

Atitudes dos médicos de família que influenciam a desprescrição na perspetiva do idoso

Filipa Maria Teixeira Macedo

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Mestrado Integrado)

Orientador: Prof. Doutor José Augusto Rodrigues Simões
Coorientador: Doutor Pedro Augusto Gomes Rodrigues Marques Simões

maio de 2020

Agradecimentos

Aos meus pais, um obrigada pelo apoio incondicional que me deram ao longo de toda a minha vida. Um obrigada pelo enorme sacrifício que sei que fazem todos os dias para que eu consiga atingir os meus objetivos.

À minha irmã, pelos conselhos, ajuda e pela motivação nos momentos em que mais duvidei de mim.

Ao meu orientador, Professor Doutor José Augusto Simões, pela disponibilidade e entrega com que me brindou durante esta caminhada.

Ao meu coorientador, Doutor Pedro Simões, por toda a paciência, ajuda e transmissão de conhecimentos.

À Doutora Marli Loureiro, pelo carinho e pelo incansável auxílio.

Resumo

Introdução: Hoje em dia é notória a crescente quantidade de idosos polimedicados, o que por sua vez está associada a um maior risco de utilização de medicação potencialmente inapropriada. Surge assim a necessidade de tentar reduzir ou parar esta mesma medicação através do processo de desprescrição. Embora, em teoria, a maior parte dos pacientes aceite parar um medicamento por aconselhamento médico, na prática, a adesão não é assim tão alta. Entre todos os fatores influenciadores na tomada de decisão, a relação médico-paciente foi sempre apontada como tendo um peso extremamente importante.

Objetivo: Com este estudo de investigação pretende-se perceber quais atitudes do médico de família influenciam, na perspetiva do idoso, o processo de desprescrição.

Metodologia: Estudo qualitativo realizado com entrevistas semiestruturadas. Obteve-se uma amostra de 17 idosos (≥ 65 anos) polimedicados (≥ 5 medicamentos diferentes) inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde Cova da Beira.

Resultados: A grande maioria dos pacientes valorizou o grau de confiança que deposita na sua relação com o médico de família, salientando a importância de se sentirem respeitados e ouvidos. Os entrevistados apontaram também os factos de passar mais análises, não olhar exclusivamente para o computador, ter humildade em admitir quando não sabe, um diálogo mais simples e objetivo como atitudes facilitadoras na adesão à desprescrição.

Conclusão: Para além da maior parte dos fatores influenciadores do processo de desprescrição encontrados irem de acordo com os referidos na bibliografia internacional, novas atitudes foram descobertas neste estudo. Com este conhecimento será mais fácil adaptar o momento da proposta da desprescrição de medicamentos, aumentando assim as probabilidades de sucesso deste procedimento.

Palavras-chave

Desprescrição; Medicina Geral e Familiar; Medicação Potencialmente Inapropriada; Idosos; Preferências dos pacientes.

Abstract

Background: Nowadays the growing number of polipharmacy among the elderly is notorious, which is associated with a greater risk of potentially inappropriate medication use. There is a need to reduce or stop this medication through the process of deprescribing. Although in theory most patients are willing to stop a medication if their doctor says so, in practice adherence is not that high. Among all the factors that influence that decision, the doctor-patient relationship has always been identified as extremely important.

Objective: The aim of this study is to understand which doctor's attitudes can, from the perspective of the elderly, influence the process of deprescribing.

Methods: Qualitative study with semi-structured interviews. We obtained a sample of 17 elderly patients (≥ 65 years old) with multiple medicine use (≥ 5 different medications) from the Agrupamento de Centros de Saúde Cova da Beira.

Results: The vast majority of patients valued the confidence they have in their relationship with the doctor, reinforcing the importance of feeling respected and heard. The interviewees also pointed out the facts of asking for more analysis, not looking exclusively at the computer, being humble in admitting when they don't know, a simpler and more objective dialogue as attitudes that facilitate adherence to the process of deprescribing.

Conclusion: In addition to the factors that influence the process of deprescribing found meet those mentioned in the international studies, new attitudes were discovered in this study. With this knowledge, it will be easier to adapt the proposal of deprescribing and increase the chances of success of this process.

Keywords

Deprescribing; General Medicine; Inappropriate Medication Use; Elderly; Patient Preference.

Índice

1. Introdução	1
2. Metodologia	3
2.1. Tipo de Estudo	3
2.2. Seleção da Amostra	3
2.3. Procedimento	3
2.4. Análise	4
3. Resultados	4
3.1. Descrição da Amostra	4
3.2. Relação com o médico de família	5
3.3. Conhecimento sobre a medicação	7
3.4. Conhecimento sobre polimedicação	8
3.5. Perceção em relação à medicação	8
3.5.1. Relação com o número de comprimidos	8
3.5.2. Perceção em relação à necessidade da medicação e efeitos secundários	8
3.5.3. Crenças sobre a medicação	9
3.5.4. Cumprimento da medicação	10
3.6. Conhecimento sobre desprescrição	10
3.6.1. Abertura à ideia da desprescrição	11
3.6.2. Barreiras à desprescrição	12
3.7. Perceção da relação do médico com a medicação	13
3.8. Características relacionadas com o médico de família	14
3.9. Atitudes do médico de família	16
4. Discussão	19
4.1. Forças	23
4.2. Limitações	23
5. Conclusão	24
5.1. Conflito de interesse	24
6. Bibliografia	25
7. Anexos	28
7.1. Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior	28
7.2. Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro	29
7.3. Anexo 3 – Modelo da entrevista	31
7.4. Anexo 4 – Consentimento informado para a participação no estudo	34
7.5. Anexo 5 – Consentimento informado para a gravação da entrevista	35

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização da Amostra	5
--	---

Lista de Acrónimos

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
ARS	Agrupamento Regional de Saúde

1. Introdução

Graças ao aumento da esperança média de vida, tem-se assistido a um natural envelhecimento da população acoplado à crescente multimorbilidade. Tais mudanças acabaram por se traduzir num aumento consequente da prescrição de medicamentos. (1) Nos dias de hoje sabe-se que 30-70% da população com 65 ou mais anos encontra-se polimedicada, ou seja, toma diariamente 5 ou mais medicamentos. (2, 3)

Para além dos possíveis benefícios associados à polifarmácia, surgiram também algumas desvantagens. Aumento de quedas, fragilidade, interações medicamentosas, mortes e medicação potencialmente inapropriada foram algumas das indicadas em estudos anteriores. (3, 4)

Define-se como medicação potencialmente inapropriada toda aquela medicação cujos riscos superam os benefícios. Desta definição faz parte medicação que perdeu a sua eficácia, por inúmeras razões, que deixou de contemplar os objetivos do tratamento ou que não vai de encontro aos valores e vontades do paciente. (5) Estudos anteriores apontam que 20-65% da população idosa toma pela menos uma medicação potencialmente inapropriada, (6, 7) sendo que, em Portugal, o estudo mais recente indica uma prevalência de 68.6%. (8) Esta alta percentagem provou-se estar associada, tal como em outros países, principalmente a pacientes polimedicados, pacientes do género feminino e pacientes com medicação prescrita por vários médicos. (8) Visto que a medicação potencialmente inapropriada está diretamente ligada a eventos adversos preveníveis e a maior número de hospitalizações, (9) torna-se cada vez mais imperativa a existência de revisões periódicas da medicação dos pacientes. (10)

Neste sentido, surgiu o termo desprescrição como sendo o método de reduzir ou descontinuar uma medicação potencialmente inapropriada. (11) A diferença entre o processo de desprescrição e a não adesão de uma medicação é que a primeira implica sempre acompanhamento médico. (10)

O facto de em 60% das consultas em Medicina Geral e Familiar ser prescrita medicação, (12) e tendo em conta o acompanhamento longitudinal a que esta especialidade se propõe, torna o médico de família um dos principais responsáveis pela revisão da medicação e sua desprescrição. (8, 13, 14)

Apesar de já se ter comprovado que cerca de 90% dos pacientes afirmam que possivelmente estariam dispostos a reduzir ou parar uma medicação por aconselhamento médico, (15-17) a verdade é que, na prática, as taxas de recusa podem chegar até aos 67%. (18, 19) Vários são os estudos que se realizaram com o objetivo de perceber o porquê desta hipotética contradição, visto que a maioria dos doentes garante confiar plenamente no seu médico de família. (20) De todos os fatores influenciadores na tomada de decisão em

aderir à desprescrição, a relação médico-paciente foi sempre apontada como tendo um peso extremamente importante. (21-24)

O objetivo deste estudo de investigação foi perceber que atitudes do médico de família influenciam, na perspectiva do idoso, o processo de desprescrição. Desta forma espera-se conseguir aperfeiçoar a abordagem deste tópico em consulta, obtendo melhores resultados.

2. Metodologia

2.1. Tipo de estudo

O presente estudo de investigação trata-se de um estudo transversal qualitativo realizado no Centro de Saúde da Covilhã.

Não foi necessário um parecer direto da Comissão de Ética, visto que, este estudo complementa a fase II do projeto de investigação "Deprescribing in primary care in Portugal (DePil17-20)" que mereceu aprovação pelas Comissões de Ética da Universidade da Beira Interior (Anexo 1) e da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro (Anexo 2).

Foi entregue o protocolo de estudo e pedido autorização ao Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Cova da Beira para a realização do mesmo, tendo sido aprovado.

2.2. Seleção da Amostra

Para este estudo pretendeu-se selecionar uma amostra heterogénea de forma a obter-se uma perspetiva a mais alargada possível. Deste modo, foram considerados como critérios de inclusão utentes com 65 ou mais anos, polimedicados (a tomar 5 ou mais medicamentos) e inscritos no ACeS Cova da Beira. Para esta seleção foi pedida a colaboração dos médicos de família do Centro de Saúde da Covilhã.

2.3. Procedimento

Neste estudo foram utilizadas entrevistas semiestruturadas (Anexo 3), de modo a perceber melhor aquilo que os pacientes realmente pensam. As entrevistas decorreram no Centro de Saúde da Covilhã, tendo sido gravadas e posteriormente transcritas. No decorrer das mesmas foram abordados para além de pontos de interesse para este estudo, também alguns tópicos explorados em investigações anteriores. Relação com o médico de família, conhecimento sobre a medicação, conhecimento sobre polimedicação, perceção em relação à medicação, conhecimento sobre desprescrição, perceção da relação do médico com a medicação, características relacionadas com o médico de família e atitudes do médico de família foram os pontos de investigação.

No início das entrevistas foram explicados os objetivos do estudo e obtidos os consentimentos informados para a participação no estudo (Anexo 4) e gravação das mesmas (Anexo 5).

2.4. Análise

Dois pesquisadores codificaram individualmente as entrevistas dos participantes resumindo o conteúdo. Os recursos de códigos comuns foram agrupados. De acordo com a vontade dos participantes serem sujeitos à desprescrição, criámos quatro categorias principais (os participantes estarem contra, a favor, indecisos ou indiferentes) e subcategorias emergiram das respostas. De acordo com o local onde os participantes colocavam o centro de decisão para serem sujeitos à desprescrição, criámos três categorias principais (o centro de decisão ser colocado na própria pessoa, no médico ou noutra pessoa). (25, 26)

3. Resultados

As entrevistas decorreram durante o mês de Dezembro no Centro de Saúde da Covilhã com uma duração média de 45 minutos. A saturação ocorreu durante a 13^a entrevista.

3.1. Descrição da Amostra

A amostra obtida foi de 17 pacientes, 10 mulheres e 7 homens, incluídos no ficheiro de 5 médicos de família diferentes. As idades abrangidas variaram dos 67 aos 85 anos, tendo sido a média de 76.2 com um desvio padrão de 4.9. Quanto ao nível de escolaridade, 2 pacientes nunca tinham frequentado a escola, 5 tinham entre o 1^o e o 3^o ano, 6 tinham o 4^o ano e 4 deles tinham um nível superior ao 4^o ano. Dos 17 entrevistados, 5 viviam sozinhos, enquanto os restantes afirmaram viver com os respetivos esposos(a), filhos(a) ou netos(a). A classificação do suporte familiar e a quantificação da sua saúde percebida foram pontuados numa escala de 5 níveis (Excelente; Muito Bom; Bom; Razoável; Baixo). Quanto ao primeiro tópico 5 utentes classificaram como excelente o seu suporte familiar, 4 classificaram como sendo muito bom, 5 classificaram como bom e apenas 3 classificaram como sendo razoável. Em relação ao segundo tópico a grande maioria, 12 utentes, descreveram a sua saúde como sendo razoável, 3 afirmaram ser baixa e apenas 2 classificaram como tendo um bom nível de saúde. O tempo durante o qual os pacientes tiveram o mesmo médico de família foi distribuído por 4 classes. Apenas 1 paciente afirmou ter o mesmo médico há menos de um ano, 2 afirmaram ser entre 1 e 10 anos, 10 afirmaram ser entre os 10 e 20 anos e 4 utentes afirmaram ser o mesmo médico há mais de 20 anos. O número de doenças percecionadas pelos próprios utentes variou de 3 a 7, tendo sido a média de 4.5 com um desvio padrão de 1.1. (Tabela 1)

Tabela 1 – Caracterização da Amostra (Nº- número da entrevista)

Nº	Idade	Género	Escolaridade	Classificação da saúde	Doenças perçecionadas	Relação com o médico
1	72	Feminino	4ºano	Razoável	6	Boa
2	73	Masculino	Curso Industrial	Razoável	4	Boa
3	75	Masculino	Curso Industrial	Razoável	4	Boa
4	78	Feminino	3ºano	Razoável	4	Boa
5	73	Masculino	4ºano	Boa	4	Boa
6	73	Feminino	Curso Industrial	Baixa	4	Boa
7	85	Feminino	4ºano	Razoável	5	Boa
8	81	Feminino	1ºano	Baixa	7	Boa
9	76	Masculino	Curso Industrial	Boa	4	Boa
10	74	Feminino	4ºano	Razoável	4	Boa
11	82	Feminino	1ºano	Razoável	3	Boa
12	80	Masculino	Analfabeto	Razoável	6	Razoável
13	75	Feminino	3ºano	Baixa	6	Razoável
14	67	Feminino	4ºano	Razoável	4	Boa
15	70	Masculino	Analfabeto	Razoável	3	Boa
16	79	Masculino	4ºano	Razoável	4	Boa
17	83	Feminino	3ºano	Razoável	4	Boa

3.2. Relação com o médico de família

A maioria dos entrevistados classificou a sua relação médico-paciente como sendo boa, muito devido à sua duração. Grande parte dos utentes afirmou ter o mesmo médico de família há vários anos e que, por isso mesmo, já tinham passado por várias situações, quer médicas quer pessoais, que ajudaram a fomentar a respetiva relação.

“Parece uma pessoa da família já e não um médico.” (Homem, 76 anos, entrevista nº9)

“Muito boa. Ela ia lá a casa ver o meu marido. Foi sempre espetacular. Quando o meu marido morreu foi ela que me deu o maior apoio. E no divórcio do meu filho também foi ela”. (Mulher, 74 anos, entrevista nº10)

“É uma relação muito boa. Ela diz que gostava que os pacientes fossem todos como eu. Ela dá-me todos os gabões.” (Mulher, 83 anos, entrevista nº17)

Dois destes entrevistados reforçaram ainda que o facto de o médico não lhes passar toda a medicação pedida não influenciava a relação de uma forma negativa, pelo contrário.

“Mas às vezes inquieta-me porque não me dá os comprimidos que eu quero. Ele até tem razão, só faz pela nossa saúde.” (Mulher, 78 anos, entrevista nº4)

“Boa. A médica passa-me as coisas que realmente são precisas. Ainda agora eu queria mais umas coisas mas ela não me deu porque diz que eu não preciso.” (Mulher, 81 anos, entrevista nº8)

Apenas 2 utentes classificaram a relação como sendo razoável.

Numa das entrevistas foi mencionada a existência de alguns constrangimentos em iniciar conversas sobre certos assuntos com o médico de família, apenas por diferença de género.

“Ela é mulher, eu sou homem. Há aquelas diferenças de género. Mas quando são coisas mais sérias não há qualquer problema.” (Homem, 75 anos, entrevista n^o3)

Foram valorizados transversalmente em todas as entrevistas o facto de os utentes sentirem confiança no seu médico de família, bem como serem ouvidos e respeitados pelo mesmo.

Foi ainda salientado, apenas uma vez, que essa confiança advinha também do facto de este passar as análises sempre que pedidas pelo paciente.

“Confio. Sempre que lhe peço algumas análises ela passa.” (Homem, 73 anos, entrevista n^o2)

Apenas um dos entrevistados demonstrou desagrado em relação ao médico de família não passar tantas análises como este gostaria.

“Mas gostava que ela me mandasse fazer mais análises, mas não manda. Ando a tomar os comprimidos mas sem fazer análises não sei como ando.” (Mulher, 81 anos, entrevista n^o8)

A falta de disponibilidade por parte do médico de família foi apontada apenas pela paciente referida anteriormente, tendo justificado que só seria atendida se tivesse consulta marcada.

“Não me dá consulta se não estiver marcada. Ainda esta semana cá vim que me apareceu isto na vista e ela não me deu consulta.” (Mulher, 81 anos, entrevista n^o8)

Relativamente ao tempo passado com o médico de família, a maior parte dos entrevistados assumiu ser tempo suficiente, quer em número de consultas quer em tempo de duração das mesmas, tendo apenas dois deles contrariado a tendência de resposta.

“Acho que devíamos vir mais vezes ao médico de família. Mas a gente já é muita. Já não há marcações. É complicado.” (Homem, 73 anos, entrevista n^o2)

“Ela não tem assim muita gente. Preferia que houvesse mais consultas durante o ano.” (Mulher, 81 anos, entrevista n^o8)

A comunicação entre médico-paciente foi considerada, aos olhos dos utentes, como ponto fundamental na relação entre ambos. Nenhum dos entrevistados assumiu existir quaisquer problemas relativamente à comunicação, chegando até a negar a existência de possíveis melhorias.

“A comunicação é ótima. Ele esclarece tudo com muita facilidade.” (Homem, 76 anos, entrevista n^o9)

“Comunicamos muito bem. Tudo o que eu lhe digo ela concorda. Ouve-me sempre que eu preciso.” (Mulher, 83 anos, entrevista n^o17)

3.3. Conhecimento sobre a medicação

À exceção de apenas um dos utentes, todos eram responsáveis pela própria medicação. Esta falta de responsabilidade traduziu-se em falta de conhecimento sobre a razão pelo qual tomava cada comprimido. Os restantes entrevistados asseguraram saber todos os motivos e benefícios da medicação que tomam.

“Vejo que a tensão melhorou por exemplo. Fiquei sem dores de cabeça e tonturas.” (Homem, 73 anos, entrevista nº2)

Apenas 5 dos pacientes afirmaram saber os riscos associados à toma dos comprimidos. Destes 5, 3 referiram ler os efeitos secundários nas bulas, 1 referiu ter ido procurar na internet e apenas 1 referiu ter sido informado pelo médico.

“Sei. Eu costumo ler sempre os papéis. Muitos são desaconselhados mas temos de tomar.” (Mulher 85 anos, entrevista nº 7)

“Sei. Costumo ter o mau hábito de ir à internet procurar.” (Homem, 76 anos entrevista nº9)

“A Dr.^a disse que faz a mal a mim próprio tomar muito os das dores. Ela aconselhou a tomar o menos possível para não fazer mal ao corpo.” (Homem, 80 anos, entrevista nº12)

Os restantes negaram saber os riscos associados à medicação, destacando-se aqui dois grupos. Aqueles que não sabiam e que não gostariam de saber, e aqueles que não sabiam mas que gostariam de saber. Relativamente à justificação, dada por ambos os grupos de utentes, do porquê de não saberem os riscos, as respostas foram unânimes. O facto de o médico nunca os ter informado, a ausência de curiosidade dos mesmos em perguntar e a inexistência de efeitos secundários percebidos foram os motivos apresentados.

“Nunca me informaram. Mas também nunca me senti mal.” (Homem, 73 anos, entrevista nº2)

“Não sei porque não leio as instruções. O culpado sou eu. Mas já se sabe, fazem bem a uma coisa e mal a outra.” (Homem, 75 anos, entrevista nº3)

“Como não me fazem mal também não me importo em saber.” (Mulher, 82 anos, entrevista nº11)

“A médica nunca me disse, mas também nunca perguntei.” (Mulher, 83 anos, entrevista nº17)

Os utentes que preferiam não saber os riscos associados à medicação confessaram ter medo de pôr em causa a toma da mesma, receando uma piora do estado de saúde.

“Não. Vale mais estar assim. Escuso de estar assim – Não sei se tome ou não.” (Mulher, 74 anos, entrevista nº10)

“Era uma preocupação saber.” (Homem, 79 anos, entrevista nº16)

3.4. Conhecimento sobre polimedicação

Foi assumido apenas por um dos entrevistados ter ouvido falar em polimedicação apesar de não saber o seu significado.

3.5. Percepção em relação à medicação

3.5.1. Relação com o número de comprimidos

Em relação ao número de comprimidos que tomavam foi possível identificar 3 grupos de resposta. Os utentes que achavam adequado o número de comprimidos, os que consideravam um número exagerado, e os que afirmavam ser pouca quantidade.

“São os comprimidos normais para isto.” (Homem, 73 anos, entrevista nº5)

“Acho pouco para a minha idade. Os que tomo obrigatórios não são assim tantos.” (Homem, 76 anos, entrevista nº9)

“Eu acho que são muitos. É muita dor de cabeça.” (Mulher, 75 anos, entrevista nº13)

Apesar das diferentes opiniões relativamente ao número propriamente dito de comprimidos, de uma forma geral, todos concordaram que eram os necessários tendo em conta as patologias de que padeciam.

“Sei que tenho de os tomar.” (Mulher, 72 anos, entrevista nº1)

“O meu estômago deve andar a sentir-se. Mas não posso andar sem eles.” (Mulher, 73 anos, entrevista nº6)

3.5.2. Percepção em relação à necessidade da medicação e efeitos secundários

Dois utentes mencionaram que estariam a tomar pelo menos uma medicação que consideravam já não precisar. Em ambos os casos a medicação em causa era referente ao tratamento da dislipidemia e o motivo apresentado seria a hipotética cura.

“Acho que preciso de tudo menos o do colesterol que já está baixo.” (Homem, 73 anos, entrevista nº5)

“Enquanto não for ao médico não deixo de tomar nenhum, mas talvez o do colesterol acho que já não preciso. Mas não vou retirar sem autorização.” (Mulher, 83 anos, entrevista nº17)

Alguns entrevistados afirmaram tomar medicação, que embora precisassem, já não estaria a fazer o efeito devido.

“Talvez os comprimidos que tomo para dormir. Talvez já tenha habituação.” (Mulher, 78 anos, entrevista nº4)

“Se calhar o da tensão já não faz efeito, porque ela continua alta e antes andava mais baixa.” (Mulher, 83 anos, entrevista nº17)

Possíveis efeitos secundários foram mencionados apenas por 4 utentes, que os associaram concretamente a alguma medicação. Apesar dos efeitos indesejáveis percebidos, nenhum dos utentes neste grupo colocou em causa a toma da medicação.

“Sim, a Sinvastatina. Acho que me mexe com o fígado.” (Mulher, 73 anos, entrevista nº6)

“Não, quer dizer, acho que o da tiróide me dá muita tosse.” (Mulher, 75 anos, entrevista nº13)

3.5.3. Crenças sobre medicação

A habituação criada pelos medicamentos foi um tópico referido constantemente pela maioria dos entrevistados, tendo aqui sido identificados alguns utentes que o afirmavam por experiência própria e outros que receavam a hipótese de ainda vir acontecer. Apenas dois inquiridos assumiram o contrário. Foi mencionada algumas vezes, especificamente, a classe das benzodiazepinas como principal responsável pela habituação.

“Eu acho que sim. Olhe por exemplo o Xanax.” (Mulher, 73 anos, entrevista nº6)

“Tenho a impressão que os medicamentos calmantes criam.” (Mulher, 85 anos, entrevista nº7)

Relativamente a outras crenças identificadas durante as entrevistas, a concordância com palavras como “veneno” e “drogas” surgiram algumas vezes. Contudo, nem todos os pacientes acreditavam nestas atribuições como sinónimos dos medicamentos. Apesar desta diferença, todos os pacientes sentiam que a medicação é benéfica e que está a ajudar a combater a doença no presente, ou então que mostrará os seus benefícios num futuro. Para todos eles não há dúvidas de que se o médico receitou é porque há uma necessidade para tal, e que a medicação já se tornou um hábito no seu dia-a-dia.

“Acho que os medicamentos fazem mais bem. Antigamente morriam mais novos por volta dos 60 anos e hoje em dia não. No prato da balança é mais positivo o bem que eles fazem.” (Homem, 75 anos, entrevista nº3)

“Por exemplo quando comecei com a tensão muito alta, comecei a deitar sangue pelo nariz. Tomei a medicação e normalizou a tensão e essa situação ficou boa. (...) Sinto que consigo andar com as coisas controladas.” (Mulher, 85 anos, entrevista nº7)

“Se não fosse necessária não nos davam. Se não fosse preciso já cá não andávamos.” (Mulher 74 anos, entrevista nº10)

Identificou-se em duas entrevistas, a crença nos benefícios dos medicamentos exclusivamente por serem receitados pelos médicos e pela sua vontade de apenas querer o melhor para os seus pacientes.

“Se ando a tomar, se a Dr.^a manda é para fazer bem.” (Homem, 73 anos, entrevista nº5)

“Os medicamentos fazem mais bem do que mal, senão os médicos não nos mandavam tomar.” (Mulher, 83 anos, entrevista nº17)

Foram registadas algumas respostas de utentes que, embora acreditassem nos benefícios dos medicamentos, ressaltaram a existência dos potenciais malefícios quando mal receitados ou tomados em proporções desajustadas.

“Mas os medicamentos têm é de ser certos e receitados.” (Homem, 73 anos, entrevista nº2)

“Embora haja coisas que em exagero fazem pior.” (Homem, 75 anos, entrevista nº3)

“Se forem pessoas que tomam mas que não precisam só se estão a intoxicar.” (Homem, 76 anos, entrevista nº9)

“Mais bem. Mas há muitos médicos que falham também e dão os errados.” (Homem, 79 anos, entrevista nº16)

3.5.4. Cumprimento da medicação

Relativamente ao cumprimento da medicação todos os utentes asseguraram cumprir, no presente, tudo conforme prescrito pelo médico, salvo raras exceções de possíveis esquecimentos.

Foi assumido por 10 entrevistados ter parado, em certa ocasião da vida, de tomar alguma medicação. Dentro dos motivos apresentados, identificaram-se maioritariamente 2 principais. Os utentes que deixaram de tomar por indicação médica, e os que deixaram de tomar porque a certa altura sentiram algum efeito secundário ou porque sentiram que já não fazia efeito.

“Deixei mas porque o médico tirou, os de dormir porque me abalam a memória.” (Mulher, 72 anos, entrevista nº1)

“Andei sem tomar o da barriga, porque achava que me fazia mal à vista.” (Mulher, 85 anos, entrevista nº8)

“Os comprimidos para a cabeça. Não estavam a fazer bem e eu deixei-os. Estava sempre igual.” (Mulher, 75 anos, entrevista nº13)

O facto de sentir melhorias, o que tornava dispensável a toma da medicação, foi mencionado durante duas entrevistas.

“Já. Vários, porque me sentia melhor. Mas eram só em SOS, eu ia pondo de parte.” (Homem, 76 anos, entrevista nº9)

“Sim, porque já me sentia bem.” (Homem, 70 anos, entrevista nº15)

3.6. Conhecimento sobre desprescrição

Relativamente à temática da desprescrição, todos os entrevistados negaram saber qual o seu significado, sendo o momento da entrevista, a primeira vez que tiveram contacto com

este termo. A palavra desmame foi mencionada durante as únicas 4 entrevistas em que os utentes afirmaram saber como se desenrolava o processo de parar uma medicação.

“Tem de se ir baixando as doses. Aquelas que tomam os tranquilizantes, porque criam habituação. É o tal desmame não é?” (Mulher, 85 anos, entrevista nº7)

Quando perguntado se alguma vez, em alguma consulta tinha sido abordada a hipótese de parar alguma medicação 10 confirmaram que sim.

3.6.1. Abertura à ideia da desprescrição

Perante a possibilidade de se sentirem preparados para parar alguma medicação, no presente, os entrevistados dividiram as suas respostas.

Dentro do primeiro grupo todos afirmaram sentir-se preparados mas sempre com a condição de ser um processo dinâmico e reversível, com a possibilidade de retomar a medicação sempre que o estado assim o exigisse.

“Era capaz de me sentir preparada uma semana a ver no resultado que dava. Se entendesse que voltava a andar como quando os comecei a tomar voltava. Via como o corpo reagia.” (Mulher, 72 anos, entrevista nº1)

“Durante uns tempos para ver como me sentia parava. Depende sempre de como me sentisse na altura. Se eu me sentisse bem eu falaria com ela, se a Dr.^a entendesse eu parava. Fazíamos uma experiência.” (Homem, 73 anos, entrevista nº2)

Ainda dentro deste grupo, foi mencionada uma vez a necessidade de lhe ser garantido que sem a medicação não se sentiria mal.

“Se soubesse que não me dava reação, que andava bem.” (Mulher, 74 anos, entrevista nº10)

No segundo grupo todos assumiram sentir-se preparados no próprio momento para parar qualquer medicação, sem nenhuma exigência subjacente.

“Se a Dr.^a me diz sim.” (Mulher, 82 anos, entrevista nº11)

“Se me aconselhasse claro que eu seguia.” (Mulher, 67 anos, entrevista nº14)

O medo que os sintomas pudessem regressar ou que até regressassem piores foi assumido por praticamente todos os utentes, sendo que a maioria defendeu que mesmo assim estaria disposta a tentar, pelo menos.

“Toda a gente tem medo de parar um medicamento porque os sintomas podem piorar.” (Homem, 75 anos, entrevista nº3)

Contrariamente à maioria, 2 entrevistados assumiram ser essa a razão pelo qual não se sentiam preparados para deixar de tomar alguma medicação.

“Eu faço tudo o que ele disser. Mas neste momento não me sentia muito preparado. Porque tenho muitos problemas respiratórios, se parar deixo de respirar.” (Homem, 76 anos, entrevista nº9)

“Talvez não. Tenho medo de ficar pior se parar algum medicamento.” (Mulher, 83 anos, entrevista n°17)

Um dos entrevistados, que inicialmente tinha assegurado sentir-se preparado para parar qualquer medicação, acabou por confessar de que apesar disso, neste momento, não parava por achar que com a sua idade não valeria a pena estar a mudar.

“Sim, dizia para eu não tomar e eu já nem comprava. Mas agora com esta idade já não vale a pena mudar.” (Homem, 79 anos, entrevista n°16)

Apenas um dos entrevistados afirmou estar, no momento da entrevista, a reduzir a quantidade de medicação que faz para dormir, com acompanhamento médico.

“Sim concordo. Já começamos com os comprimidos para dormir.” (Mulher, 78 anos, entrevista n°4)

Independentemente de se sentirem preparados para deixar ou não alguma medicação, 5 utentes ressaltaram que havia certos comprimidos que não parariam.

“Os da tensão não deixava nunca. Porque me enervo muito e a tensão anda alta, quem não tem medo da tensão alta? O do colesterol não porque ele anda sempre variado, tão depressa anda bom como sobe, comunica com a tensão e com o sangue.” (Mulher, 72 anos, entrevista n°1)

“Ela só não quer que eu tome o Lorenin, mas eu não posso deixar porque senão deixo de dormir. Ela quer que passe para metade.” (Mulher, 81 anos, entrevista n°8)

“Sim. A Dr.^a às vezes dizia se eu pudesse passar sem os de dormir. Mas agora até já me aumentou porque vê que eu realmente preciso.” (Mulher, 82 anos, entrevista n°11)

“Toda não. Porque eu sei que me fazem falta, por exemplo o da diabetes, tiróide e coração.” (Mulher, 75 anos, entrevista n°13)

“Mas por exemplo o da tensão não podia parar porque ela nunca baixa. Enquanto não visse que ela normalizasse primeiro não deixava a medicação. Se parasse assim de repente ela subia muito e podia trazer-me problemas, tenho receio dessas coisas dos AVC e ataques do coração. É preciso ter cuidado.” (Mulher, 83 anos, entrevista n°17)

A maioria dos pacientes garantiu estar disposta a retirar todos os comprimidos que o médico de família aconselhasse e somente 4 entrevistados foram capazes de enumerar a quantidade concreta de comprimidos, tendo variado o número entre 1 e 3.

3.6.2. Barreiras à desprescrição

A falta de tempo por parte do médico para acompanhar os pacientes durante todo o processo de desprescrição foi referida por 15 dos entrevistados.

“Faltam tantos médicos. Eles não têm tempo para explicar tudo.” (Mulher, 72 anos, entrevista n°1)

“Eles não têm vagar para andar com essas coisas. Têm tanta vida, tanto para fazer. Tinham de arranjar um médico para cada pessoa.” (Mulher, 85 anos, entrevista nº7)

“Os doentes são cada vez mais e eles não têm tempo. São precisos mais profissionais de saúde. Isto anda tudo muito mal.” (Mulher, 74 anos, entrevista nº10)

Apenas 1 paciente afirmou já ter passado pela experiência falhada de deixar uma medicação, no caso uma benzodiazepina, e que por isso mesmo mostrava-se reticente em parar novamente. Todos os restantes negaram uma má experiência anterior com o término de uma medicação.

Dos 17 entrevistados, 3 concordaram haver constantemente informação contraditória sobre os mesmos medicamentos e que isso influenciava a sua decisão.

A grande maioria dos utentes valorizou o peso da idade, mencionando não haver razões para mudar nesta altura.

“Com a minha idade e os meus problemas, eu sei que não posso mudar.” (Homem, 76 anos, entrevista nº9)

“A minha idade, já não sou uma menina para andar a mudar.” (Mulher, 74 anos, entrevista nº10)

Um outro obstáculo encontrado em comum em 12 entrevistas, foi o facto de todo este processo de alteração de medicação ser um fator de preocupação para os próprios.

“Eu acho que era uma preocupação porque não me sentia bem, o corpo não se sentia bem.” (Mulher, 72 anos, entrevista nº1)

“Sim, eu acho que sim porque sou um bocado pessimista.” (Homem, 76 anos, entrevista nº9)

“Ficava a pensar nisso.” (Homem, 70 anos, entrevista nº15)

Foi referida, apenas uma vez, a possibilidade de influência na tomada de decisão por parte de familiares e amigos, embora dependesse do tipo de medicação em questão.

3.7. Perceção da relação do médico com a medicação

No que diz respeito à confiança que os médicos depositam nos medicamentos, uma parte dos entrevistados assumiu que seria uma confiança desmedida, tendo sido apontadas, por um deles, consequências disso mesmo.

“É preciso ter atenção. Os médicos às vezes enganam-se na medicação e sabe que tem morrido gente.” (Homem, 73 anos, entrevista nº2)

“Em certas coisas acho que sim. Receitam, receitam...Acho que não devia ser.” (Mulher, 73 anos, entrevista nº6)

Outra parte dos utentes garantiu que essa confiança poderia ser tanto exagerada como existir na medida certa, dependendo do médico em questão.

“Sim, há aqueles médicos que só trabalham para os laboratórios. Mas não são todos.”
(Homem, 75 anos, entrevista nº3)

“Há médicos que dão à balda, até mais do que deviam dar.” (Mulher, 78 anos, entrevista nº4)

O facto da profissão médica ser inerente à existência de medicamentos foi motivo para que 7 entrevistados defendessem a ideia de que é completamente necessário que essa confiança exista.

“Eles só dão o que precisam. Eles devem estar preparados para isso. Fizem os seus estudos.” (Mulher, 8 anos, entrevista nº7)

“Eles confiam porque têm de confiar. Se assim não fosse nunca os podiam receitar.”
(Mulher, 83 anos, entrevista nº17)

3.8. Características relacionadas com o médico de família

Quando questionados sobre a possibilidade do médico de família alterar a medicação prescrita por outro médico especialista, as respostas obtidas dividiram-se em dois grandes grupos.

No primeiro grupo, 7 entrevistados, assumiram preferir que cada médico fosse responsável pela sua própria medicação, mostrando algumas reservas quanto à possibilidade do médico de família alterar o esquema de medicamentos. Estes afirmaram que o médico de família deveria, primeiramente, obter autorização do outro médico especialista, se a mudança fosse realmente necessária.

“Preferia que o médico da especialidade mexesse na medicação. Não convém o médico de família andar a mexer.” (Homem, 73 anos, entrevista nº2)

“Se o outro médico receita para quê mexer? Cada médico com a sua especialidade. Só se a minha médica falasse com o outro médico a perguntar se podia mexer, só assim.”
(Mulher, 83 anos, entrevista nº17)

No segundo grupo os entrevistados mostraram não ter qualquer problema na alteração de medicação por indicação do médico de família. Todos eles afirmaram que, de certa forma, não há médico que os conheça tão bem quanto o médico de família, razão essa que o torna o mais indicado para gerir toda a medicação.

“Acho que o médico de família tem obrigação de conhecer a paciente. A médica é que conhece, confio completamente. Nós só vamos aos especialistas de vez em quando.”
(Mulher, 73 anos, entrevista nº6)

“Ela conhece-me melhor, sabe mais as minhas situações, o que eu sofro. O outro médico pode só me ver uma vez.” (Mulher, 85 anos, entrevista nº7)

“Se vir que realmente não é adequada para mim acho que deve mudar. Porque ela está mais habituada a mim que o outro médico.” (Mulher, 74 anos, entrevista nº10)

Outros dois tópicos abordados na entrevista foram a experiência do médico de família e se o tempo dispendido com os pacientes influenciava o número de comprimidos prescritos. Em relação ao primeiro tópico apenas 5 dos entrevistados apontaram preferência pelos médicos mais experientes, sendo, nestes casos, mais fácil para si confiar nos seus conselhos.

“Para mim um médico com mais experiência era melhor.” (Homem, 73 anos, entrevista nº5)

“A gente confia nos novos. Mas tem mais esperança nos mais velhos. A experiência conta.” (Mulher, 73 anos, entrevista nº6)

“Médicos mais experientes, é melhor.” (Mulher, 81 anos, entrevista nº8)

“Muito novinho não sei.” (Mulher, 82 anos, entrevista nº11)

“Uma pessoa que sai da Universidade não tem o calo que outros médicos têm.” (Homem, 79 anos, entrevista nº16)

Por outro lado, os restantes utentes afirmaram confiar nos médicos independentemente do grau de experiência, sendo que 3 destes assumiram mesmo preferir os mais novos.

“Os médicos de idade desde que sejam comunicativos não há problema. Os jovens têm outro ser, outro atendimento. Eu acho que os mais novos até são mais atenciosos e mais comunicativos.” (Homem, 73 anos, entrevista nº2)

“Gosto dos mais novos por serem mais atenciosos, vão mais ao fundo da questão.” (Homem, 75 anos, entrevista nº3)

“A mim é indiferente. Desde que ele me trate, um qualquer.” (Mulher, 85 anos, entrevista nº7)

“Agora o que noto é que os bons médicos são novinhos. Dedicam-se mais ao paciente, fazem mais análises. Há muita gente a importar-se com o doente agora. Os velhos não querem saber, a gente nem pode dizer nada. Noto uma grande diferença. Os novos mostram uma grande vontade de vencer, apostar, ajudar. Se têm dúvidas e a gente queixa-se passam logo análises para ter a certeza.” (Homem, 76 anos, entrevista nº9)

Relativamente ao segundo tópico, se uma maior quantidade de tempo dispendido com os médicos de família se traduzia em menor número de comprimidos prescritos, obteve-se maioritariamente dois tipos de resposta. Na sua grande maioria, os utentes negaram esta relação, sendo que 2 deles afirmam mesmo que quanto mais tempo passado no médico maior é a quantidade de medicação é prescrita.

“Não. Se passassem mais tempo, ouviam mais, e receitavam mais.” (Mulher, 81 anos, entrevista nº8)

“Quanto menos vier, menos tomo.” (Homem, 79 anos, entrevista nº16)

Apenas uma minoria assumiu que esta relação possa de facto existir.

3.9. Atitudes do médico de família

Relativamente ao modo como o médico de família pode convencer os pacientes mais relutantes a reduzir ou parar alguma medicação as respostas obtidas foram diversas.

As melhorias na relação médico-paciente foram apontadas pela grande parte dos utentes como sendo a melhor forma de contribuir para a adesão à desprescrição. Expressões como “*não mostrar má cara*”, “*amizade com os pacientes*”, “*que se preocupe e que seja simpático*”, “*mais atenciosos*”, “*mostrar interesse*” foram constantemente referidas. Um destes entrevistados valorizou a humildade do médico em admitir não possuir todo o conhecimento em todas as situações, reforçando que quando tal acontecesse, este pudesse dentro das suas possibilidades ajudar da melhor forma.

“Simpatia, que dê atenção e que o encaminhe para melhor quando não sabe.” (Mulher, 74 anos, entrevista nº10)

Destaca-se ainda o facto de dois utentes terem mencionado a necessidade do médico olhar para o paciente ao invés do computador.

“Olhar o paciente nos olhos. Há médicos que só olham para os computadores.” (Homem, 75 anos, entrevista nº3)

“Alguns nem olham para a cara do doente.” (Mulher, 67 anos, entrevista nº14)

Um outro tópico largamente referido foi a comunicação entre médico e paciente. Falar durante mais tempo, ouvir os pacientes, serem mais objetivos no diálogo e explicar as coisas de forma simplificada e na íntegra, foram dos aspetos mais indicados ao longo destas entrevistas.

“Se não despacharem os doentes. Uma pessoa não pode ser sacudida.” (Homem, 73 anos, entrevista nº2)

“Ter em conta a maneira como fala. Acho que quanto mais direto melhor. Menos confusão para nós.” (Homem, 75 anos, entrevista nº3)

“Se estiverem mais tempo connosco, que nos ouçam.” (Mulher, 85 anos, entrevista nº7)

“Têm de explicar-me tudo.” (Homem, 76 anos, entrevista nº9)

“(…) E se passasse-mos mais tempo com os médicos se calhar levava-se a ter outra atitude.” (Mulher, 83 anos, entrevista nº17)

Foi ainda indicado, em 3 entrevistas, o facto de as análises serem algo concreto que poderia ajudar as pessoas a convencerem-se a reduzir ou parar alguma medicação, e que por isso mesmo deveriam ser pedidas com mais frequência.

“Acho que o doente precisa de muita atenção. Despachar é que não. Se estiver com dúvidas pedir exames para excluir. Se o exame mostrar que está a fazer efeito assim tirava.” (Mulher, 73 anos, entrevista nº6)

“Se me mandasse fazer mais análises para eu poder ver.” (Mulher, 81 anos, entrevista nº8)

“Mostrando nas análises que assim iria ser melhor.” (Mulher, 83 anos, entrevista nº17)

Para além destas principais referências, muitas foram as outras atitudes mencionadas que conseguiram consenso total entre os entrevistados. Demonstrar que não existe benefício em continuar a tomar certa medicação, mencionar os possíveis efeitos secundários, mostrar-se disponível ao longo de todo processo, ajudar caso existam recaídas e afirmar que o processo é só uma tentativa e que se pode sempre voltar a tomar a medicação, foram algumas delas.

“Se dissesse vamos experimentar. Ou então vamos trocar por outro melhor.” (Mulher, 73 anos, entrevista nº6)

“Tinha que convencer que estava a fazer pior.” (Mulher, 85 anos, entrevista nº7)

“Desde que ele me explique os benefícios e as contra-indicações. Até lhe quero pedir, os prós e os contra.” (Homem, 76 anos, entrevista nº9)

“Se calhar a dizer que me estava a fazer mal ou que já não precisava, que tinha saúde.” (Mulher, 75 anos, entrevista nº13)

Relativamente a incentivos monetários, 12 utentes afirmaram que abordar a quantidade de dinheiro possivelmente poupada com o término de alguma medicação, não seria motivo convincente.

“O dinheiro não interferia.” (Mulher, 74 anos, entrevista nº10)

“Em primeira linha está a saúde.” (Homem, 70 anos, entrevista nº15)

Já 5 dos entrevistados garantiram que o dinheiro é um fator importante.

“O dinheiro faz falta a toda gente.” (Mulher, 75 anos, entrevista nº13)

Apenas 1 entrevistado assumiu que falar nas interações medicamentosas não seria um fator contribuinte para aumentar a adesão à desprescrição, uma vez que toma a medicação a horas diferentes do dia e por isso mesmo não existe essa influência.

“Eu tomo os comprimidos em alturas diferentes, por isso eles não se juntam todos.” (Mulher, 83 anos, entrevista nº17)

Enquanto todos os outros utentes garantiram ser uma boa ferramenta para ajudar a convencer.

Independentemente de terem sido identificados todos estes potenciais auxiliares na adesão aos conselhos do médico de família, foi possível identificar ao longo das entrevistas dois tipos de pessoas. No primeiro tipo enquadram-se as pessoas que seguem fielmente aquilo que o médico sugere, não sendo preciso mais nada para além da sua palavra.

“Eu tomo sempre o que ela receita. Se ela me dissesse para parar eu parava. Era assim.” (Homem, 73 anos, entrevista nº5)

“Para mim basta que me diga, não era preciso mais nada. Basta que diga, tome ou não tome, e eu não tomo.” (Mulher, 85 anos, entrevista nº7)

“Bastava ela dizer. Ela é minha médica, ela é que sabe.” (Mulher, 82 anos, entrevista nº11)

Do segundo tipo fazem parte as pessoas que asseguram que nada os consegue convencer se à partida eles próprios não se sentirem bem.

“Ela ajudava a convencer se realmente eu me sentisse melhor.” (Homem, 73 anos, entrevista nº2)

“Sabe que o doente também é que sabe o que vai no corpo dele. Eu é que vejo como me sinto.” (Homem, 80 anos, entrevista nº12)

“Se eu achar que fazem bem eu compro, não estou à espera do médico. Se a pessoa se sentir mal aí sim, só assim.” (Homem, 79 anos, entrevista nº16)

4. Discussão

Neste estudo comprovou-se que o conhecimento que os pacientes possuem relativo à medicação que tomam é muito diverso, tal como referido em outros anteriores. (24)

Praticamente na sua totalidade, os entrevistados afirmaram saber qual a finalidade da toma de cada medicação e os benefícios que isso traduz para a sua saúde. No entanto, relativamente aos potenciais riscos, a maioria assumiu o contrário. O facto de uma parte dos pacientes referir que não tinha intenções de sequer saber, mesmo que o médico aconselhasse para tal, só demonstra o medo de que essa informação possa influenciar a decisão de tomar certos medicamentos. Como comprovado em estudo anterior, quando conscientes dos possíveis riscos, até 30% dos pacientes recusavam tomar a medicação proposta pelo médico. (27)

Ao longo das entrevistas ficou a perceber-se que nenhum paciente estava ciente sobre a temática da polimedicação propriamente dita, mas quando questionados sobre o número de comprimidos as respostas divergiram. Foi possível identificar pacientes a tomar 5 comprimidos e a achar que não era uma grande quantidade, e outros a achar que essa mesma quantidade era demasiada. No entanto, contrariamente a estudos analisados, (16, 20) a maioria considerou adequado o número de comprimidos tendo em conta as patologias que possuíam. Uma hipótese para esta diferença talvez seja o possível maior número de comprimidos que os pacientes nos outros estudos poderiam estar a tomar diariamente.

Neste presente estudo obteve-se alguns testemunhos que acreditavam que estariam a tomar pelo menos uma medicação que consideravam já não precisar, medicação que já não estaria a fazer efeito e relatos de alguns efeitos secundários, afirmações já encontradas anteriormente. (23) Quanto ao tópico da medicação já não ser precisa, em ambos os casos a medicação em causa era para o tratamento da dislipidemia que aos olhos dos doentes já estaria resolvida. Aqui percebe-se a existência de possíveis lacunas na comunicação médico-paciente que falham na explicação de medicação sintomática versus medicação preventiva. Torna-se clara a dificuldade das pessoas perceberem os benefícios da medicação preventiva, uma vez que estes são apenas observáveis a longo prazo, em relação aos benefícios da medicação sintomática, em os seus efeitos são logo notados. Apesar de tudo isto, todos os pacientes concordaram que a medicação é necessária e benéfica e nenhum colocou em causa deixar de tomar sem consultar o médico. Esta contradição pode ser compreendida pelo receio que a ausência da medicação signifique uma deterioração do seu estado de saúde, tal como referido num estudo explorativo na Suíça. (20)

A ausência de conhecimento acerca da desprescrição ficou mais uma vez aqui provada, sendo que nenhum dos entrevistados sabia o seu significado literal. Contudo, quase 60%

deles assumiram que já teria sido abordado em consulta a hipótese de parar certa medicação. Estes dados vão de encontro a pesquisas anteriores em que ficou demonstrado que menos de 10% da população estava ciente do termo desprescrição, embora 41% confirmassem já ter falado com o seu médico sobre o fim da toma de medicamentos. (28) Quando abordados sobre a abertura, naquele momento, à ideia de parar de tomar alguma medicação, a maioria assumiu concordar se proposto pelo médico, tal como já referido em outros artigos. (15-17)

A condição de que certas medicações para os pacientes seriam intocáveis, demonstrada anteriormente, (16) foi novamente referida neste estudo. Por outro lado, os resultados mostram que mais de 75% dos pacientes assumem que estariam dispostos a deixar todos os comprimidos que o médico de família recomendasse. Nas entrevistas foi sempre assumido pelos participantes que 1 comprimido correspondia a 1 medicação, mesmo quando explicada a diferença e colocada a questão de uma outra forma. Isto só demonstra o problema da baixa literacia em saúde que ainda grande parte da população apresenta, acabando por se revelar um dos principais obstáculos na transmissão de informação médico-paciente.

Como esperado, várias foram as barreiras e facilitadores encontrados à adesão da desprescrição. Uma das grandes barreiras referidas em estudos anteriores foi o medo que os sintomas regressassem após a cessação da medicação. (15, 20, 21) Notoriamente todos os pacientes entrevistados neste estudo confirmaram ter esse medo, inclusive para dois deles era fator suficiente para que, independentemente de tudo, recusassem experimentar parar algum medicamento.

Uma outra barreira mencionada com grande destaque durante este estudo foi o facto de os médicos não terem tempo suficiente para explicar e acompanhar os pacientes durante este processo. Contudo, numa outra parte da entrevista quando questionados se o tempo que passavam com o médico de família era suficiente a maioria assegurou que sim, contrariamente ao encontrado em estudo anterior. (23) Este aparente contrassenso pode ser explicado pelo valor que os pacientes dão à desprescrição. Para eles, o tempo passado com o médico de família é visto como suficiente para assegurar as suas necessidades, retirando qualquer importância à cessação de medicação. Esta “discriminação” existe pelo facto de continuarmos a viver no meio de uma cultura prescritora em que o processo de desprescrição é muito pouco abordado, quer no meio médico, quer no meio social. Dentro da comunidade médica há uma tendência para apostar cada vez mais na prevenção, esquecendo os possíveis riscos também a ela associados, e o facto dos pacientes idosos não terem uma expectativa de vida longa o suficiente para conseguir usufruir dessa mesma prevenção. E por outro lado, no seio da população ainda está muito marcada a ideia de que

quando se vai a uma consulta é quase obrigatório trazer uma receita, caso contrário o médico é considerado um mau profissional.

A idade foi outro fator de peso mencionado por praticamente todos os pacientes, e que vai de encontro a uma pesquisa anterior, como sendo uma dificuldade para parar de tomar uma medicação, visto não acreditarem que valeria a pena estar a mudar. (29) Esta barreira colocada pelos participantes poderá apenas existir em casos de desprescrição de alguma medicação. Tal como discutido anteriormente, em casos de proposta de adição de novo medicamento provavelmente a idade não seria um problema, aos olhos dos pacientes, visto ser essa a realidade vivida nos dias de hoje.

A experiência anterior falhada em deixar alguma medicação, a existência de informação contraditória e a influência de familiares e amigos na tomada de decisão foram três obstáculos encontrados numa revisão prévia, mas mencionados apenas por uma minoria de pacientes neste estudo. (21)

O facto do médico de família alterar a medicação de outros médicos especialistas não agradar os pacientes já foi referido pela literatura, sendo que neste estudo 40% dos entrevistados concordaram com o mencionado. Este receio pode ser explicado pela percepção que os doentes têm em relação à fraca comunicação entre os profissionais de saúde. (20, 22) Todavia, para a grande maioria o médico de família é sem dúvida o que melhor se adequa a essa função, porque é este quem os acompanha há mais tempo e como tal os conhece como nenhum outro.

A experiência do médico de família foi outro tópico encontrado em comum com um outro estudo qualitativo, no qual a uma maior idade correspondia também um maior nível de experiência. (30) Neste presente estudo, embora os pacientes reconhecessem que a prática só se conquista com o tempo, em termos de conhecimento, a maioria assegurou que teria a mesma confiança nos mais novos. Para alguns chega mesmo a ser preferível serem atendidos por médicos recém-formados, atribuindo-lhes mais qualidades em termos relacionais.

Um estudo prévio realizado na Austrália encontrou relação entre menor vontade de parar de tomar uma medicação com a posse de cartões de desconto. (17) Relativamente ao presente estudo, incentivos monetários foram desvalorizados pela maioria, garantindo que a saúde estaria sempre em primeiro lugar.

Num estudo realizado na Irlanda, os entrevistados mostraram preocupação sobre as interações medicamentosas, não sabendo como o seu corpo poderia reagir. (23) Esta preocupação foi também aferida neste presente estudo, onde mais de 90% dos pacientes considera que o facto do médico de família falar nas possíveis interações possa ser um facilitador à desprescrição. No entanto, isto contraria a informação dada inicialmente nas

entrevistas, nas quais cerca de 30% dos pacientes recusava-se a saber sobre possíveis efeitos secundários.

A relação médico-paciente foi apontada pela bibliografia como uma das melhores formas para contribuir para o aumento da adesão ao processo de desprescrição. (17, 24, 30) Um dos aspetos mais referidos na pesquisa foi o grau de confiança que os pacientes depositam no seu médico de família, (20, 22, 24) elemento encontrado na totalidade nas entrevistas deste estudo. Dos grandes contribuintes para esta relação de confiança, a sua longevidade foi sem dúvida dos mais mencionados. A maioria dos pacientes era acompanhada pelo mesmo médico há mais de 10 anos, sendo esta familiaridade fator chave para se sentirem à vontade e confiantes nos conselhos do clínico, o que vai de encontro com estudo anterior. (24, 30)

Outro aspeto identificado durante as entrevistas foi o elogio ao médico pelo facto de este não prescrever tudo aquilo que era pedido pelos entrevistados. Daqui pode-se afirmar que existe a possibilidade que esta recusa por parte do profissional de saúde seja vista como uma forma do mesmo mostrar interesse e querer o melhor para os seus pacientes. Contudo, isto foi apenas mencionado por dois entrevistados.

Várias foram as formas mencionadas de como o médico de família pode auxiliar na adesão da desprescrição. Tal como descrito anteriormente, (24, 30) o facto de se sentirem ouvidos e respeitados foi muito valorizado.

A humildade em o médico admitir quando não sabe foi mencionado por um entrevistado durante este estudo, algo que não foi encontrado na bibliografia. Este achado pode demonstrar que o médico também é percebido como humano e, como tal, tem direito a falhas como todos os outros.

O ato de o médico informar o paciente que o processo de desprescrição é apenas uma tentativa e que existe a hipótese de voltar a tomar a medicação sempre que necessário, (31) traduz-se em segurança para o paciente, e neste estudo não foi diferente.

Foi apontada, numa minoria de entrevistas, a importância do médico passar análises. Para os pacientes seria uma forma de ajudar as pessoas a aderir à desprescrição se os resultados das mesmas favorecessem essa decisão. Isto pode ser explicado pela cultura de consumismo dos recursos em saúde que ainda está muito presente na população, principalmente na mais idosa. Mais uma vez fica aqui demonstrada a baixa literacia em saúde e a sobrevalorização da importância dada às análises. Com isto surgem vários problemas, sendo os principais o sobrediagnóstico e a falsa segurança de que tudo possa estar bem.

Outro aspeto mencionado neste estudo foi o desagrado dos pacientes no facto dos médicos olharem apenas para os computadores ao invés deles. Isto vai de encontro com a tal

vontade e necessidade que os pacientes têm em conectar-se com o profissional de saúde, sentirem que são ouvidos e sentirem que lhes é dada a devida importância.

Ter um diálogo mais objetivo, mais simplificado foram os aspetos relacionados com a comunicação médico-paciente que surgiram durante as entrevistas. Tal demonstra que ainda existem falhas na comunicação e que muitas das conversas não estão adaptadas ao tipo de pessoa que os médicos têm à frente. Este problema já foi e continua a ser alvo de muita discussão na comunidade médica. (32)

Num estudo realizado na Austrália foi comprovado que as contradições que surgem, aquando a discussão da desprescrição com os pacientes, podem ser explicadas pelas diferenças de conhecimento sobre a medicação, valor que reconhecem à mesma e a influência que o médico tem sobre eles. Foram descritos 3 tipos de pessoas os que são fiéis aos seus medicamentos, os que ponderam a desprescrição e os que se mantêm indiferentes e dependentes da decisão por outros. O proposto é que se mantenha a opção em aberto e se vá discutindo periodicamente o assunto, uma vez que as opiniões das pessoas podem mudar com o tempo tal como a sua predisposição para tentar. (33)

Neste presente estudo foi possível também identificar 2 tipos de extremos de pessoas, o grupo que segue fielmente a opinião do médico e o grupo que assegura que nada os poderá convencer, o que vai de encontro ao referido anteriormente.

4.1. Forças

Uma das forças deste estudo é o facto de se terem utilizado entrevistas semiestruturadas o que permite perceber melhor aquilo que os pacientes querem dizer e entender as suas ideias, ao contrário dos inquéritos que se tornam muito mais limitativos.

Outra força é o facto deste estudo ser um dos primeiros a estudar a perspetiva dos pacientes idosos portugueses acerca da temática da desprescrição.

Por fim, a heterogeneidade da amostra é outra força uma vez que poderá ser representativa da população idosa em Portugal.

4.2. Limitações

Uma das limitações deste estudo é o facto de terem sido os médicos a ajudar na seleção dos entrevistados, o que poderá constituir um viés, uma vez que, possivelmente, terão optado por pacientes com quem tenham estabelecido melhores relações.

Uma segunda limitação é a pequena quantidade de listas de utentes que foram abrangidas (apenas de 5 médicos diferentes).

Por último, o facto de todos os participantes serem residentes da Covilhã poderá constituir uma limitação, uma vez que idosos de grandes centros urbanos devido ao seu contexto social e acessibilidade aos serviços de saúde poderão ter opiniões diferentes.

5. Conclusão

Com este estudo conclui-se que as atitudes do médico de família que podem influenciar a desprescrição aos olhos do idoso vão de encontro com a maior parte das barreiras e facilitadores referidos em estudos internacionais. De entre todos os estudados, o facto de se sentirem respeitados e ouvidos, juntamente com a confiança que depositam no clínico, foram as atitudes mais apreciadas pelos participantes.

Passar mais análises, não olhar exclusivamente para o computador, ter humildade em admitir quando não sabe, um diálogo mais simples e objetivo foram novos tópicos que surgiram durante este estudo.

Conclui-se também que ainda existe muito pouco conhecimento relativo à desprescrição, o que faz com que este tema seja desvalorizado pelos pacientes e, como tal, surjam tantos impasses quando este é abordado em consulta.

Como descrito na bibliografia analisada, (34) é cada vez mais imprescindível falar-se em desprescrição no momento da prescrição de qualquer novo medicamento, traçando logo de início duração e objetivos de tratamento. Para isso é igualmente importante que, desde cedo, se implemente no ensino da Medicina esta temática, de modo a que os profissionais de saúde se sintam à vontade e seguros sempre que a desprescrição seja necessária.

Neste estudo foi também possível identificar dois grupos de pessoas em que a abordagem do tema da desprescrição teria que ser diferente e adaptada a cada um deles. Mais uma vez fica demonstrada a complexidade deste tema, sendo que um mesmo método poderá não funcionar com todos os tipos de pacientes.

Mais investigações poderiam ser realizadas com o objetivo de perceber que estratégias utilizar e quais as mais adequadas para as diferentes classes de doentes.

Um outro estudo interessante seria acompanhar um grupo selecionado de idosos a quem fosse proposta a desprescrição de alguma medicação, para ver se de facto cumpriam o programa ou se novos problemas surgiriam.

5.1. Conflito de interesse

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

6. Bibliografia

1. Payne RA. The epidemiology of polypharmacy. *Clinical medicine (London, England)*. 2016;16(5):465-9.
2. Machado-Alba JE, Gaviria-Mendoza A, Machado-Duque ME, Chica L. Deprescribing: a new goal focused on the patient. *Expert opinion on drug safety*. 2017;16(2):111-2.
3. Gnjjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, Naganathan V, Waite L, Seibel MJ, et al. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *Journal of clinical epidemiology*. 2012;65(9):989-95.
4. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert opinion on drug safety*. 2014;13(1):57-65.
5. Opondo D, Eslami S, Visscher S, de Rooij SE, Verheij R, Korevaar JC, et al. Inappropriateness of medication prescriptions to elderly patients in the primary care setting: a systematic review. *PloS one*. 2012;7(8):e43617.
6. Fialova D, Topinkova E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jonsson PV, Carpenter I, et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *Jama*. 2005;293(11):1348-58.
7. Steinman MA, Landefeld CS, Rosenthal GE, Berthenthal D, Sen S, Kaboli PJ. Polypharmacy and prescribing quality in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006;54(10):1516-23.
8. Simoes PA, Santiago LM, Mauricio K, Simoes JA. Prevalence Of Potentially Inappropriate Medication In The Older Adult Population Within Primary Care In Portugal: A Nationwide Cross-Sectional Study. *Patient preference and adherence*. 2019;13:1569-76.
9. Fahrni ML, Azmy MT, Usir E, Aziz NA, Hassan Y. Inappropriate prescribing defined by STOPP and START criteria and its association with adverse drug events among hospitalized older patients: A multicentre, prospective study. *PloS one*. 2019;14(7):e0219898.
10. Page AT, Potter K, Clifford R, Etherton-Beer C. Deprescribing in older people. *Maturitas*. 2016;91:115-34.
11. Reeve E, Gnjjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice. *British journal of clinical pharmacology*. 2015;80(6):1254-68.

12. Rokstad K, Straand J, Fugelli P. General practitioners' drug prescribing practice and diagnoses for prescribing: The Møre & Romsdal prescription study. *Journal of clinical epidemiology*. 1997;50(4):485-94.
13. Eiras A, Teixeira MA, González-Montalvo JI, Castell M-V, Queipo R, Otero Á. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años en Oporto (Portugal) y riesgo de prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados. *Atención Primaria*. 2016;48(2):110-20.
14. Cima C, Freitas R, Lamas M, Mendes C, Neves A, Fonseca C. Consumo de medicação crónica: Avaliação da prevalência no norte de Portugal *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2011;27:20-7.
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 internal medicine*. 2018;178(12):1673-80.
16. Galazzi A, Lusignani M, Chiarelli MT, Mannucci PM, Franchi C, Tettamanti M, et al. Attitudes towards polypharmacy and medication withdrawal among older inpatients in Italy. *International journal of clinical pharmacy*. 2016;38(2):454-61.
17. Reeve E, Wiese MD, Hendrix I, Roberts MS, Shakib S. People's attitudes, beliefs, and experiences regarding polypharmacy and willingness to Deprescribe. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2013;61(9):1508-14.
18. Komagamine J, Sugawara K, Hagane K. Characteristics of elderly patients with polypharmacy who refuse to participate in an in-hospital deprescribing intervention: a retrospective cross-sectional study. *BMC geriatrics*. 2018;18(1):96.
19. Williams ME, Pulliam CC, Hunter R, Johnson TM, Owens JE, Kincaid J, et al. The short-term effect of interdisciplinary medication review on function and cost in ambulatory elderly people. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004;52(1):93-8.
20. 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 Family Practice*. 2019;20(1):64.
21. 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.
22. Linsky A, Simon SR, Bokhour B. Patient perceptions of proactive medication discontinuation. *Patient education and counseling*. 2015;98(2):220-5.
23. Moen J, Bohm A, Tillenius T, Antonov K, Nilsson JL, Ring L. "I don't know how many of these [medicines] are necessary.." - a focus group study among elderly users of multiple medicines. *Patient education and counseling*. 2009;74(2):135-41.
24. Clyne B, Cooper JA, Boland F, Hughes CM, Fahey T, Smith SM. Beliefs about prescribed medication among older patients with polypharmacy: a mixed methods study

in primary care. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2017;67(660):e507-e18.

25. Silver C, Lewins A. *Using Software in Qualitative Research: A Step-by-Step Guide*. 2 ed: SAGE Publications; 2014. Chapter 5, Qualitative Coding in Software: Principles and Processes; p. 81-90.

26. Gibbs GR. *Analyzing Qualitative Data*. 2 ed: SAGE Publications; 2018. Chapter 4, Thematic coding and categorizing; p. 38-55.

27. Caughey GE, Tait K, Vitry AI, Shakib S. Influence of medication risks and benefits on treatment preferences in older patients with multimorbidity. *Patient preference and adherence*. 2017;11:131-40.

28. Turner JP, Tannenbaum C. Older Adults' Awareness of Deprescribing: A Population-Based Survey. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2017;65(12):2691-6.

29. Cook JM, Biyanova T, Masci C, Coyne JC. Older patient perspectives on long-term anxiolytic benzodiazepine use and discontinuation: a qualitative study. *J Gen Intern Med*. 2007;22(8):1094-100.

30. Berkelmans PG, Berendsen AJ, Verhaak PF, van der Meer K. Characteristics of general practice care: what do senior citizens value? A qualitative study. *BMC geriatrics*. 2010;10:80.

31. Reeve E, Thompson W, Farrell B. Deprescribing: A narrative review of the evidence and practical recommendations for recognizing opportunities and taking action. *European journal of internal medicine*. 2017;38:3-11.

32. Muhlbauer V, Prinz R, Muhlhauser I, Wegwarth O. Alternative package leaflets improve people's understanding of drug side effects-A randomized controlled exploratory survey. *PloS one*. 2018;13(9):e0203800.

33. Weir K, Nickel B, Naganathan V, Bonner C, McCaffery K, Carter SM, et al. Decision-Making Preferences and Deprescribing: Perspectives of Older Adults and Companions About Their Medicines. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences*. 2018;73(7):e98-e107.

34. Le Bosquet K, Barnett N, Minshull J. *Deprescribing: Practical Ways to Support Person-Centred, Evidence-Based Deprescribing*. Pharmacy (Basel, Switzerland). 2019;7(3):129.

7. Anexos

7.1. Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior



comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2017-029

Na sua reunião de 10 de outubro de 2017 a Comissão de Ética apreciou, retrospectivamente, a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto, "**Deprescribing: a Portrait and Out-comes of the Reduction of Polypharmacy in Portugal (DePil17-20)**" do proponente **Pedro Augusto Gomes Rodrigues Marques Simões**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2017-029.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI, 25 de outubro de 2017

O Presidente da Comissão de Ética

Professor Doutor José António Martinez Souto de Oliveira
Professor Catedrático

7.2. Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Favorável	DESPACHO: <i>Haverá lugar</i> <i>28.06.2018</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
------------------------------------	--

ASSUNTO:	Título: “Deprescribing: a Portrait and Out-comes of the Reduction of Polypharmacy in Portugal (DePi17-20) (projeto de tese de doutoramento) Autores: Pedro Augusto R Marques Simões (PI) (UBI), Luiz Santiago (FMUC) e José Augusto Rodrigues Simões (UBI) – 12 / 2018
-----------------	---

[Signature]
Dr. Luis Manuel Mátias Mendes Cabral
Vogal.

[Signature]
Dr. Mario Ruivo
Vogal.

Objetivos: Avaliar a capacidade dos idosos para aceitarem e valorizarem a desprescrição. Também se pretende avaliar a polimedicação, caracterizar a prescrição inapropriada no idoso, identificando as principais barreiras e facilitadores, avaliar a automedicação.
O estudo será dividido em 3 fases:

Estudo transversal, analítico da prevalência e padrões da polimedicação, nomeadamente perfis sociodemográficos, clínicos e medicamentosos, nos idosos (≥65 anos) que frequentam os Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal;

Estudo transversal, em triangulação, das barreiras e facilitadores percebidos pelos pacientes, vontade em serem sujeitos a desprescrição e vontade em automedicarem-se;

Ensaio clínico não medicamentoso randomizado com duração de 6 meses sobre o impacto da capacitação dos idosos na sua vontade em serem sujeitos a desprescrição e na sua qualidade de vida.

As primeiras duas fases terão lugar em Unidades de CSP das cinco Regiões Administrativas de Saúde e das duas Regiões Autónomas, de forma a obter uma amostra representativa da geografia nacional.

A última fase terá lugar apenas em Unidades da região Centro (Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu).

Nas duas primeiras fases serão convidados médicos de família (MF) através de listagens existentes de MF aderentes a projetos anteriores. Após esta seleção, os que aceitarem participar irão recrutar os seus pacientes. O tamanho da amostra nestas duas primeiras fases é no mínimo 385 idosos [para um intervalo de confiança (IC) de 95% e um erro de estimação máximo de 5%]. Assumindo que cada MF incluirá no mínimo 6 pacientes num período de 3 semanas, serão recrutados no mínimo 65 MF, com distribuição geográfica representativa da distribuição da população idosa, segundo dados do Pordata (www.pordata.pt).

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

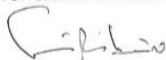
Na terceira fase serão convidados apenas MF da região Centro. Serão criados dois grupos com tamanho mínimo de 190 pacientes cada, sendo necessário no mínimo 64 MF. Os distritos da região Centro serão aleatorizados para um dos grupos. No grupo de intervenção serão fornecidas ferramentas de capacitação e negociação aos MF acerca de como abordar o problema da polimedicação. A informação fornecida resultará dos resultados da fase 2.

Houve pedido e aprovação pela CNPD. Há um parecer positivo da Comissão de Ética da UBI.

O consentimento informado é aceitável.

Não existem constrangimentos éticos aceitáveis, embora existam aspetos metodológicos discutíveis mas que não comprometem a ética.

O Relator e Presidente da CES-ARSC



Prof. Doutor Carlos A Fontes Ribeiro

7.3. Anexo 3 – Modelo da entrevista

1. Idade;
2. Género;
3. Nível de escolaridade;
4. Profissão; (se reformado que profissão(ões) teve?)
5. Onde vive? Com quem vive?
6. Classificação da sua saúde? (Excelente/Muito boa/Boa/Razoável/Baixa)
7. Classificação do suporte familiar/social? (Excelente/Muito bom/Bom/Razoável/Baixo)
8. Há quanto tempo tem o mesmo médico de família?
9. Como descreveria a relação que tem com o seu médico de família?
10. Na sua relação com o médico: (Concordo Totalmente/Concordo/Discordo/Discordo Totalmente)
 - a. Sinto que posso falar sobre qualquer tema com o meu médico;
 - b. Sinto que posso confiar no meu médico;
 - c. O meu médico mostra-se disponível sempre que eu preciso;
 - d. Sinto que o meu médico me ouve em todas as ocasiões;
 - e. Sou respeitado pelo meu médico;
 - f. O tempo que passo com o meu médico é suficiente;
11. O que pensa sobre a forma como o médico comunica consigo? Há algum aspeto a melhorar?
12. Que doenças é que tem?
13. Cumpre toda a medicação prescrita pelo médico? Se não, porquê?
14. Quem é responsável pela sua medicação?
15. Quantos medicamentos toma por dia? E comprimidos?
16. Como se sente em relação ao número de comprimidos que toma?
17. Acha que os médicos prescrevem muitos medicamentos?
18. Sabe a razão pela qual toma cada comprimido?
19. Sabe os benefícios/riscos de cada medicação que toma? Se não, porquê? E se gostaria de saber.
20. Já ouviu falar em polimedicação?
21. Acha que há algum medicamento que lhe provoque algum efeito indesejado?
22. Há algum medicamento que já não faça efeito?
23. Há algum medicamento que toma mas que acha que não precisa?
24. Responda às seguintes alíneas:
 - a. Na sua opinião as pessoas que fazem tratamentos deveriam pará-los durante algum tempo de vez em quando?

- b. Acredita que a maior parte dos medicamentos cria habitação?
 - c. Considera os remédios mais seguros que os medicamentos?
 - d. Acha que os medicamentos fazem mais mal do que bem?
 - e. Para si, todos os medicamentos são venenos?
25. Alguma vez deixou de tomar algum medicamento?
26. Sentir-se-ia preparado para reduzir ou parar alguma medicação?
27. Quantos comprimidos aceitaria retirar?
28. Já ouvir falar em desprescrição?
29. Em alguma consulta falaram na hipótese de deixar algum comprimido?
30. Considera que os médicos confiam demasiado nos medicamentos?
31. Se o seu médico o aconselhasse a parar alguma medicação, parava?
32. Responda Concordo ou Discordo às seguintes questões:
- a. Se o meu médico receitou é porque é preciso;
 - b. A medicação é necessária;
 - c. Sinto que o medicamento em questão me está a ajudar a combater a doença;
 - d. No futuro terei resultados positivos com esta medicação;
 - e. Tenho medo que os sintomas regressem após parar a medicação. Tenho medo que sejam piores do que antes;
 - f. Já tentei deixar uma medicação e correu mal;
 - g. Já experimentei outras alternativas (não farmacológicas) e não resultaram;
 - h. Não sei como deixar a medicação;
 - i. O médico não tem tempo para me ajudar durante esse processo;
 - j. Há informação contraditória sobre os mesmos medicamentos;
 - k. Os meus familiares/amigos podem influenciar a minha decisão;
 - l. A medicação já é um hábito;
 - m. Sou demasiado velho(a) e por isso não há razões para mudar;
 - n. Não quero mais uma coisa com que me preocupar;
33. Como é que o seu médico o poderia ajudar a tomar a decisão de parar um medicamento?
34. Das seguintes atitudes médicas quais poderiam ajudar no processo? Responda Sim ou Não.
- a. Demonstrar que não há benefício em continuar a tomar;
 - b. Falar dos efeitos secundários indesejáveis;
 - c. Dar outros tratamentos alternativos;
 - d. Mostrar-se disponível para o acompanhar ao longo de todo processo e ajudar caso existam recaídas;

- e. Afirmar que o processo é só uma tentativa e que pode sempre voltar a tomar a medicação;
 - f. Existir uma boa relação com o médico;
 - g. Lembrar o dinheiro que gasta nesse medicamento sem necessidade;
 - h. Falar das interações medicamentosas;
35. Acredita que se os médicos estivessem mais tempo com os doentes acabavam por receitar menos medicamentos?
36. Acha que quanta mais experiência tiver um médico, mais fácil é confiar nos seus conselhos?
37. O que mais pode aumentar a confiança que tem no seu médico?
38. O que pensa do médico de família alterar a medicação que é prescrita por outro médico?

