

# **Dificuldades na desprescrição de benzodiazepinas: Uma revisão sistemática**

**Érica Fabiana Monteiro Fernandes**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutora Anabela Antunes de Almeida  
Co-orientador: Doutora Maria Antónia Baptista Pinto Bandeira Mateus Zamora

**Janeiro de 2025**

## **Folha em branco**

## Declaração de Integridade

Eu, Érica Fabiana Monteiro Fernandes, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 43498 do curso de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.



Universidade da Beira Interior, Covilhã 28/01/2025

## **Folha em branco**

# Agradecimentos

Sendo a dissertação de mestrado um trabalho demorado e minucioso, começo por agradecer à Prof. Anabela Almeida e à Dra. Maria Antónia Zamora por terem aceitado orientar-me neste trabalho e pelos seus conselhos, apoio e ajuda ao longo desta jornada. Também um grande obrigada à dra. Graça Gabriel e ao serviço da biblioteca da UBI pela ajuda indispensável. Às minhas amigas por todos os tutoriais fornecidos. Pelo apoio incondicional que me permitiu chegar até aqui, obrigada à minha família.

## Folha em branco

# Resumo

A presente revisão sistemática, com o título “Dificuldades na desprescrição de benzodiazepinas” tem como principal objetivo identificar e analisar as barreiras enfrentadas na descontinuação destes fármacos, tanto da perspectiva dos profissionais de saúde, como dos pacientes.

A pesquisa de estudos foi realizada nas bases de dados Pubmed e B-on, sendo a data da última pesquisa a 21 de abril de 2024. Foram incluídos estudos em português, inglês e espanhol, publicados entre 2014 e 2023. Foram excluídos outros artigos de revisão, estudos que não focassem no objetivo do trabalho e estudos cuja amostra fossem pacientes com menos de 45 anos. Para avaliação de qualidade usou-se o CASP Qualitative Checklist. Seguindo as diretrizes do PRISMA, a seleção dos estudos e a recolha de dados realizou-se em múltiplas etapas, como eliminação de duplicados no software Mendeley, aplicação dos critérios de elegibilidade e elaboração da tabela de extração de dados.

Foram incluídos na revisão oito estudos, sendo três destes baseados em entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde e os restantes cinco estudos em indivíduos consumidores de benzodiazepinas. O tamanho das amostras variou entre 11 e 261 indivíduos entrevistados. Os resultados apresentaram como barreiras importantes a baixa autoeficácia para a desprescrição percebida pelos profissionais de saúde, fatores externos como falta de tempo e falta de recursos, resistência por parte dos pacientes, estabilidade clínica, responsabilidade deferida e falta de colaboração entre serviços. Pelas entrevistas aos consumidores de benzodiazepinas, as principais dificuldades são a falta de motivação, a preocupação com o ressurgimento dos sintomas de base, a síndrome de abstinência e a subestimação dos efeitos adversos.

Quanto às limitações desta revisão, não podem ser descartados o viés de publicação e de seleção de artigos, o viés de heterogeneidade, a distribuição geográfica dos estudos pouco variada e o possível desvio do objetivo com a inclusão de três artigos que analisaram, para além das benzodiazepinas, ópioides.

Tendo em conta estes resultados e o facto de Portugal ser um dos países com consumo mais elevado de benzodiazepinas, é essencial para a contínua melhoria dos cuidados médicos e para a perspectiva de saúde pública atuar para colmatar estas barreiras, nomeadamente através de guidelines atualizadas e protocolos que orientem a desprescrição e aumentem a confiança dos profissionais. Também é preponente reforçar as orientações médicas aquando da prescrição de benzodiazepinas acerca dos riscos do uso prolongado da medicação e do seu efeito de tolerância e dependência, uma vez que a perceção geral dos consumidores é muitas vezes de subestimação ou negação dos efeitos adversos e de necessidade da medicação, mesmo após longos períodos.

# Palavras-chave

Benzodiazepinas; Desprescrição; Descontinuação; Barreiras; Revisão sistemática;

## Folha em branco

# Abstract

The present systematic review, titled "Difficulties in benzodiazepine deprescribing" aims to identify and analyze the barriers faced in the discontinuation of these drugs, from both healthcare professionals' and patients' perspectives.

The study search was conducted in the Pubmed and B-on databases, with the last search date being April 21, 2024. Studies in portuguese, english, and spanish, published between 2014 and 2023, were included. Other review articles, studies not focusing on this review's goal, and studies with samples of patients under 45 years old were excluded. The CASP Qualitative Checklist was used for quality assessment. Following PRISMA guidelines, study selection and data collection were carried out in multiple stages, including duplicate elimination in Mendeley software, application of eligibility criteria, and development of a data extraction table.

Eight studies were included in this review, three of which were based on semi-structured interviews with healthcare professionals, and the remaining five studies focused on older adults and elderly benzodiazepine consumers. Sample sizes ranged from 11 to 261 interviewed individuals. The results presented important barriers such as low self-efficacy for deprescribing perceived by healthcare professionals, external factors like lack of time and resources, patient resistance, clinical stability, deferred responsibility, and lack of collaboration between services. From interviews with benzodiazepine consumers, the main difficulties were lack of motivation, concern about the resurgence of underlying symptoms, withdrawal syndrome, and underestimation of adverse effects.

Regarding the systematic review's limitations, publication and article selection bias, heterogeneity bias, limited geographical distribution of studies, and possible deviation from the objective with the inclusion of three articles that analyzed opioids in addition to benzodiazepines cannot be ruled out.

Considering these results and the fact that Portugal is one of the countries with the highest levels of benzodiazepine consumption, it is essential for the continuous improvement of medical care and from a public health perspective to address these barriers, namely through updated guidelines and protocols that guide deprescribing and increase the professionals' confidence. It is also preponderant to reinforce medical guidance when prescribing benzodiazepines about the risks of prolonged medication use and its tolerance and dependence effect, since the general perception of consumers is often one of underestimation or denial of adverse effects and medication necessity, even after long periods of time.

# Keywords

Benzodiazepines; Deprescribing; Discontinuation; Tapering; Systematic review.

## Folha em branco

# Índice

Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	x
Lista de Figuras	xv
Lista de Tabelas	xvii
Lista de Acrônimo	xix
Introdução	1
1.1. Benzodiazepinas	1
1.1.1. Farmacodinâmica	1
1.1.2. Principais indicações clínicas	2
1.1.3. Efeitos adversos	3
Metodologia	5
2.1. Pesquisa	5
2.2. Critérios de elegibilidade	6
2.3. Seleção dos estudos	7
2.4. Recolha de dados	7
2.5. Avaliação da qualidade dos estudos	7
Resultados	9
3.1. Seleção dos estudos	9
3.2. Avaliação da qualidade dos estudos	10
3.3. Características dos estudos	12
3.4. Medidas de outcome	12
3.5. Análise dos resultados	14
Discussão	18
4.1. Interpretação geral dos resultados	18
Conclusão	19
5.1. Limitações na evidência ou no processo de revisão utilizados	19
5.2. Implicações dos resultados para o futuro	20
5.3. Considerações finais	21
Bibliografia	25
Apêndice	28

## **Folha em branco**

# Lista de Figuras

Figura 1 - Fluxograma baseado nos critérios PRISMA representativo do processo de seleção dos estudos	9
--	---

## **Folha em branco**

# Lista de Tabelas

Tabela 1 - Características das benzodiazepinas	2
Tabela 2 - Ferramenta PICO aplicada ao tema	5
Tabela 3 - Critérios de inclusão e exclusão	7
Tabela 4 - Checklist CAPS para 8 estudos qualitativos	11

## Folha em branco

# Lista de Acrónimos

5-HT1A	.....5-hydroxytryptamine 1A
BCW	.....Behaviour Change Wheel
BZD	.....Benzodiazepina
CASP	.....Critical Appraisal Skills Programme
COM-B	.....Capability, Opportunity, Motivation - Behavior
CVC	.....Coeficiente de Validade de Conteúdo
GABA	.....Ácido gama-aminobutírico
INCB	.....International Narcotics Control Board
INFARMED	.....Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
MeSH	.....Medical Subject Headings
OMS	.....Organização Mundial de Saúde
PRISMA	.....Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analysis
SNS	.....Serviço Nacional de Saúde
TDF	.....Theoretical Domain Framework
UBI	.....Universidade da Beira Interior
YLD	.....Years Lived with Disability

## Folha em branco

# 1. Introdução

As benzodiazepinas (BZDs) são amplamente prescritas em todo o mundo, pela sua utilidade como ansiolíticos, sedativos, hipnóticos, anticonvulsivantes e relaxantes musculares, bem como no tratamento dos sintomas de abstinência do etanol. Embora sejam eficazes no tratamento de variadas condições, o seu uso prolongado e inadequado está associado a efeitos adversos, incluindo dependência, tolerância, comprometimento cognitivo e aumento do risco de quedas em idosos (1).

Vários estudos reportam Portugal como um país de elevado consumo de BZDs, e o aumento contínuo da sua prescrição constitui um risco cada vez maior para a saúde pública. Por exemplo, um relatório do INCB indica que, em 2021, Portugal foi o segundo país do mundo com maior taxa de consumo diário de diazepam, a principal BZD manufaturada no mundo, por cada 1000 habitantes (2). Outro relatório, atualizado pelo INFARMED em 2017, aponta Portugal como o país com maior consumo relativo de benzodiazepinas entre os 4 países analisados (3).

A terapêutica com benzodiazepinas ou análogos deve ser limitada no tempo, sendo a duração máxima preconizada de 4 a 12 semanas, para tratamento de ansiedade ou insónia, respetivamente. Após este período, caso não haja melhoria, o doente deve ser reavaliado em consulta especializada de psiquiatria (4). No entanto, o cumprimento destas guidelines nem sempre se verifica e os potenciais danos associados ao uso crónico destes fármacos destacam o importante desafio clínico que é a sua descontinuação.

Assim, tendo em conta que em Portugal, em particular, se observa um consumo substancial de benzodiazepinas e há a premente necessidade de abordar esta questão de saúde pública, a presente dissertação tem como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura através da análise de artigos que focam nas barreiras e desafios na desprescrição das benzodiazepinas.

## 1.1. Benzodiazepinas

### 1.1.1. Farmacodinâmica

A estrutura química básica dos benzodiazepínicos consiste num anel de sete membros fundido a um anel aromático, com quatro principais grupos substituintes que podem ser modificados sem perda de atividade.

O ácido gama-aminobutírico, mais conhecido como GABA, é um neurotransmissor inibitório presente no sistema nervoso central. As benzodiazepinas atuam como moduladores alostéricos positivos nos seus recetores, facilitando a abertura dos canais de cloreto ativados por GABA e assim aumentando a resposta ao GABA. As benzodiazepinas ligam-se a um sítio modulatório específico, distinto dos sítios de ligação ao GABA, aumentando a afinidade do GABA pelo

recetor. O recetor GABA é pentamérico, composto por diferentes subunidades ( $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$ ), cada uma com múltiplos subtipos, constituindo uma família de recetores. As diferentes benzodiazepinas têm seletividade por subtipos específicos de recetores, o que explica os diferentes efeitos terapêuticos e colaterais. A subunidade  $\alpha 1$  é responsável por efeitos anticonvulsivantes, sedativos/hipnóticos e aditivos, a  $\alpha 2$  é ansiolítica, as  $\alpha 2$ ,  $\alpha 3$ ,  $\alpha 5$  relaxantes musculares, e as  $\alpha 1$  e  $\alpha 5$  efeitos amnésicos.

A semivida dos compostos tem uma influência significativa na sua ação e utilidade clínica. Benzodiazepinas de curta duração são úteis para induzir o sono, com uma ação rápida e sem efeito de “ressaca” ao acordar. Benzodiazepinas de longa duração são mais adequadas para controlo de ansiedade, com efeito prolongado e estável ao longo do dia e menor risco de sintomas de abstinência entre doses (1).

Tabela 1: Características das benzodiazepinas

Fármaco	Duração de ação	Principais usos
Midazolam	Ultracurta (<6h)	Hipnótico, anestésico e anticonvulsivante intravenoso
Lorazepam	Curta (12-18h)	Ansiolítico, hipnótico, anticonvulsivante
Alprazolam	Média (24h)	Ansiolítico, antidepressivo
Nitrazepam	Média	Ansiolítico, hipnótico
Diazepam	Longa (24-48h)	Ansiolítico, relaxante muscular, anticonvulsivante
Flurazepam	Longa	Ansiolítico, hipnótico
Clonazepam	Longa	Ansiolítico (principalmente mania), anticonvulsivante

### 1.1.2. Principais indicações clínicas

- Ansiedade

Os transtornos de ansiedade incluem condições caracterizadas por medo e ansiedade excessivos, além de perturbações comportamentais associadas. O medo é a resposta emocional a uma ameaça iminente, enquanto a ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura. Embora se sobreponham, o medo está mais ligado a respostas de luta ou fuga, com maior excitabilidade do sistema autónomo e a ansiedade associa-se mais a tensão muscular e vigilância em preparação para perigos futuros. Os ataques de pânico são uma resposta específica ao medo, ocorrendo tanto em transtornos de ansiedade como noutros distúrbios mentais (5).

É importante ressaltar que o tratamento dos transtornos de ansiedade geralmente envolve abordagens psicológicas além do tratamento farmacológico. Na última década, o tratamento farmacológico da ansiedade passou por mudanças significativas, de uma abordagem tradicional

com ansiolíticos/hipnóticos (benzodiazepinas e barbitúricos) para a utilização de fármacos sem efeito hipnótico também usados noutros transtornos do sistema nervoso central, como antidepressivos, antiepilépticos, antipsicóticos e agonistas do recetor 5-HT<sub>1A</sub> (ex: buspirona). As benzodiazepinas têm variados efeitos adversos, no entanto, são ansiolíticos eficazes com uma rápida ação (<30 minutos) útil em tratamento agudo, enquanto a buspirona e os antidepressivos podem requerer mais de 3 semanas para o efeito terapêutico.

- Insónias

As benzodiazepinas diminuem o tempo necessário para adormecer e aumentam a duração total do sono, embora este último efeito ocorra apenas em indivíduos que normalmente dormem menos de cerca de 6 horas por noite. A tolerância desenvolve-se ao longo de 1-2 semanas com o uso contínuo, e após a cessação ocorre insónia de rebote e abstinência, pelo que as benzodiazepinas devem ser usadas apenas por curtos períodos (<4 semanas) e para insónia grave.

- Convulsões

As benzodiazepinas podem ser usadas para tratar tanto convulsões agudas, especialmente em crianças (midazolam administrado por via bucal ou diazepam administrado por via retal), como o estado de mal epilético, para o qual agentes como lorazepam, diazepam ou clonazepam são administrados por via intravenosa. A vantagem no estado de mal epilético é que agem muito rapidamente em comparação com outros medicamentos antiepiléticos. Com a maioria das benzodiazepinas, o efeito sedativo é demasiado pronunciado para serem usadas na terapia de manutenção. O clonazepam é único entre as benzodiazepinas, pois além de atuar no receptor GABA, também inibe os canais de cálcio do tipo T, sendo relativamente seletivo como medicamento antiepilético.

### 1.1.3. Efeitos adversos

- Toxicidade aguda

As benzodiazepinas em overdose são consideravelmente menos perigosas do que outras drogas ansiolíticas/hipnóticas, causando sono prolongado, sem depressão grave da função respiratória ou cardiovascular. No entanto, na presença de outros depressores do sistema nervoso central, particularmente o álcool, podem causar depressão respiratória grave, potencialmente fatal. Ao contrário da maioria dos depressores do SNC, que não têm um antagonista eficaz, no caso das benzodiazepinas, há à disponibilidade o flumazenil, que pode ser usado para reverter os efeitos da overdose. O flumazenil é um composto semelhante às benzodiazepinas que compete com estas no seu sítio de ligação nos recetores GABA, antagonizando assim os seus efeitos, com fraca atividade modulatória alostérica negativa.

- Efeitos adversos em dose terapêutica

Os principais efeitos colaterais das benzodiazepinas são sonolência, confusão, amnésia e coordenação prejudicada. Estes efeitos prejudicam consideravelmente as atividades manuais, como conduzir (1).

Com a idade avançada, as reações de conjugação tornam-se mais lentas, pelo que os idosos tendem a eliminar estes medicamentos muito mais lentamente. Portanto, eles estão mais sujeitos aos efeitos colaterais de sonolência, ataxia (marcha cambaleante), confusão mental, julgamento prejudicado, amnésia anterógrada, com risco significativamente aumentado de quedas e diminuição da função cognitiva (6).

- Tolerância e dependência

A tolerância (ou seja, um aumento da dose necessária para produzir o efeito desejado) ocorre com todas as benzodiazepinas, assim como a dependência. A tolerância parece representar uma mudança ao nível do receptor, mas o mecanismo não é bem compreendido. No nível do receptor, o grau de tolerância será governado tanto pelo número de sítios ocupados (ou seja, a dose) quanto pela duração da ocupação do sítio. Portanto, uma tolerância acentuada desenvolve-se quando as benzodiazepinas são usadas continuamente e em alta dose.

Quanto à dependência, a interrupção abrupta do tratamento com benzodiazepinas após semanas ou meses causa um ressalto de ansiedade aumentada, juntamente com tremor, tontura, zumbido, perda de peso e sono perturbado. Recomenda-se que as benzodiazepinas sejam retiradas gradualmente, reduzindo a dose em etapas. A retirada após administração crónica pode causar sintomas físicos, nomeadamente tremor, perda de apetite e às vezes convulsões.

- Síndrome de abstinência

A síndrome de abstinência é mais lenta no início do que com os opioides, provavelmente devido à longa semi-vida plasmática da maioria das benzodiazepinas. Com o diazepam, os sintomas de abstinência podem levar até 3 semanas para se tornarem aparentes. As benzodiazepinas de ação curta causam efeitos de abstinência mais abruptos. Os sintomas físicos e psicológicos de abstinência dificultam a interrupção do uso de benzodiazepinas pelos pacientes (1).

## 2. Metodologia

No presente capítulo será descrita toda a metodologia empregue para a elaboração desta dissertação. Visando assegurar a qualidade e objetividade do estudo, foram seguidas as diretrizes estabelecidas no protocolo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis) (7), de forma a reportar a metodologia da revisão sistemática rigorosa e sistematicamente com o máximo de reprodutibilidade e fiabilidade do processo.

A questão de investigação foi formulada utilizando a ferramenta PICo (8), uma variação do PICO adaptada especificamente para pesquisas qualitativas. O PICo foi escolhido por ser mais apropriado para estudos que exploram experiências e percepções, como é o caso. Assim, este estudo irá abordar as percepções e experiências relacionadas às barreiras na desprescrição de benzodiazepinas, tanto da perspectiva dos profissionais de saúde quanto dos pacientes.

Tabela 2: Ferramenta PICo aplicada ao tema

Componente	Descrição
População (P)	Profissionais de saúde e pacientes com idade superior a 44 anos
Fenómeno de Interesse (I)	Dificuldades na desprescrição de benzodiazepinas
Contexto (Co)	Todos os contextos de cuidados de saúde e comunitários

### 2.1. Pesquisa

Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados eletrônicas Pubmed e B-on. Estas foram particularmente relevantes para a minha área de pesquisa, destacando a Pubmed por ser muito direcionada para a medicina e a B-on pela sua abrangência, sendo um consórcio nacional com um vasto conjunto de recursos e bases de dados científicas, incluindo a Scopus, a Medline e a Web of Science, entre outras.

Foram efetuadas diferentes pesquisas, de forma a verificar quais eram os termos mais adequados a utilizar, criando assim, equações de pesquisa apropriadas a cada base de dados utilizada.

- Na Pubmed foi utilizada a seguinte equação: (((Benzodiazepine\*[Title] OR "Benzodiazepine Compounds"[Title]) AND (Deprescription\*[Title] OR

deprescribing[Title] OR discontinu\*[Title] OR reduction\*[Title]) AND ("Middle Aged"[Title] OR aged[Title] OR "80 and over"[Title] OR Centenarian\*[Title] OR Nonagenarian\*[Title] OR Octogenarian\*[Title] OR "Frail Elderly"[Title] OR Elders[Title] OR "Frail Older Adults"[Title] OR "Older Adult\*"[Title])) OR ((Benzodiazepine\*[MeSH Terms] OR "Benzodiazepine Compounds"[MeSH Terms]) AND (Deprescription\*[MeSH Terms] OR deprescribing[MeSH Terms] OR discontinu\*[MeSH Terms] OR reduction\*[MeSH Terms])) AND ("Middle Aged"[MeSH Terms] OR aged[MeSH Terms] OR "80 and over"[MeSH Terms] OR Centenarian\*[MeSH Terms] OR Nonagenarian\*[MeSH Terms] OR Octogenarian\*[MeSH Terms] OR "Frail Elderly"[MeSH Terms] OR Elders[MeSH Terms] OR "Frail Older Adults"[MeSH Terms] OR "Older Adult\*"[MeSH Terms]))))

- Na B-on foi utilizada a seguinte equação: TI ( Benzodiazepine\* OR "Benzodiazepine Compounds" ) AND TI ( Deprescription\* OR deprescribing OR discontinu\* OR reduction\* ) AND TI ( "Middle Aged" OR aged OR "80 and over" OR Centenarian\* OR Nonagenarian\* OR Octogenarian\* OR "Frail Elderly" OR Elders OR "Frail Older Adults" OR "Older Adult\*" ) OR SU ( Benzodiazepine\* OR "Benzodiazepine Compounds" ) AND SU ( Deprescription\* OR deprescribing OR discontinu\* OR reduction\* ) AND SU ( "Middle Aged" OR aged OR "80 and over" OR Centenarian\* OR Nonagenarian\* OR Octogenarian\* OR "Frail Elderly" OR Elders OR "Frail Older Adults" OR "Older Adult\*" )

A última pesquisa foi realizada no dia 21 de Abril de 2024.

## 2.2. Critérios de elegibilidade

A seleção dos artigos foi realizada através da aplicação de critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Estes critérios encontram-se definidos na Tabela 2. Foram considerados para inclusão artigos publicados no intervalo dos últimos 10 anos, entre 2014-2023 para restringir a possibilidade de pre-prints no ano de 2024. Quanto à idade, um relatório do SNS indicou que a maior parte dos utentes a quem foram dispensadas BZDs tinham idades compreendidas entre os 55 e os 79 anos (3). Assim, o termo "Aged" seria demasiado restritivo, incluindo apenas indivíduos a partir dos 65 anos, pelo que se decidiu pesquisar também com o termo MeSH "Middle Aged" que inclui indivíduos entre os 45 e os 64 anos.

Tabela 3: Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Data de publicação entre 2014-2023; Em inglês, português ou espanhol; Pacientes com idade >44 anos (“Middle Aged”);	Data de publicação antes de 2014 ou após 2023; Artigos escritos em outras línguas que não as referidas anteriormente; Inclui pacientes com idade <45 anos; Estudos que não abordam barreiras à desprescrição; Estudos que se focam na polifarmácia; Artigos de revisão;

### 2.3. Seleção dos Estudos

O processo de seleção dos estudos foi realizado em múltiplas etapas, seguindo as diretrizes do protocolo PRISMA (7). Inicialmente, os resultados das buscas nas diferentes bases de dados foram importados para o software de gestão de referências Mendeley. Este software foi utilizado para identificar e remover os artigos duplicados. Após a remoção dos duplicados, procedeu-se à triagem inicial dos artigos. Nesta fase, analisaram-se os títulos e os resumos dos estudos restantes, aplicando os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Os artigos que não atendiam aos critérios foram excluídos. Na etapa seguinte, os artigos considerados potencialmente relevantes foram recuperados na íntegra e foi feita leitura completa dos estudos. Nesta fase, foram registados os motivos específicos para a exclusão de cada artigo, como indisponibilidade do texto completo, população não correspondente aos critérios de inclusão, ou foco inadequado do estudo.

### 2.4. Recolha de dados

De forma a metodizar a colheita de dados, foi criada uma tabela de extração de dados com as principais características de cada estudo, incluindo o autor, o ano de publicação, a região do estudo, o tipo de desenho do estudo, a idade média dos participantes, o tipo de intervenção, o tamanho da amostra e ainda o principal outcome de cada estudo.

### 2.5. Avaliação da Qualidade dos Estudos

Para assegurar a confiabilidade desta revisão sistemática, foi realizada uma avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos, em conformidade com as diretrizes do protocolo PRISMA (7). A ferramenta escolhida para avaliar a qualidade dos estudos foi o CASP (Critical

Appraisal Skills Programme). O CASP oferece vários modelos de avaliação, e para este estudo, foi selecionado especificamente o CASP Qualitative Checklist, desenvolvido para estudos qualitativos. Este instrumento é composto por 10 questões que abordam aspetos fundamentais da metodologia qualitativa, incluindo a clareza dos objetivos, a adequação do desenho de pesquisa, as estratégias de recolha de dados, a relação entre investigadores e participantes, considerações éticas, o rigor na análise dos dados, a clareza na apresentação dos resultados e o valor geral da pesquisa. A aplicação deste checklist permitiu uma avaliação sistemática e criteriosa da qualidade metodológica de cada estudo incluído nesta revisão.

## 3. Resultados

### 3.1. Seleção dos Estudos

A pesquisa nas bases de dados resultou em 151 resultados (39 na Pubmed e 112 na B-on). Com recurso ao software de gestão de referências Mendeley foram identificados os duplicados e excluídos 44 resultados. Dos 107 restantes, 55 foram excluídos após a leitura do título e do resumo através da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Os restantes 52 artigos foram lidos na íntegra e posteriormente foram excluídos 44 destes: foram excluídos 8 estudos devido ao artigo completo não estar disponível, 3 estudos cuja população não cumpria os critérios de inclusão, 3 estudos que abordavam polifarmácia sem especificar as benzodiazepinas e 30 estudos que não tratavam as dificuldades na desprescrição. A figura 1 representa o descrito. Posteriormente, os 8 estudos selecionados foram submetidos a avaliação de qualidade e incluídos.

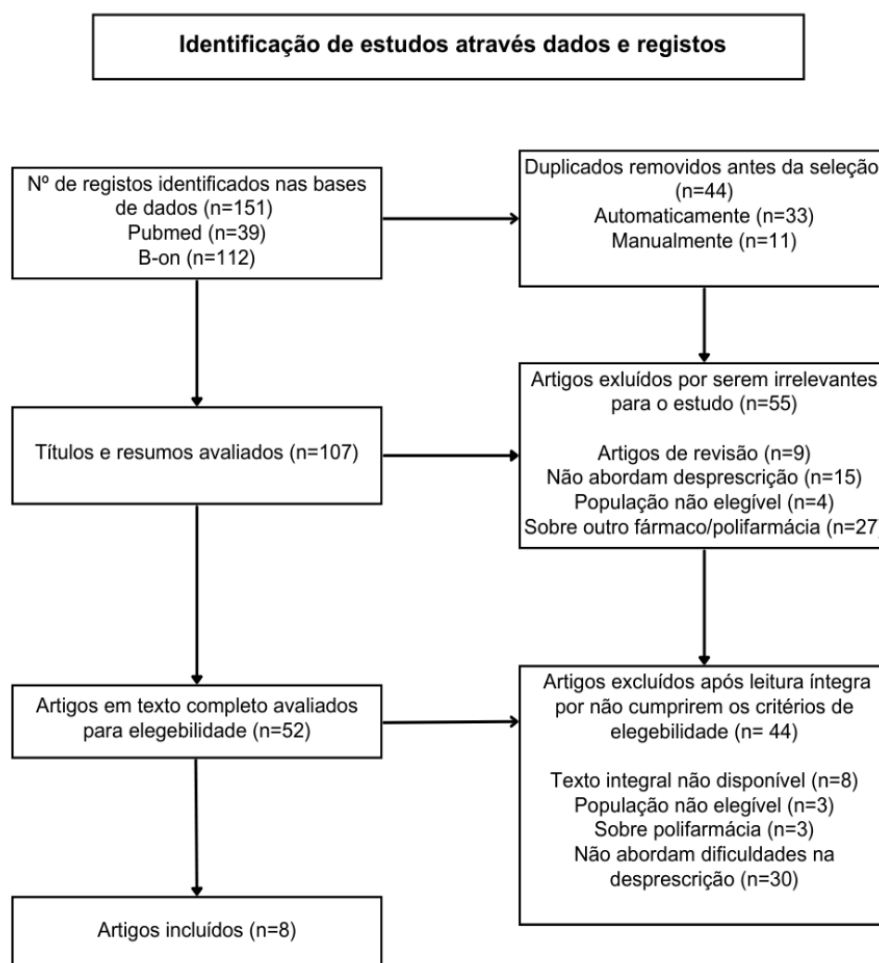


Figura 1: Fluxograma baseado nos critérios PRISMA representativo do processo de seleção dos estudos

### **3.2. Avaliação da Qualidade dos Estudos**

A avaliação da qualidade metodológica foi realizada utilizando o Critical Appraisal Skills Programme (CASP), mais especificamente a checklist para estudos qualitativos. Todos os 8 estudos selecionados foram submetidos à avaliação de qualidade usando a checklist. A tabela apresenta os resultados desta avaliação para cada um dos 8 estudos. Observou-se uma falha comum na questão 6 do CASP, que indaga se "A relação entre o investigador e os participantes foi devidamente considerada?", em muitos casos esta informação não estava explicitamente declarada, tornando difícil determinar se essa relação foi ou não adequadamente considerada durante o processo de pesquisa. Apesar disto, é importante notar que todos os estudos atenderam aos critérios mínimos de qualidade e, portanto, foram mantidos na análise final.

Tabela 4: Checklist CASP para 8 estudos qualitativos

Questão	J. Choi	E. Hawkins	J. Niznik	L. Rodrigues	J. Alvarenga	P. Martin	M. Keller	C. Kelley
1. Houve uma declaração clara dos objetivos da investigação?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2. A metodologia qualitativa é apropriada?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
3. O desenho da investigação foi adequado para atingir os objetivos?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
4. A estratégia de recrutamento foi apropriada para os objetivos da investigação?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não claro	Sim	Sim
5. Os dados foram recolhidos de forma a abordar a questão de investigação?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
6. A relação entre o investigador e os participantes foi devidamente considerada?	Não claro	Não claro	Não claro	Não claro	Sim	Não claro	Sim	Não claro
7. As questões éticas foram consideradas?	Sim	Sim	Não claro	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
8. A análise de dados foi suficientemente rigorosa?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
9. Existe uma declaração clara dos resultados?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não aplicável	Sim	Sim
10. Quão valiosa é a investigação?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Avaliação geral	Incluir	Incluir	Incluir	Incluir	Incluir	Incluir	Incluir	Incluir

### 3.3. Características dos Estudos

As principais características dos estudos incluídos estão descritas no Apêndice 1, na forma de tabela, com os seguintes aspetos detalhados para cada um dos oito estudos: ano e autor, país, metodologia, amostra, objetivos e resultados.

Relativamente ao ano de publicação dos estudos, o artigo mais antigo foi publicado em 2014 e o mais recente em 2023.

Relativamente à distribuição geográfica dos estudos, cinco realizaram-se nos Estados Unidos da América, dois no Brasil e um no Canadá.

Em relação ao idioma, um artigo apresentava-se em português, enquanto os restantes sete em inglês.

Relativamente às amostras de cada estudo, estas variaram entre utentes idosos que consumiam benzodiazepinas e outros fármacos analisados durante ou anteriormente ao estudo, e profissionais de saúde, tal como médicos, médicos assistentes, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de farmácia e líderes clínicos. Quando a amostra se tratou de utentes variou no tamanho entre 11 e 261 idosos, sendo maioritariamente do sexo feminino. Nas amostras de profissionais de saúde, variou entre 14 e 68 indivíduos, sendo maioritariamente médicos e profissionais do sexo feminino.

### 3.4. Medidas de Outcome

A metodologia utilizada pelos vários estudos foi variável, pelo que, seguidamente, será feita uma descrição da metodologia e dos principais outcomes analisados.

E.Hawkins et al. 2021 (9) utilizou métodos qualitativos, nomeadamente entrevistas semiestruturadas individuais, a profissionais de saúde, com o intuito de perceber as suas perspetivas no uso de benzodiazepinas e ópioides e identificar barreiras e facilitadores para a sua desprescrição. Os principais outcomes avaliados foram: barreiras na desprescrição, facilitadores na desprescrição e consequências dos esforços da desprescrição.

J.Alvarenga et al. 2014 (10) teve metodologia qualitativa com entrevistas semiestruturadas individuais, focando-se em analisar a perceção dos idosos sobre o uso de benzodiazepinas e as motivações para o seu uso crónico. Assim, os outcomes avaliados foram: perceções sobre o uso, motivações para o uso, práticas de obtenção e uso e barreiras à desprescrição.

J.Choi et al. 2021 (11) usou metodologia qualitativa com entrevistas semiestruturadas, com o intuito de explorar as perceções e experiências de adultos mais velhos em relação à desprescrição de benzodiazepinas de uso crónico. Os principais outcomes avaliados foram:

disposição para considerar a desprescrição de BZDs, quer parar totalmente, quer reduzir a dose ou frequência da toma; experiências com as BZDs; relação com os prescritores da medicação.

J.Niznik et al. 2022 (12) utilizou uma abordagem de métodos mistos, combinando análise quantitativa de dados de pesquisa com análise qualitativa de dados de grupo focal. Esta metodologia mista permitiu uma avaliação abrangente das perspectivas dos prescritores dos cuidados de saúde primários sobre a desprescrição de opioides e benzodiazepinas em idosos. Para a análise quantitativa, foi utilizado um questionário, adaptado de uma pesquisa validada sobre autoeficácia na desprescrição, que avaliava a confiança do prescritor na desprescrição de opioides, de benzodiazepinas e em circunstâncias impeditivas numa escala de 0-100. Para a análise qualitativa, foi realizado um grupo focal virtual de 90 minutos com prescritores dos cuidados de saúde primários, tendo sido utilizadas como guia 20 perguntas abertas. Os principais outcomes avaliados foram o nível de confiança dos prescritores na desprescrição de opioides e benzodiazepinas, barreiras e facilitadores na desprescrição destes medicamentos, percepções sobre o processo de desprescrição e estratégias terapêuticas alternativas para facilitar a desprescrição na prática clínica.

C.Kelley et al. 2023 (13) realizou entrevistas semiestruturadas a idosos que tinham prescrições a longo prazo de opioides e/ou benzodiazepinas, sendo que 3 indivíduos tomavam ou tinham tomado opioides, 3 indivíduos benzodiazepinas e 5 indivíduos ambos os fármacos. Tratou-se de uma análise qualitativa em que as entrevistas foram submetidas ao framework COM-B e os outcomes incluíram: conhecimentos e experiências dos pacientes com estes fármacos, facilitadores percebidos para sua desprescrição, barreiras percebidas para a sua desprescrição e atitudes em relação a tratamentos alternativos.

L.Rodrigues et al. 2021 (14) utilizou diferentes medidas para avaliar os facilitadores e dificultadores no processo de desprescrição de benzodiazepinas em idosos. O estudo foi desenvolvido em três etapas, sendo a primeira uma revisão da literatura científica para desenvolvimento de um questionário. O segundo passo foi aplicar o instrumento através de entrevistas piloto semiestruturadas, recolhendo assim dados sobre as percepções de idosos em processo de desprescrição de BZDs. Por fim, houve validação do conteúdo por técnica Delphi com 50 especialistas, que avaliaram o instrumento numa escala de 0 a 10, sendo também a concordância entre especialistas avaliada por meio do coeficiente de validade de conteúdo (CVC). As principais medidas de outcome incluíram a avaliação do instrumento desenvolvido, bem como as barreiras e facilitadores percebidos pelos idosos durante o processo de desprescrição de BZDs.

M.Keller et al. 2023 (15) realizou entrevistas semiestruturadas com profissionais de um hospital terciário, utilizando os domínios do modelo COM-B (capacidade, oportunidade e motivação) para identificação de barreiras e facilitadores para a desprescrição de BZDs e hipnóticos

sedativos não-benzodiazepínicos no ambiente hospitalar. Em conjunto com o COM-B, foi usado o TDF (theoretical domains framework) como ferramenta de codificação e análise para categorizar as barreiras e facilitadores identificados nas entrevistas, permitindo obter uma compreensão mais abrangente e teoricamente fundamentada dos fatores que influenciavam a desprescrição. Para além das barreiras e facilitadores na desprescrição, também foi outcome do estudo elaborar potenciais intervenções para colmatar as barreiras identificadas. Aqui foi implementado o BCW (Behaviour Change Wheel) para criar técnicas de mudança comportamental.

P.Martin et al. 2017 (16) utilizou uma avaliação realista, conduzindo um ensaio clínico randomizado EMPOWER e uma abordagem sequencial de métodos mistos: fase quantitativa com questionários pré-intervenção e 1 semana pós-intervenção acerca dos conhecimentos, crenças, preocupações, auto-eficácia e intenção de discutir desprescrição de BZDs; e fase qualitativa com entrevistas semiestruturadas após 6 meses de acompanhamento para perceber os contextos no qual a desprescrição de BZDs sucedeu ou falhou. Acerca dos outcomes, foram avaliados três mecanismos principais relacionados com a desprescrição de BZDs: motivação, capacidade e oportunidade.

### 3.5. Análise dos Resultados

Os resultados obtidos em cada estudo incluído estão detalhados no Apêndice 1.

Vários outcomes avaliados nos estudos não são relevantes para o tema da presente dissertação, acerca das dificuldades na desprescrição de benzodiazepinas, por exemplo, resultados sobre facilitadores da desprescrição ou resultados sobre outros fármacos. Por este motivo, e tendo em conta que todos os resultados já foram detalhados na tabela no Apêndice 1, de seguida serão apenas relatados os resultados com interesse para a revisão.

E.Hawkins et al. 2021 (9) encontrou várias barreiras à desprescrição tanto de ópioides como de benzodiazepinas, que foram agrupadas em 3 principais temas:

- Inércia, isto é, razões para não intervir na desprescrição, como por exemplo a estabilidade clínica do doente, problemas na colaboração entre serviços, nomeadamente entre os serviços primários e os serviços de saúde mental, e responsabilidade deferida entre estes.
- Auto-eficácia do prescriptor, o que inclui relatos da necessidade de mais experiência, capacidades e treino e a falta de acesso a especialistas, sendo necessário mais apoio destes no processo da desprescrição.
- Viabilidade da desprescrição, ou seja, a influência que fatores externos têm na desprescrição. Neste caso, os profissionais relatam falta de tempo e resistência dos

seus pacientes, sendo esta resistência a barreira mais frequente e significativamente reportada, tanto pelos profissionais dos cuidados de saúde primários, como pelos de saúde mental.

Outro outcome avaliado no estudo foram as consequências da desprescrição. O resultado foi o impacto negativo na relação terapêutica, logo também pode ser interpretado como uma barreira uma vez que desmotiva os profissionais de tentarem iniciar o processo de desprescrição.

J.Alvarenga et al. 2014 (10) baseou-se em entrevistas a idosos com consumo crónico de BZDs. Os resultados baseiam-se em várias perceções e motivações dos idosos para o uso, sendo que vários podem ser interpretados como barreiras. Nas perceções sobre o uso é relatado um alívio rápido dos sintomas, dependência psicológica significativa, subestimação/negação dos efeitos adversos das BZDs e o medicamento é visto como essencial, sendo até comparado por um indivíduo ao arroz da alimentação. Acerca das práticas de uso estas também são dificultadoras da desprescrição, uma vez que os idosos criam estratégias para facilitar o acesso à medicação e obtêm prescrições sem consulta médica regular. Os idosos referem não ter sido orientados acerca dos riscos do uso prolongado de BZDs e, para além disto, os doentes que tiveram iniciativa no processo de desprescrição encontraram resistência dos seus médicos em interromper a terapêutica.

J.Choi et al. 2021 (11) concluiu que, num grupo de idosos com consumo crónico de BZDs, 47,6% estavam resistentes à desprescrição, enquanto que 19% estariam dispostos apenas se o médicos deles insistisse na desprescrição. Quanto à redução da toma 19% estavam resistentes, enquanto que 23,8% tinha reservas. Quanto a experiências com BZDs, a maioria relatou alta eficácia, caracterizando a medicação como “mágica” e “milagrosa”.

J.Niznik et al. 2022 (12) entrevistou profissionais acerca da sua confiança para a desprescrição, sendo que o resultado foi uma confiança média aproximada de 65,9%, numa escala de 0 a 100. Esta confiança, na presença de circunstâncias impeditivas era ainda menor, cerca de 53,7%. Áreas de baixa confiança (<50) incluíam quando a medicação tinha sido prescrita por outro profissional ou quando não havia orientação sobre como desprescrever a medicação. Quanto a barreiras à desprescrição, relataram que a desprescrição de BZDs era um processo demorado. Outras barreiras identificadas, em comum com os ópioides, foram a falta de tempo, falta de recursos de saúde mental, responsabilidade por potenciais efeitos adversos da desprescrição e dificuldade acrescida nos pacientes “herdados” de outros profissionais que tinham iniciado a prescrição.

C.Kelley et al. 2023 (13) avaliou as perceções dos idosos consumidores de ópioides e benzodiazepinas, tendo concluído que, para ambas as classes de fármacos, os pacientes tinham falta de motivação para desprescrever e relutância, especialmente com os seus sintomas sob

controlo, não viam necessidade de mudança, pelo que não demonstravam interesse em alternativas terapêuticas. Outra barreira relatada foram as preocupações com o reaparecimento dos sintomas, nomeadamente, para as BZDs o ressurgimento de ansiedade e insónias.

L.Rodrigues et al. 2021 (14) relata vários aspetos dificultadores da desprescrição, apontados por pacientes idosos sob o processo de desprescrição de BZDs:

- Insegurança em reduzir a dose, por receio de não conseguirem dormir sem a medicação habitual (44% dos idosos);
- Pensaram em desistir devido a sintomas de abstinência do fármaco (20% dos indivíduos), nomeadamente alucinação (relatada por 8% dos idosos), insónia (8%) e tontura e fraqueza (4%);
- Dificuldade em dormir (16%)
- Dificuldade na execução da técnica de redução da dose/cortar o comprimido (4%)

M.Keller et al. 2023 (15) agrupa as barreiras à desprescrição em três grupos, capacidade, motivação e oportunidade. A capacidade é uma importante barreira dadas as fortes pressões externas para dar alta aos doentes hospitalares o mais rápido possível, o que reduz as oportunidades para intervir. Os profissionais também estão mais focados em identificar e lidar com os problemas de saúde agudos e há pouco tempo para discutir medicações crónicas e desprescrições. Quanto à motivação, verificou-se baixa confiança e perceção de auto-eficácia para iniciar conversas de desprescrição, havendo receio e esperando-se reações negativas fortes e pessimismo das mesmas, tanto dos pacientes como dos seus familiares. Outro desafio apontado foi o facto da recomendação para desprescrever ir contra a recomendação de outro profissional, que provavelmente tinha uma relação muito mais longa com o doente. Por fim, as dificuldades acerca da oportunidade relacionam-se com o contexto hospitalar e com os recursos, não existindo muito potencial para acompanhamento posterior, quer para desprescrever, quer para iniciar medicação alternativa. Profissionais que tentaram colaborar com o médico dos cuidados de saúde primários também não tiveram sucesso, uma vez que já tinham tentado desprescrever anteriormente sem sucesso e recusaram fazer novo acompanhamento.

P.Martin et al. 2017 (16) baseou-se na realização de uma intervenção EMPOWER que avaliou mecanismos de intervenção no processo de desprescrição e investigou os contextos em que os resultados da intervenção foram positivos ou negativos. Focando nos contextos que levaram ao insucesso da desprescrição, 36% dos idosos não mostraram intenção de desprescrever desde o início da intervenção. Algumas causas possíveis são a priorização da qualidade de vida nos últimos anos de vida, a baixa perceção de risco para o próprio, indivíduos com estado de saúde pobre e elevada dependência das BZDs como apoio e anterior tranquilização do médico

em como as BZDs eram seguras e necessárias. Após uma fase de motivação e intenção para desprescrever inicial, 28% desistiram do processo. Para além das mesmas razões do foco na qualidade de vida e da baixa percepção de riscos, outras causas apontadas foram a falta de suporte do profissional de saúde, intolerância devido a sintomas de abstinência e falta de confiança para continuar e completar o processo sem a medicação pós-intervenção.

## 4. Discussão

### 4.1. Interpretação geral dos resultados

Tendo em conta a problemática de saúde pública constatada na introdução da presente dissertação, reportando Portugal como um país com elevado consumo de benzodiazepinas, uma medicação classificada como potencialmente inapropriada pelos critérios de Beers com nível de recomendação forte (17), esta revisão teve como objetivo analisar artigos para sintetizar as barreiras existentes à desprescrição das BZDs.

Numa interpretação geral dos resultados, podemos organizá-los em resultados baseados na perspetiva dos profissionais de saúde e resultados baseados na perspetiva dos idosos consumidores de BZDs.

Do ponto de vista dos profissionais, os artigos de E. Hawkins (9), J. Niznik (12) e M. Keller (15) abordaram problemas semelhantes. A autoeficácia relatada pelos profissionais é um problema, principalmente em situações adversas, nomeadamente por fatores externos que reduzem a viabilidade da desprescrição, por exemplo falta de tempo e resistência dos doentes e/ou dos seus familiares. Outro problema exposto é inércia e a falta de motivação dos profissionais para iniciar a desprescrição, quer seja por estabilidade clínica do doente e receio de responsabilidade por possíveis efeitos adversos, quer por falta de colaboração entre serviços de saúde e pacientes “herdados” com medicação prescrita por outros profissionais, o que gera responsabilidade deferida.

Da perspetiva dos idosos entrevistados, um dos principais obstáculos à desprescrição é a resistência dos próprios e a falta de motivação para a mudança, mencionada por três autores, J. Choi (11), C. Kelley (13) e P. Martin (16). Para além destes, C. Kelley (13), L. Rodrigues (14) e P. Martin (16) referem como motivo a preocupação com o reaparecimento dos sintomas ou sintomas de abstinência e J. Alvarenga (10) e J. Choi (11) abordam a perceção positiva e de alta-eficácia que os idosos têm da medicação, com dependência e subestimação dos efeitos adversos. J. Alvarenga (10) menciona ainda outros problemas relatados pelos idosos, como resistência dos médicos em parar a prescrição e o facto de não terem sido avisados dos potenciais riscos aquando do início da medicação.

## 5. Conclusão

### 5.1. Limitações na evidência ou no processo de revisão utilizados

Quanto às limitações inerentes a este trabalho, é de realçar o viés de publicação e de seleção de artigos. A pesquisa foi realizada em apenas duas bases de dados e a revisão focou-se apenas em estudos publicados nos últimos dez anos e em artigos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, o que pode ter omitido estudos relevantes. Também se poderão ter perdidos artigos devido à dificuldade de formação de uma equação de pesquisa que se enquadrasse nos objetivos do PICO desta revisão.

Quanto à distribuição geográfica dos estudos, todos se realizaram no continente americano, o que resulta numa representação desequilibrada de outras regiões e gera um potencial viés geográfico nos resultados incluídos. O consumo e as práticas de prescrição de BZDs podem variar significativamente entre diferentes contextos culturais e sistemas de saúde, o que pode, neste caso, afetar a generalização de resultados e a transversalidade a Portugal.

O viés de heterogeneidade também não deve ser descartado, uma vez que há variabilidade entre os diferentes estudos na sua metodologia, nos seus objetivos e até na vertente dos participantes analisados, quer sejam estes pacientes, quer sejam profissionais de saúde.

A inclusão de estudos sobre opioides numa revisão sistemática inicialmente focada em benzodiazepinas representa uma limitação metodológica importante com desvio do objetivo original da revisão. No entanto, esta decisão pode ser justificada e contextualizada:

- E. Hawkins et al. (9) analisou as barreiras dos profissionais para a desprescrição de benzodiazepinas e de opioides, sendo incluídas nesta revisão as seguintes: falta de tempo para abordar adequadamente a desprescrição, resistência dos pacientes, baixa autoeficácia percebida pelos profissionais, inércia para iniciar a desprescrição. Após reflexão ponderada considerou-se que as barreiras resultantes seriam semelhantes sem os opioides, e estas mesmas barreiras acabaram por ser mencionadas por outros autores em estudos específicos de benzodiazepinas, de forma que se acabou por incluir o artigo.
- J. Niznik et al. (12) e C. Kelley et al. (13) incluíram opioides nos seus estudos, porém analisaram e apresentaram as barreiras de forma isolada, de forma que se acabou por incluir apenas as barreiras acerca das benzodiazepinas, tanto na síntese de resultados como na discussão.

- Esta abordagem permitiu uma visão mais ampla e uma maior amostra de resultados, apesar de manter o foco nas benzodiazepinas. No entanto, é crucial reconhecer esta limitação que pode interferir na garantia de que as conclusões específicas sobre as benzodiazepinas sejam bem diferenciadas.

## 5.2. Implicações dos resultados para o futuro

Uma das maiores dificuldades relatadas pelos profissionais nos resultados desta revisão é a baixa autoeficácia para a desprescrição. Numa scoping review publicada pelo Lancet em 2024 acerca de guidelines e outros documentos orientadores da prescrição e desprescrição de benzodiazepinas, 84% dos documentos não ofereciam recomendações para a desprescrição ou estas eram demasiado limitadas para análise. Outro resultado da mesma revisão mostra que mesmo quando eram descritas estratégias de desprescrição estas muitas vezes não eram acompanhadas de clara indicação do “quando”, “onde” ou “como” o que não oferecia aos clínicos a confiança necessária para adotar essas medidas (18). Estes resultados reforçam a importância de continuar a criar evidência científica para a desprescrição e continuar a atualizar as guidelines para instruir continuamente os profissionais de saúde e melhorar a qualidade da sua formação nesta área. Guidelines e protocolos atualizados, simples e abrangentes também facilitariam a desprescrição ao atuar no obstáculo da falta de tempo, permitindo obter informações e guiar o paciente de forma mais eficaz e rápida.

Outro resultado de realçar nesta revisão é a barreira da resistência dos pacientes em mudar, sendo um dos fatores assinalados a subestimação dos efeitos adversos, inclusive por falta de orientação médica sobre os mesmos. É importante fornecer informações claras sobre os riscos do uso prolongado de BZDs, incluindo dependência e tolerância, e reforçar a natureza temporária do tratamento desde o momento da prescrição inicial.

O médico assume um papel crucial no processo de desprescrição, devendo fornecer acompanhamento e evitar tranquilizar inadequadamente os pacientes sobre a segurança a longo prazo das BZDs. Como podemos verificar pelos resultados, um contexto de falha comum no processo de desprescrição foi a percepção de falta de apoio médico por parte do paciente (16), o que consolida o médico como apoio dos pacientes durante o processo. Num dos estudos, concluiu-se que, para a desprescrição e para a redução de dose, respetivamente, cerca de 19% e 24% dos consumidores de BZDs tinham resistências, mas estariam dispostos a tentar iniciar o processo se fossem incentivados pelos seus médicos (11). Isto destaca o poder de influenciar as decisões e a oportunidade de intervenção única que os médicos têm e enfatiza a importância de uma abordagem proativa na gestão do uso de BZDs, potencialmente melhorando assim os resultados de saúde dos seus pacientes.

A nível mais generalista, é importante continuar a criar políticas de saúde que promovam uma abordagem mais integrada, nomeadamente com equipas multidisciplinares de fácil acesso e programas de formação interdisciplinar sobre estratégias de desprescrição.

A investigação futura sobre a desprescrição de benzodiazepinas deve focar em estudos longitudinais que analisem a eficácia das diferentes intervenções de desprescrição em diferentes populações, mas principalmente nos idosos, os principais consumidores deste tipo de medicação, de modo a poder aumentar a qualidade das diretrizes nesta vertente e finalmente fornecer orientações completas e baseadas em evidência que ajudem na prática clínica na desprescrição.

### **5.3. Considerações finais**

Esta revisão sistemática teve como objetivo identificar e analisar as barreiras enfrentadas na desprescrição de benzodiazepinas, tanto da perspectiva dos profissionais de saúde como dos pacientes.

Os resultados evidenciam que existem múltiplos desafios neste processo, destacando-se da parte dos profissionais de saúde: baixa autoeficácia percebida para a desprescrição, falta de tempo e recursos, resistência dos pacientes ou dos familiares, preocupação com a estabilidade clínica dos pacientes, responsabilidade deferida e falta de colaboração entre serviços. Destaca-se da parte dos pacientes: falta de motivação para descontinuar o uso, preocupação com o ressurgimento dos sintomas de base, medo da síndrome de abstinência e subestimação dos efeitos adversos das benzodiazepinas.

No caso particular de Portugal, este foi identificado como país de elevado consumo de ansiolíticos desde a década de 90, e em 2018 foram consumidas quase 10,5 milhões de embalagens (19). A nível mundial, as doenças mentais também têm vindo a aumentar, o que contribui inevitavelmente para acrescer a esta realidade. Segundo o último relatório de saúde mental da OMS, os transtornos mentais são atualmente a principal causa de anos de vida saudável perdidos e vividos com incapacidade (YLDs) (20).

No entanto, o elevado consumo de BZDs pode ser explicado por vários motivos, muitos dos quais estão profundamente enraizados em fatores socioeconómicos e culturais.

A pobreza, o isolamento e a precariedade social associam-se uma elevada prevalência de problemas de saúde mental, como stress, ansiedade e depressão, e Portugal, entre os 27 membros da EU, tem a 13ª maior taxa de risco de pobreza e exclusão social, isto é, uma em cada cinco pessoas vive em risco de pobreza e exclusão social (21).

Verifica-se ainda que o maior risco de pobreza e exclusão ocorre na população dos 55 aos 64 anos, uma faixa etária ainda ativa, onde prevalecem trabalhadores com baixa escolaridade e desemprego, com maior dificuldade em regressar ao mercado de trabalho (22).

Segundo o Infarmed (3), os utilizadores de BZDs são maioritariamente do género feminino (70%) e nas faixas etárias entre os 55 e os 79 anos. Para além disto, a proporção da população que utiliza BZDs vai aumentando com a idade, correspondendo a mais de metade das mulheres com 85 anos ou mais. Assim sendo, a população mais afetada por esta problemática é a com idade superior a 44 anos, equivalente aos termos MeSH “Middle Aged” (45-64 anos) e “Aged” (>64).

Apesar disto, os transtornos mentais também têm vindo a aumentar em jovens, sendo que em 2019, 14% dos adolescentes no mundo viviam com um problema de saúde mental (20).

Em relação a algumas das barreiras apresentadas nesta dissertação, como os pacientes não perceberem as consequências negativas do fármaco, subestimando-as ou negando-as, mesmo que estas fossem explicadas pelo médico, é essencial a literacia em saúde para haver compreensão das informações fornecidas e capacitação dos indivíduos para participarem ativamente na sua saúde com melhores escolhas. Porém, em Portugal, mais de 60% da população apresenta níveis de literacia em saúde inadequados e problemáticos, o que se torna num obstáculo à desprescrição recomendada (23).

A educação dos portugueses é extremamente relevante para o tema, para além da literacia necessária em saúde. Uma análise sobre a prevalência de depressão (24) mostrou que esta era mais concentrada nas pessoas com níveis de baixa escolaridade e baixo rendimento. Assim, a menor educação e a privação socioeconómica dos portugueses estão intimamente ligadas ao risco de desenvolver doença mental, e assim, ao risco de consumir BZDs.

Outro fator de risco são as desigualdades, quer de rendimento, capazes de ampliar as comparações sociais e o nível de ansiedade, quer de recursos, sendo que em saúde mental os recursos têm uma distribuição muito assimétrica, com escassez principalmente de pessoal, em algumas regiões do país (19). Sabe-se que nos países onde existe maior desigualdade há maior percentagem da população que sofre doença mental, o que é muito preocupante para Portugal, que, em 2023, teve o 4º maior coeficiente de Gini da EU, um indicador sobre o quão desigual é a distribuição de rendimentos desse país (21).

Outros fatores que contribuem para agravar o problema são os associados à facilidade de acesso ao fármaco. As BZDs são relativamente baratas, sendo que o alprazolam, uma das BZDs com maior consumo em Portugal, para o utente de regime geral na farmácia, pode ser comprado por apenas 1,23€, sendo gratuita para pensionistas de regime especial (exemplo da embalagem de 20 unidades do Alprazolam 0,25mg) (25).

Acrescido ao baixo preço, a acessibilidade é acrescida uma vez que há ainda farmácias que disponibilizam medicamentos, incluindo ansiolíticos, sem receita médica. Num estudo elaborado pela Deco, revelou-se que 14% dos 1.345 participantes conseguiram comprar a medicação sem prescrição (26).

Apesar da difícil desprescrição, a prescrição continuada persiste um desafio significativo, devido à complexa interação de fatores que envolvem tanto os profissionais como os pacientes, bem como aspetos estruturais do sistema de saúde. Por exemplo, o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, com extensão até 2020, baseado no Plano de Ação da OMS, definiu estratégias para a área da saúde mental, porém, este plano não teve apoio político nem recursos financeiros para ser implementado. Por norma, em Portugal, as intervenções na área da promoção da saúde mental são feitas de forma isolada, não são sustentadas no tempo e carecem de uma abordagem integrada que assegure maior equidade. Assim, infelizmente, a saúde mental, e apesar do aumento assustador da incidência de doenças deste foro, não tem sido considerada uma prioridade nas políticas de saúde, nem uma preocupação relevante das comunidades, havendo uma forte subvalorização associada (19).

Viver com problemas de saúde mental em Portugal ainda está associado a estigma e discriminação, e os profissionais de saúde não são exceção à projeção de preconceitos e indiferença social. A desvalorização dos quadros psiquiátricos por muitos médicos, a necessidade de resolver a situação clínica rapidamente e a falta de oportunidade para ver o utente várias vezes continuam a propiciar a prescrição de benzodiazepinas. As dificuldades de articulação entre os serviços de saúde mental e os cuidados de saúde primários também são ainda uma realidade, dificultando a referenciação dos doentes e levando à fragmentação dos serviços de saúde, o que prejudica a continuidade do cuidado e a coordenação dos diferentes níveis de atenção necessários (19).

Considerando o elevado consumo de benzodiazepinas em Portugal, é crucial abordar estas barreiras para melhorar os cuidados de saúde. Recomenda-se o desenvolvimento de guidelines atualizadas e protocolos para orientar a desprescrição, aumentando assim a confiança dos profissionais, e o reforço as orientações médicas no momento da prescrição, enfatizando os riscos do uso prolongado e os efeitos de tolerância e dependência, bem como a proatividade e postura de apoio em relação ao processo de desprescrição. Ainda assim, muitas das barreiras à desprescrição das benzodiazepinas transcendem a área de atuação dos médicos, enraizando-se profundamente em fatores estruturais da sociedade portuguesa, que impedem e desmotivam os profissionais de tentar a desprescrição. Estes desafios incluem, portanto, a prevalência de pobreza, os baixos níveis de literacia em saúde, as desigualdades económicas e as lacunas no sistema educacional. Ademais, o próprio sistema de saúde perpetua essas dificuldades através da manutenção de preços reduzidos para estes medicamentos, com uma taxa de comparticipação que ronda os 37%, desequilíbrios nos recursos de saúde mental nas diferentes

regiões do país e políticas de saúde, que apesar da perspectiva de mudança e melhoria, não têm suporte adequado e permanecem em inércia.

Estas medidas são essenciais para ajudar a resolver esta problemática, especialmente em populações vulneráveis como os idosos. A questão da desprescrição de benzodiazepinas em Portugal revela-se um desafio multifacetado, que reflete, não só as complexidades do sistema de saúde, mas também as disparidades da sociedade portuguesa. A combinação destas linhas de práticas e políticas pode contribuir significativamente para uma prática clínica mais segura e eficaz na desprescrição, reduzindo assim o consumo inadequado de BZDs e melhorando a saúde pública de Portugal.

## 6. Bibliografia

1. Rang HP, Ritter JM, Flower RJ HG. Rang & Dale's Pharmacology. 8th ed. London: Elsevier; 2015. 6 p.
2. International Narcotics Control Board. Report of the International Narcotics Control Board for 2022 [Internet]. Report of the International Narcotics Control Board for 2022. Vienna: UN; 2023 Mar. Available from: [www.incb.org](http://www.incb.org)
3. Direção de Informação e Planeamento Estratégico. Utilização de Benzodiazepinas e análogos. Infarmed [Internet]. 2016 [cited 2024 Dec 5];2. Available from: [https://www.infarmed.pt/web/infarmed/infarmed?p\\_p\\_id=101&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&\\_101\\_struts\\_action=%2Fasset\\_publisher%2Fview\\_content&\\_101\\_assetEntryId=2333427&\\_101\\_type=document&inheritRedirect=false&redirect=https%3A%2F%2Fwww.i](https://www.infarmed.pt/web/infarmed/infarmed?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=2333427&_101_type=document&inheritRedirect=false&redirect=https%3A%2F%2Fwww.i)
4. George FHM. Tratamento sintomático da ansiedade e insónia com benzodiazepinas e fármacos análogos. Norma da Direção-Geral da Saúde [Internet]. 2013 Dec 27 [cited 2024 Dec 5];055/2011. Available from: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/12/27/tratamento-sintomatico-da-ansiedade-e-insonia-com-benzodiazepinas-e-farmacos-analogos/>
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, Va; 2013.
6. European Union Drugs Agency. Benzodiazepines drug profile [Internet]. [cited 2024 Dec 5]. Available from: [https://www.euda.europa.eu/publications/drug-profiles/benzodiazepines\\_en](https://www.euda.europa.eu/publications/drug-profiles/benzodiazepines_en)
7. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. 2021 Mar 29 [cited 2024 Dec 5];372:n71. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8005924/>
8. Hosseini MS, Jahanshahloo F, Akbarzadeh MA, Zarei M, Vaez-Gharamaleki Y. Formulating research questions for evidence-based studies. *J Med Surgery, Public Heal.* 2024 Apr 1;2:100046.
9. Hawkins EJ, Lott AM, Danner AN, Malte CA, Hagedorn HJ, Berger D, et al. Primary Care and Mental Health Prescribers, Key Clinical Leaders, and Clinical Pharmacist Specialists' Perspectives on Opioids and Benzodiazepines. *PAIN Med* [Internet]. 2021 Jul 1;22(7):1559-69. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=edswsc&AN=000715369400013&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
10. Alvarenga JM, Giacomini KC, de Loyola Filho AI, Uchoa E, Araujo Firmo JO. Chronic use of benzodiazepines among older adults. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2014 Dec

- 1;48(6):866-72. Available from:  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=edswsc&AN=000348587400002&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
11. Choi J, Vordenberg SE. Older adults' perceptions of deprescribing chronic benzodiazepines. *J Am Pharm Assoc [Internet]*. 2021 Sep 1;61(5):533-538.e3-538.e3. Available from:  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-85104627578&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
  12. Niznik JD, Busby-Whitehead J, Roberts E, Kelley CJ, Henage CB, Ferreri SP, et al. Primary-Care Prescribers' Perspectives on Deprescribing Opioids and Benzodiazepines in Older Adults. *Drugs and Aging [Internet]*. 2022 Sep 1;39(9):739-48. Available from:  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-85137950520&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
  13. Kelley CJ, Niznik JD, Ferreri SP, Schlusser C, Armistead LT, Hughes TD, et al. Patient Perceptions of Opioids and Benzodiazepines and Attitudes Toward Deprescribing. *Drugs Aging [Internet]*. 2023 Dec;40(12):1113-22. Available from:  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=cmedm&AN=37792262&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
  14. Rodrigues LS, Tinoco MS, Silva LGR da, Cardoso CS, Sousa LCC de, Gonçalves AMRF, et al. Barriers and enablers to deprescribing benzodiazepines in older adults: elaborating an instrument and validating its content. *Geriatr Gerontol Aging [Internet]*. 2022 Jan 1;15:1-9. Available from:  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=edsdoj&AN=edsdoj.b173c5b995514d35b0903d84c9593bea&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
  15. Keller MS, Carrascoza-Bolanos J, Breda K, Kim LY, Kennelty KA, Leang DW, et al. Identifying barriers and facilitators to deprescribing benzodiazepines and sedative hypnotics in the hospital setting using the Theoretical Domains Framework and the Capability, Opportunity, Motivation and Behaviour (COM-B) Model: a qualitative study. *BMJ Open [Internet]*. 2023 Feb 22;13(2):e066234. Available from:  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=cmedm&AN=36813499&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
  16. Martin P, Tannenbaum C. A realist evaluation of patients' decisions to deprescribe in the EMPOWER trial. *BMJ Open [Internet]*. 2017 May 4;7(4):e015959. Available from:  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=cmedm&AN=28473524&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
  17. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2023 Jul 1;71(7):2052-81.
  18. Brandt J, Bressi J, Lê ML, Neal D, Cadogan C, Witt-Doerring J, et al. Prescribing and deprescribing guidance for benzodiazepine and benzodiazepine receptor agonist use in

- adults with depression, anxiety, and insomnia: an international scoping review. *eClinicalMedicine* [Internet]. 2024 Apr 1 [cited 2024 Dec 5];70. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S2589537024000865/fulltext>
19. CNS. Sem mais tempo a perder - Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década Conselho Nacional de Saúde. Cons Nac Saúde, República Port [Internet]. 2019 [cited 2025 Jan 26];130. Available from: <https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2020/02/“Sem-mais-tempo-a-perder”-CNS-2019.pdf>
  20. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva; 2022.
  21. Pordata. Pordata retrata a evolução da pobreza em Portugal. 2024;13.
  22. Observatório Nacional de Luta Contra a Pobreza. Pobreza e Exclusão Social em Portugal. 2022.
  23. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Rev Port Saude Publica*. 2016;34(3):259-75.
  24. Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saúde. 2014.
  25. INFARMED. Lista de Medicamentos abrangidos pelo SPR [Internet]. [cited 2025 Jan 26]. Available from: [https://app10.infarmed.pt/genericos/genericos\\_II/lista\\_genericos.php?tabela=spr&font=dcif&escolha\\_dci=TG9yYXplcGFt](https://app10.infarmed.pt/genericos/genericos_II/lista_genericos.php?tabela=spr&font=dcif&escolha_dci=TG9yYXplcGFt)
  26. Deco. Teste Saúde: Recomeçar em segurança. Teste Saúde [Internet]. 2020 Jun [cited 2025 Jan 26]; Available from: [https://www.deco.proteste.pt/noticias/publicacoes?magazine=teste saúde](https://www.deco.proteste.pt/noticias/publicacoes?magazine=teste%20saude)

# Apêndice

## Apêndice 1 - Tabela de extração de dados

Ano e autor	País	Metodologia	Amostra	Objetivos	Resultados
2021, E. Hawkins et al. (9)	Estados Unidos da América	Entrevistas semiestruturadas	39 participantes (21 médicos, 8 líderes clínicos, 5 enfermeiros, 5 farmacêuticos; 18 mulheres e 21 homens)	Percepções dos profissionais sobre o uso concomitante de BZDs e opioides, e barreiras e facilitadores na desprescrição	<p>Barreiras à desprescrição:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inércia (estabilidade do paciente, adiamento de responsabilidade, dificuldades de colaboração entre serviços);</li> <li>• Autoeficácia do profissional (necessidade de treinamento, falta de acesso a especialistas);</li> <li>• Viabilidade da desprescrição (tempo insuficiente, resistência dos pacientes);</li> </ul> <p>Facilitadores da desprescrição:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atitudes positivas em relação ao objetivo da desprescrição;</li> <li>• Medo das consequências negativas da continuação;</li> </ul> <p>Consequências da desprescrição:</p> <p>Impacto negativo na relação terapêutica;</p>
2014, J. Alvarenga et al. (10)	Brasil	Entrevistas semiestruturadas	22 idosos (18 mulheres e 4 homens)	Percepção e motivação para o uso crônico de benzodiazepinas entre idosos	<p>Motivações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle dos "nervos" e alívio de problemas do cotidiano, como: Dificuldades para dormir; Preocupações familiares; Morte de entes queridos; Dor;</li> </ul> <p>Percepções sobre o uso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alívio rápido dos sintomas</li> <li>• Dependência psicológica significativa</li> </ul>

Ano e autor	País	Metodologia	Amostra	Objetivos	Resultados
					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subestimação ou negação de potenciais efeitos colaterais</li> <li>• Medicamento visto como essencial, comparado ao arroz na alimentação</li> </ul> <p>Práticas de obtenção e uso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtenção de prescrições sem consulta médica regular</li> <li>• Estratégias para facilitar o acesso aos medicamentos</li> </ul> <p>Barreiras à desprescrição:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de orientação sobre os riscos do uso prolongado</li> <li>• Resistência dos médicos em interromper a prescrição</li> </ul>
2021, J. Choi et al. (11)	Estados Unidos da América	Entrevistas semiestruturadas	21 idosos (14 mulheres e 7 homens)	Disposição dos idosos em parar ou reduzir a dose/frequência das benzodiazepinas crônicas; A longo prazo desenvolver uma intervenção centrada no paciente para auxiliar no processo de desprescrição; Descrever as experiências e crenças	<p>Disposição para a desprescrição:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 47,6% resistentes</li> <li>• 19% com reservas, mas dispostos se o médico insistisse</li> <li>• 33,3% aceitavam a ideia</li> </ul> <p>Disposição para a redução da dose/frequência:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 57,1% aceitavam a ideia</li> <li>• 23,8% tinham reservas, mas estavam dispostos a tentar</li> <li>• 19% resistentes</li> </ul> <p>Experiências com benzodiazepinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A maioria relatou alta eficácia</li> <li>• Alguns experimentaram efeitos adversos</li> <li>• Preocupações com dependência e sintomas de abstinência</li> </ul>

Ano e autor	País	Metodologia	Amostra	Objetivos	Resultados
				sobre o uso e sobre a desprescrição das BZD;	<p>Relação com os prescritores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>76,2% relataram uma relação muito positiva</li> </ul> <p>Confiança no cuidado fornecido pelos prescritores de longa data</p>
2022, Niznik et al. (12)	Estados Unidos da América	Análise quantitativa de dados de pesquisa combinada com análise qualitativa de dados de grupo focal	61 respostas no questionário de médicos, enfermeiros, médicos assistentes; mulheres e homens) e participantes no grupo focal virtual (3 médicos, 3 médicos assistentes, 1 enfermeiro; 4 homens e 3 mulheres)	Confiança e percepções dos profissionais dos cuidados de saúde primários sobre a desprescrição de opioides e benzodiazepinas em idosos	<p>Confiança na desprescrição (com base em escala 0-100)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Confiança média comparável para opioides (64,5) e benzodiazepinas (65,9)</li> <li>Menor confiança na desprescrição em circunstâncias impeditivas (53,7)</li> </ul> <p>Barreiras à desprescrição:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Opióides: doses altas;</li> <li>Benzodiazepinas: processo demorado;</li> <li>Em comum: Falta de tempo, falta de recursos de saúde mental, responsabilidade por efeitos adversos, pacientes “herdados” com medicação prescrita por outro profissional;</li> </ul> <p>Facilitadores na desprescrição:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Opióides: pacientes com menor dose, período de reabastecimento mais longo, discussão do uso com o paciente, acordo com o paciente, não prescrever mais do que uma vez por mês, reunir-se frequentemente para discutir como reduzir a dose;</li> <li>Benzodiazepinas: materiais/guias de desprescrição, desprescrição lenta e gradual, uso de medicações alternativas, consciência de crises de opióides facilita a conversa quanto às BZDs;</li> </ul>

Ano e autor	País	Metodologia	Amostra	Objetivos	Resultados
					<ul style="list-style-type: none"> <li>Em comum: relação de confiança profissional-paciente, conversa de desprescrição iniciada pelo paciente, aceitação do paciente;</li> </ul>
2023, Kelley et al. (13)	Estados Unidos da América	Entrevistas semiestruturadas	11 idosos (9 mulheres, 2 homens) consumo de opióides (3) benzodiazepinas (3) ou ambos (5)	Conhecimento dos pacientes sobre opioides e benzodiazepinas, facilitadores e barreiras percebidos para a desprescrição, e atitudes em relação a tratamentos alternativos	<p>Conhecimentos sobre opioides e benzodiazepinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A maioria dos pacientes conseguiu identificar corretamente pelo menos um opioide e uma benzodiazepina, mas quase metade identificou incorretamente alguns opioides como BZDs, ou vice-versa. Alguns pacientes atribuíram incorretamente o propósito de opioides ou BZDs, sendo importante notar que a maioria destes pacientes estava atualmente a tomar a classe de medicamentos que identificou erroneamente.</li> </ul> <p>Facilitadores para a desprescrição</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Semelhantes para opioides e benzodiazepinas</li> <li>Confiança no profissional de saúde</li> <li>Redução gradual da medicação</li> <li>Disponibilidade de tratamento alternativo</li> </ul> <p>Barreiras para a desprescrição</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Semelhantes para opioides e benzodiazepinas: <ul style="list-style-type: none"> <li>Preocupações com o reaparecimento de sintomas;</li> <li>Falta de motivação para desprescrever, falta de urgência e relutância, especialmente com os sintomas bem controlados;</li> </ul> </li> <li>Para opioides: <ul style="list-style-type: none"> <li>Medo do retorno da dor;</li> </ul> </li> </ul>

Ano e autor	País	Metodologia	Amostra	Objetivos	Resultados
					<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Para benzodiazepinas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupações com o ressurgimento de ansiedade e insônia;</li> </ul> </li> </ul> <p>Atitudes em relação a tratamentos alternativos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em geral, os pacientes demonstraram pouco interesse em alternativas aos opioides e às BZDs, quer farmacológicas quer não farmacológicas; pareciam estar satisfeitos com os regimes de medicação atuais e não viam necessidade de mudança;</li> </ul>
2021, L. Rodrigues et al. (14)	Brasil	Estudo metodológico em três etapas: 1) revisão da literatura e elaboração do instrumento com 12 questões 2) entrevista piloto semiestruturada 3) validação de conteúdo por técnica Delphi com análise por	25 idosos para entrevista piloto (19 mulheres, 6 homens); especialistas para validação de conteúdo enfermeiros, farmacêuticos, médicos; mulheres e 10 homens)	Elaboração e validação de um instrumento sobre barreiras e facilitadores no processo de desprescrição de benzodiazepinas na perspectiva do paciente	Elaboração do instrumento com 12 questões (11 com três opções de resposta e 1 com resposta aberta) Entrevista piloto: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 44% relataram insegurança em reduzir a dose</li> <li>• 20% pensaram em desistir devido a sintomas de abstinência</li> <li>• 96% consideraram importante o apoio dos profissionais de saúde</li> </ul> Validação de conteúdo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• O instrumento foi validado na primeira ronda de avaliação</li> <li>• Todas as questões obtiveram CVC superior a 0,8</li> <li>• Sugestões de melhorias foram incorporadas na versão final</li> </ul> Facilitadores identificados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio dos profissionais de saúde (96%)</li> <li>• Conhecimento sobre o risco do uso por longos períodos (96%)</li> <li>• Encontros presenciais com os profissionais de saúde (92%)</li> </ul>

Ano e autor	País	Metodologia	Amostra	Objetivos	Resultados
		profissionais de saúde			<ul style="list-style-type: none"> <li>Melhorias no estado geral de saúde, bem-estar e disposição (60%)</li> </ul> Barreiras identificadas: <ul style="list-style-type: none"> <li>Insegurança no processo (44%)</li> <li>Dificuldade em partir o comprimido (4%)</li> <li>Dificuldade para dormir (16%)</li> <li>Sinais e sintomas de abstinência (20%)</li> </ul>
2023, Keller et al. (15)	M. Estados Unidos da América	Entrevistas qualitativas semiestruturadas usando o Theoretical Domains Framework (TDF) e o Capability, Opportunity, Motivation and Behaviour (COM-B) Model; Implementação de intervenções com o BCW	14 profissionais de saúde farmacêuticos, 4 médicos, 3 enfermeiros, 1 técnico de farmácia)	Barreiras e facilitadores para a desprescrição de benzodiazepinas e outros hipnóticos sedativos no ambiente hospitalar; Potenciais intervenções para abordar as barreiras identificadas;	Barreiras: <ul style="list-style-type: none"> <li>Capacidade: as pressões externas para dar alta rapidamente e o foco em tratar a doença aguda leva a poucas oportunidades para abordar a desprescrição;</li> <li>Motivação: baixa confiança dos profissionais e receio de resistência dos pacientes;</li> <li>Oportunidade: ausência de follow-up;</li> </ul> Facilitadores: <ul style="list-style-type: none"> <li>Capacidade: altos níveis de conhecimento sobre os riscos destes medicamentos;</li> <li>Motivação: crenças de que os pacientes podem ser mais recetivos à desprescrição se a medicação estiver relacionada ao motivo da hospitalização;</li> <li>Oportunidade: revisões e reuniões regulares para identificar medicamentos inapropriados;</li> </ul> Potenciais intervenções desenvolvidas: <ul style="list-style-type: none"> <li>Criação de seminários para enfermeiros, abordando barreiras específicas sobre a capacidade e a motivação para iniciar e conduzir a desprescrição;</li> </ul>

Ano e autor	País	Metodologia	Amostra	Objetivos	Resultados
		(Behaviour Change Wheel);			<ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolvimento de um guia de estratificação de risco para farmacêuticos, intervindo nos pacientes de maior risco e monitorizando os resultados;</li> <li>Distribuição de materiais educativos no hospital e na plataforma digital <i>Portal do paciente</i>;</li> </ul>
2017, Martin et al. (16)	P. Canadá	Avaliação realista com uma abordagem sequencial de métodos mistos (quantitativos e qualitativos), conduzida paralelamente a um ensaio clínico randomizado EMPOWER	261 idosos	Motivação, capacidade e oportunidade para a desprescrição de benzodiazepinas	<p>Motivação para desprescrever:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>64% (167 participantes) demonstraram intenção de discutir a desprescrição;</li> <li>Melhora no conhecimento (diferença de risco: 58,50%, IC 95%: 46,98% a 67,44%);</li> <li>Aumento da preocupação sobre o uso de benzodiazepinas (diferença de risco: 67,67%, IC 95%: 57,36% a 74,91%);</li> </ul> <p>Capacidade de reduzir gradualmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento da autoeficácia entre os que tentaram reduzir (diferença de risco: 56,90%, IC 95%: 45,41% a 65,77%);</li> </ul> <p>Contextos de falha nos mecanismos de desprescrição:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de apoio do profissional de saúde</li> <li>Percepção de que os benefícios são maiores que os riscos</li> <li>Falta de confiança</li> <li>Foco na qualidade de vida</li> <li>Intolerância aos sintomas de abstinência</li> <li>Estado de saúde precário</li> </ul> <p>Tranquilização por profissionais em como era uma medicação segura e necessária</p>