tratamento dos dados obtidos garantirá em todas as circunstâncias o anonimato dos participantes e confidencialidade das respostas. O desenvolvimento deste projeto tem parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde da ARS do Centro.

Em anexo envio

- o questionário a ser preenchido pelos médicos (especialistas e internos da especialidade de Medicina Geral e Familiar);
- o documento de consentimento informado a ser entregue a cada um deles previamente à participação neste estudo;
- o documento de autorização do Exmo. Senhor Coordenador da USF/UCSP para a realização deste estudo nestas instalações;
- o documento de aprovação do estudo pela CES da ARS do Centro.

Ficaria grata em poder contar com a vossa colaboração.

Atenciosamente,

Tânia Lopes

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

O meu nome é Tânia Sofia Gonçalves Lopes e sou aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Encontro-me a realizar a minha tese de mestrado na área de Medicina Geral Familiar, sob a orientação do Doutor António Cruz Ferreira e Professor Doutor Luiz Miguel Santiago.

O objetivo deste trabalho é identificar as principais barreiras na implementação do processo de desprescrição em idosos entre os médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar. Esses resultados serão depois relacionados com a auto-perceção de prática de Medicina Centrada na Pessoa.

Para o desenvolvimento desta investigação ser-lhe-á solicitado apenas que responda a um questionário breve sobre o tema. A sua participação terá carácter inteiramente voluntário. O tratamento dos dados obtidos garantirá em todas as circunstâncias o anonimato dos participantes e confidencialidade das respostas.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, abandonar a participação neste estudo. Asseguraram-me que os dados recolhidos serão trabalhados de forma confidencial e que a minha identidade pessoal nunca será revelada.

Na observância das condições acima mencionadas, aceito participar neste estudo.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

O investigador principal

Nome: Tânia Sofia Gonçalves Lopes

Contactos: telemóvel – 919253205; e-mail – taniassglopes@gmail.com

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____