

# INTERVENÇÃO SIMPLES NA DESCONTINUAÇÃO DE BENZODIAZEPINAS NUMA USF DA ZONA NORTE

## MINIMAL INTERVENTION FOR DISCONTINUATION OF BENZODIAZEPINES IN A FAMILY HEALTHCARE UNIT OF NORTHERN PORTUGAL

Autores:

Nuno Parente<sup>1</sup>, Ana Fraga<sup>1</sup>, Joana Castro<sup>2</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A prescrição de benzodiazepinas (BZD) mantém um padrão crescente em Portugal. No entanto, as recomendações nacionais e internacionais preconizam a sua utilização em situações específicas e durante um curto período de tempo. O consumo abusivo na população idosa predispõe à ocorrência mais frequente de efeitos adversos. Os objetivos principais do projeto foram atingir uma redução de dose diária de 25% a 75% de BZD em 5% dos doentes e a descontinuação de BZD em 10% dos doentes.

**Métodos:** Incluíram-se utentes com idade  $\geq 65$  anos pertencentes à Unidade de Saúde Familiar, incumpridores do indicador “proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, sem prescrição prolongada de ansiolíticos, nem de sedativos, nem de hipnóticos” codificado pelo SIARS (sistema de monitorização das administrações regionais de saúde) número 2013.297.01. Estrategicamente, o projeto assentou no apoio escrito (algoritmo de decisão e esquema de desmame) à descontinuação em consulta, envio de carta personalizada pelo médico de família (MF) com informação atualizada e relevante acerca dos riscos do consumo de BZD e uma “via verde” de referência para o médico dos utentes interessados na descontinuação.

**Resultados:** Na avaliação em outubro, verificou-se que 16 utentes, 9,36%, tiveram uma redução de 25 a 75% da dose e 42 utentes, 24,56%, cumpriram o critério de descontinuação de BZD.

**Discussão:** Destacam-se a abordagem de problema de saúde prioritário no âmbito do Programa Nacional de Saúde Mental, a promoção da literacia em saúde com vista a decisão terapêutica partilhada e informada entre a díade médico prescritor - doente e a sensibilização e promoção de formação contínua dos profissionais de saúde na área da saúde mental e psicoterapêutica. Contudo, pode ser importante a replicação em idades mais jovens, fomentar medidas de revisão terapêutica, valorizar as opções não farmacológicas e disponibilizar maior acesso a terapia cognitivo-comportamental.

**Palavras-chave:** benzodiazepinas; idoso; uso indevido de medicamentos sob prescrição.

### ABSTRACT

**Introduction:** The prescription of benzodiazepines (BZD) continues to grow in Portugal. However, national and international recommendations recommend its use under specific conditions and for a short period of time. Abusive consumption in the elderly population predisposes to more frequent occurrence of adverse effects. The main objectives of the project were to achieve a 25% to 75% daily dose reduction of BZD in 5% of patients and discontinuation of BZD in 10% of patients.

**Methods:** Users aged  $\geq 65$  years belonging to the Family Health Unit were included, with the indicator “proportion of users aged 65 years or over, without long-term prescription of anxiolytics, sedatives or hypnotics” coded by SIARS (monitoring system for regional health administrations) number 2013.297.01. Strategically, the project was based on written support (decision algorithm and weaning scheme) for discontinuation in consultation, sending a personalized letter by the family doctor (MF) with updated and relevant information about the risks of BZD consumption and a “green lane” of reference to the specific users’ physician upon discontinuation.

**Results:** In the evaluation in October, it was found that 16 users, 9.36%, had a dose reduction of 25 to 75% and 42 users, 24.56%, complied with the BZD discontinuation guidelines.

**Discussion:** Highlights include the approach to the priority health problem within the scope of the National Mental Health Program, the promotion of health literacy with a view to shared and informed therapeutic decisions between the prescribing doctor - patient dyad and the awareness raising and promotion of continuous training of health professionals in the area of mental health and psychotherapeutics. However, replication at younger ages may be important, promoting therapeutic revision measures, valuing non-pharmacological options and providing greater access to cognitive-behavioral therapy.

**Keywords:** benzodiazepines; aged; drug misuse.

1. Médico(a) Interno(a) de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Viver Mais, ACeS Grande Porto III - Maia/Valongo

2. Médica Assistente em Medicina Geral e Familiar, UCSP Porto de Mós, ACeS Pinhal Litoral

## INTRODUÇÃO

As benzodiazepinas (BZD) são fármacos frequentemente utilizados para tratar a insónia e ansiedade patológicas.<sup>1</sup> Conforme as recomendações da Direção Geral da Saúde, o uso deve ser limitado até quatro semanas na insónia e entre oito e 12 semanas na ansiedade.<sup>2</sup>

Em Portugal, denotou-se um aumento de aproximadamente 6,23% na prescrição de sedativos e hipnóticos entre 2016 e 2018.<sup>3</sup> Prevê-se, no Programa Nacional de Saúde Mental, a inversão da tendência de prescrição das BZD como meta para 2020.<sup>4</sup> Na Europa, segundo o *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, as BZD são cada vez mais tidas em conta como substância psicoativa para uso recreacional e, em 2015, juntamente com os "bath salts" e canabinóides, foram responsáveis pela maior parte (73%) das convulsões induzidas por drogas.<sup>5</sup>

Para além destes cenários, é mais premente considerar a proporção elevada de consumidores crónicos de BZD. Estes doentes estão em maior risco de desenvolver tolerância, dependência e declínio cognitivo.<sup>6</sup> A síndrome de abstinência pode também acontecer, caracterizando-se por sintomatologia neurológica de ativação simpática, e é uma das principais barreiras à descontinuação.<sup>7</sup>

Nos cuidados de saúde primários (CSP), em Portugal, a prevalência do consumo de BZD variou de 6% (2000) e 14,8% (2004).<sup>8,9</sup> Contudo, é de urgente preocupação a utilização desmedida destes fármacos na população idosa. Em 2015, Portugal apresentou-se como o segundo país europeu com maior proporção de idosos sob BZD a longo prazo.<sup>10</sup> Nesta população, há aumento do risco de efeitos adversos como confusão, fadiga, vertigem e risco de queda (a evidência aponta para um aumento da incidência de fratura da anca em 50%).<sup>11,12</sup>

Na Unidade de Saúde Familiar (USF) em questão, previamente ao desenho do projeto, no final de 2017, verificou-se que a proporção de indivíduos com idade  $\geq 65$  anos sem prescrição de ansiolíticos, sedativos ou hipnóticos era mais baixa do que o mínimo considerado aceitável pela plataforma Bilhete de Identidade dos CSP®. Este cenário foi coincidente com a informação apreendida previamente sobre a epidemiologia do consumo destes fármacos em Portugal. Partindo desta realidade, considerando que 68,6% dos idosos têm pelo menos um fármaco inapropriadamente prescrito e as BZD são a terceira classe mais prescrita neste sentido (27,3%)<sup>13</sup>, que se trata também de uma população vulnerável, assumiu-se esta necessidade

de saúde como prioridade na USF. Desta forma, a população alvo foram os idosos não cumpridores do indicador 2013.297.01, acima referido, e, portanto, consumidores de mais de 53 doses definidas diárias (DDD), o correspondente a um padrão abusivo.

A finalidade deste projeto foi diminuir a proporção de idosos com consumo abusivo de BZD. Os objetivos foram atingir uma redução de dose diária entre 25% e 75% de BZD em 5% dos utentes e a descontinuação de BZD em 10% dos utentes, no final do projeto.

## MÉTODOS

O projeto de intervenção foi desenhado pelo gestor do mesmo, o primeiro autor, e os outros dois autores. A entidade proponente foi a equipa da USF, os médicos de família (MF), enfermeiros e secretários clínicos que em conjunto com os autores constituíam o grupo executor. O horizonte temporal compreendeu o período de dezembro de 2018 a outubro de 2019. Incluíram-se, de acordo com diagnóstico de situação prévio, os utentes com idade  $\geq 65$  anos, inscrição ativa na USF e que eram não cumpridores do indicador 2013.297.01 pertencente ao Bilhete de Indicadores de contratualização de 2017.<sup>14</sup> Foram definidos como critérios de exclusão os seguintes: epilepsia/outra doença neurológica, história de psicose/perturbação de personalidade, história de abuso de álcool ou outras drogas, seguimento em consulta hospitalar/particular de Psiquiatria, residência fora de Portugal, institucionalização, doença terminal e morte.

O projeto foi apresentado e aprovado em reunião de serviço da USF em novembro de 2018 para um grupo-alvo de  $n = 189$  (Figura 1).

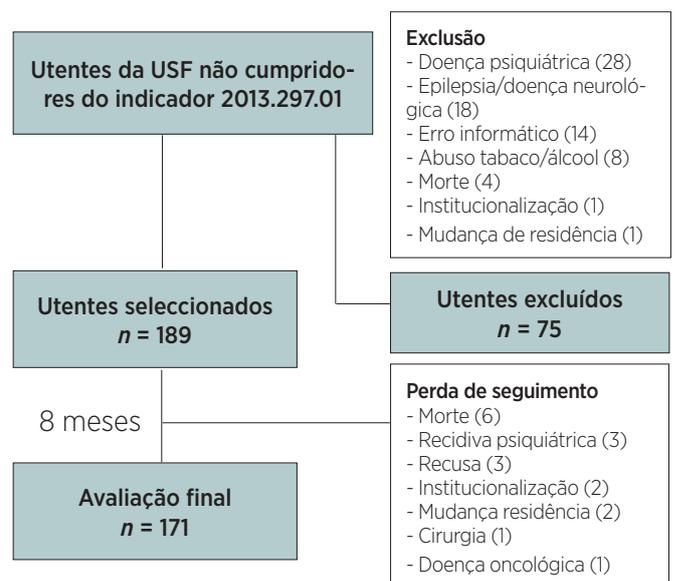


Figura 1. Seleção de utentes para projeto.

Legenda:  $n$  - número; USF - Unidade de Saúde Familiar.

O projeto de intervenção assentou em três estratégias que consistiram no apoio escrito à descontinuação em consulta com fornecimento de algoritmo desenvolvido pela equipa do *deprescribing.org* (*Deprescribing Guidelines and Algorithms - Deprescribing.org*) publicado nas *guidelines* mais recentes e esquema de desmame (Figura 2.1 e 2.2), no envio de carta personalizada, adaptada da literatura, e assinada pelo MF respetivo com informação atualizada e relevante acerca dos riscos do consumo de BZD (Figura 3), e uma "via verde" de referência para o médico de utentes em que o motivo de contato para a USF foi a receção da carta.<sup>15,16</sup> A primeira estratégia pretendeu disponibilizar um algoritmo e esquema de desmame, através de leitura rápida, para haver maior suporte na consulta, contrariando a falta de tempo, experiência e a exigência do aconselhamento reportados pelos MF.<sup>17</sup> A segunda estratégia

estabeleceu-se da evidência que demonstra que as intervenções simples, na forma de carta, consulta única ou informação de auto-ajuda, permitem descontinuações de 8-40% dos utentes, com baixo custo e *number needed-to-treat* aproximadamente de oito.<sup>18-22</sup> A terceira estratégia pretendeu colmatar o que nos é reportado pelos doentes, nomeadamente, a ausência de "aviso" e empenho dos MF neste campo.<sup>17</sup> Seguindo uma análise *SWOT*, o ambiente interno teve como pontos fortes a simplicidade das estratégias, abrangência da população, baixo custo, interação multidisciplinar e fortalecimento da relação médico-doente, enquanto que como ponto fraco se destaca a sobrecarga laboral. Relativamente às oportunidades, valorizou-se a longitudinalidade de cuidados e papel do MF e distinguiu-se como principal ameaça a desatualização da residência.

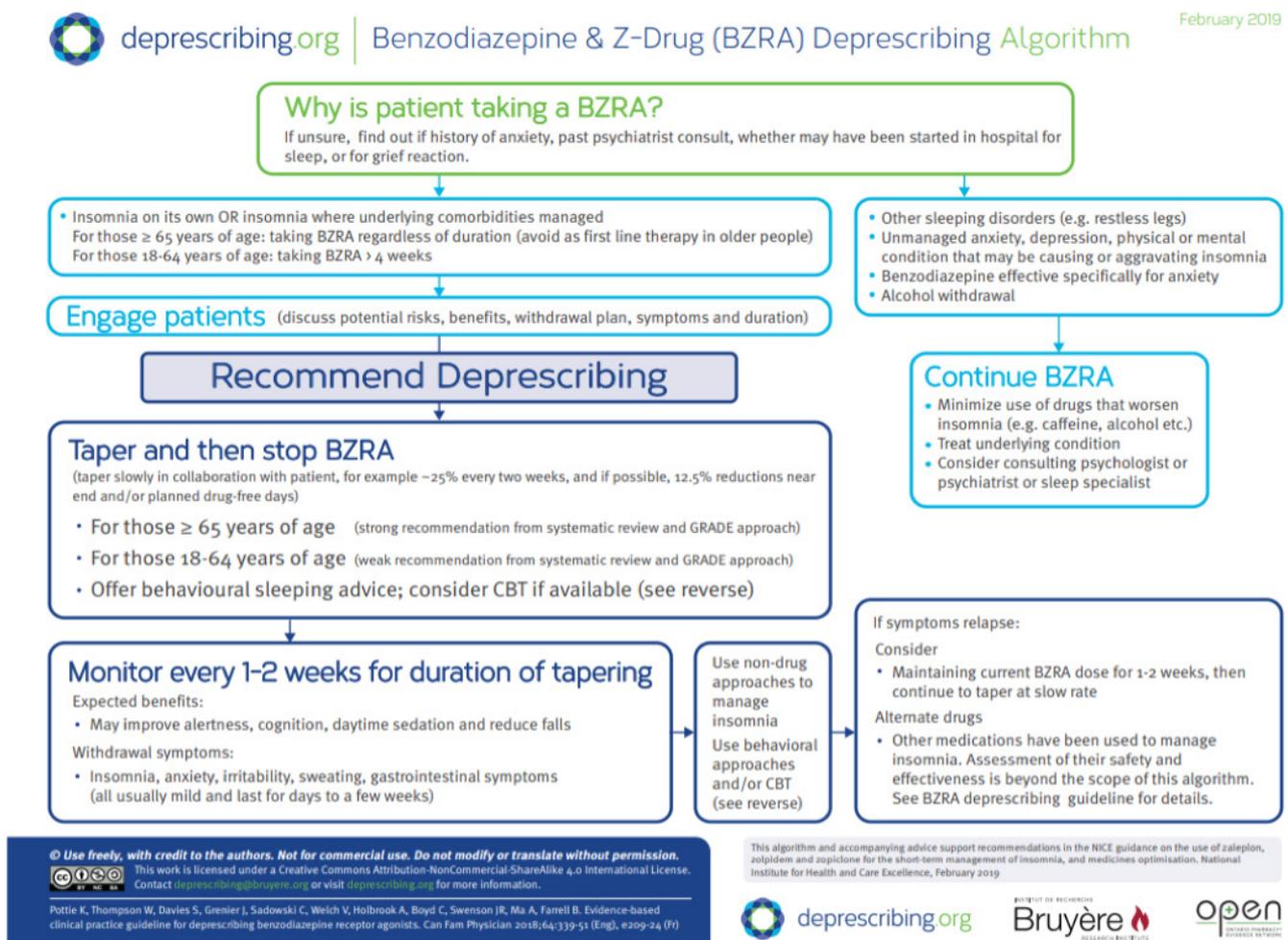


Figura 2.1. Algoritmo da equipa do *deprescribing.org* Parte I.

## BZRA Availability

| BZRA  | Strength                    |
|---|-----------------------------|
| Alprazolam (Xanax <sup>®</sup> ) <sup>T</sup>                         | 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg |
| Bromazepam (Lectopam <sup>®</sup> ) <sup>T</sup>                      | 1.5 mg, 3 mg, 6 mg          |
| Chlordiazepoxide <sup>C</sup>   | 5 mg, 10 mg, 25 mg          |
| Clonazepam (Rivotril <sup>®</sup> ) <sup>T</sup>                      | 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg |
| Clorazepate (Tranxene <sup>®</sup> ) <sup>C</sup>                     | 3.75 mg, 7.5 mg, 15 mg      |
| Diazepam (Valium <sup>®</sup> ) <sup>T</sup>                          | 2 mg, 5 mg, 10 mg           |
| Flurazepam (Dalmane <sup>®</sup> ) <sup>C</sup>                       | 15 mg, 30 mg                |
| Lorazepam (Ativan <sup>®</sup> ) <sup>T,S</sup>                       | 0.5 mg, 1 mg, 2 mg          |
| Nitrazepam (Mogadon <sup>®</sup> ) <sup>T</sup>                       | 5 mg, 10 mg                 |
| Oxazepam (Serax <sup>®</sup> ) <sup>T</sup>                           | 10 mg, 15 mg, 30 mg         |
| Temazepam (Restoril <sup>®</sup> ) <sup>C</sup>                       | 15 mg, 30 mg                |
| Triazolam (Halcion <sup>®</sup> ) <sup>T</sup>                        | 0.125 mg, 0.25 mg           |
| Zopiclone (Imovane <sup>®</sup> , Rhovane <sup>®</sup> ) <sup>T</sup> | 5mg, 7.5mg                  |
| Zolpidem (Sublinox <sup>®</sup> ) <sup>S</sup>                        | 5mg, 10mg                   |

T = tablet, C = capsule, S = sublingual tablet

## BZRA Side Effects

- BZRAs have been associated with:
  - physical dependence, falls, memory disorder, dementia, functional impairment, daytime sedation and motor vehicle accidents
- Risks increase in older persons

## Engaging patients and caregivers

## Patients should understand:

- The rationale for deprescribing (associated risks of continued BZRA use, reduced long-term efficacy)
- Withdrawal symptoms (insomnia, anxiety) may occur but are usually mild, transient and short-term (days to a few weeks)
- They are part of the tapering plan, and can control tapering rate and duration

## Tapering doses

- No published evidence exists to suggest switching to long-acting BZRAs reduces incidence of withdrawal symptoms or is more effective than tapering shorter-acting BZRAs
- If dosage forms do not allow 25% reduction, consider 50% reduction initially using drug-free days during latter part of tapering, or switch to lorazepam or oxazepam for final taper steps

## Behavioural management

## Primary care:

1. Go to bed only when sleepy
2. Do not use bed or bedroom for anything but sleep (or intimacy)
3. If not asleep within about 20-30 min at the beginning of the night or after an awakening, exit the bedroom
4. If not asleep within 20-30 min on returning to bed, repeat #3
5. Use alarm to awaken at the same time every morning
6. Do not nap
7. Avoid caffeine after noon
8. Avoid exercise, nicotine, alcohol, and big meals within 2 hrs of bedtime

## Institutional care:

1. Pull up curtains during the day to obtain bright light exposure
2. Keep alarm noises to a minimum
3. Increase daytime activity & discourage daytime sleeping
4. Reduce number of naps (no more than 30 mins and no naps after 2 pm)
5. Offer warm decaf drink, warm milk at night
6. Restrict food, caffeine, smoking before bedtime
7. Have the resident toilet before going to bed
8. Encourage regular bedtime and rising times
9. Avoid waking at night to provide direct care
10. Offer backrub, gentle massage

## Using CBT

## What is cognitive behavioural therapy (CBT)?

- CBT includes 5-6 educational sessions about sleep/insomnia, stimulus control, sleep restriction, sleep hygiene, relaxation training and support

## Does it work?

- CBT has been shown in trials to improve sleep outcomes with sustained long-term benefits

## Who can provide it?

- Clinical psychologists usually deliver CBT, however, others can be trained or can provide aspects of CBT education; self-help programs are available

## How can providers and patients find out about it?

- Some resources can be found here: <https://mysleepwell.ca/>

© Use freely, with credit to the authors. Not for commercial use. Do not modify or translate without permission. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. Contact [deprescribing@bruyere.org](mailto:deprescribing@bruyere.org) or visit [deprescribing.org](http://deprescribing.org) for more information.

Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski C, Welch V, Holbrook A, Boyd C, Swenson JR, Ma A, Farrell B. Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing benzodiazepine receptor agonists. *Can Fam Physician* 2018;64:339-51 (Eng), e209-24 (Fr)

This algorithm and accompanying advice support recommendations in the NICE guidance on the use of zaleplon, zolpidem and zopiclone for the short-term management of insomnia, and medicines optimisation. National Institute for Health and Care Excellence, February 2019

Figura 2.2. Algoritmo equipa do *deprescribing.org* Parte II.

"Caro(a) - Nome do utente -

Estou a escrever-lhe porque toma "medicamentos para dormir e para os nervos" de forma exagerada e há muito tempo. Recentemente, tem-se vindo a demonstrar que este tipo de consumo prolongado é bastante prejudicial. Um dos pontos mais preocupantes tem a ver com o seu corpo "ganhar habituação", ou seja, cada vez mais sentirá mais dificuldade em adormecer ou ficar calmo porque as doses já não são suficientes para si. Para além disto, há também o risco de desenvolver dependência física e emocional (como se de uma droga se tratasse). Daí que quando esta medicação é parada rapidamente sentirá alguns sintomas como por exemplo dor de cabeça, tremores, enjoo, ansiedade, entre outros, a que se chama - síndrome de privação ou abstinência. Basicamente, esta síndrome é explicada pelo seu corpo reagir à falta desta medicação que já toma há meses ou anos. Este tipo de medicação tem sido também associada a diminuição das funções do cérebro (demência); perda de memória anterógrada, ou seja, à dificuldade em "decorar" coisas novas; maior número de quedas; fratura da anca; acidentes.

Gostaria que considerasse reduzir a sua dose diária e, se possível, parar de tomar estes medicamentos num futuro próximo. A melhor forma de o fazer é reduzir gradualmente a dose ao longo de 4 semanas.

Este tipo de medicamentos prejudicam a qualidade do sono e de vida, por isso, é normal uma sensação de bem-estar após a "desintoxicação".

Se preferir marcar uma consulta, por favor, não hesite.

Os melhores cumprimentos

Dr.<sup>a</sup> - Nome do MF -"

Figura 3. Carta personalizada, adaptada da literatura, e assinada pelo Médico de Família com informação atualizada e relevante acerca dos riscos do consumo de benzodiazepinas.

Legenda: MF - Médico de Família.

Relativamente à operacionalização, em dezembro de 2018, foi disponibilizado aos MF, em "pasta partilhada" da USF, um esquema de desmame formulado pelos autores e um algoritmo de descontinuação da equipa do *deprescribing.org* para utilização em consulta. Posteriormente, em fevereiro de 2019, foi enviada a carta aos utentes utilizando a correspondência do Agrupamento de Centros de Saúde, após assinaturas de todos MF, em coordenação dos autores com o secretariado clínico para confirmação da morada de residência dos utentes através do SINUS® (Sistema Informação Nacional dos Cuidados de Saúde Primários). Definiu-se como provável data de recepção da carta pelos utentes duas semanas após a saída da USF. Os autores foram responsáveis pela formulação da carta e sua personalização por utente e MF. Previamente foi discutida a sua estrutura e linguagem com todo o grupo executor em reunião de equipa de forma a facilitar a sua leitura pelo utente. Concomitantemente, em fevereiro de 2019, funcionou uma "via verde" que permitiu referenciar todos os utentes que contactaram a USF acerca da descontinuação de BZD. Estes, através do *e-mail*, telefone ou em contato presencial com o secretariado e enfermagem, puderam ser referenciados para os MF através do registo num formulário próprio (Figura 4). O secretariado foi responsável por agregar os pedidos de referência, recebendo os de enfermagem por meios de comunicação interna, e transmitindo-os ao MF respetivo pela mesma via. No caso de o utente poder ter consulta no próprio dia o contato era agendado para um profissional médico, contudo, se inviabilidade horária, o utente era contactado telefonicamente pelo seu MF posteriormente ou um dos autores disponibilizava horas extraordinárias para o efeito.

| NOME | NOP | CONTATO |
|------|-----|---------|
| ...  | ... | ...     |
| ...  | ... | ...     |

**Figura 4.** Formulário de registo dos utentes que contactaram a USF acerca da descontinuação de benzodiazepinas.

Em termos de recursos, foi fundamental a participação de todo o grupo executor para a concretização das atividades. No que concerne aos recursos materiais, foram necessários envelopes e material de impressão, imputados à USF. No que diz respeito à

organização, as reuniões de aferição decorreram anexadas à reunião semanal de serviço da USF, portanto, sem consumo de horas extraordinárias para o grupo executor. No caso de atendimento presencial de utentes referentes à "via verde", excepcionalmente, foi realizado em horário extraordinário. Foi necessário um gabinete de consulta com todas as condições de privacidade garantidas.

Como obstáculos previram-se a possibilidade de ausência de recepção da carta, falta de adesão pelos profissionais médicos e utentes, sobrecarga na consulta e iliteracia em saúde. Desta forma, quanto à recepção da carta, comunicou-se telefonicamente com os utentes que não estabeleceram contato com a USF para poder haver explicação da intervenção e motivar à descontinuação. Quanto à adesão dos profissionais médicos, cada MF teve ao seu dispor uma lista atualizada semanalmente pelos autores dos seus utentes do projeto de modo a existir na consulta uma pesquisa ativa da descontinuação. A sobrecarga na consulta foi contornada com a disponibilização de contato com os utentes em horas extraordinárias pelos autores.

Todas as atividades previamente descritas foram iniciadas simultaneamente, sendo que no primeiro mês (fevereiro) foram também recolhidos dados relativamente ao consumo individual de cada utente, assumindo-se o *baseline* como a provável data de recepção da carta. De modo a uniformizar o consumo de BZD de cada utente utilizaram-se as DDD presentes no bilhete de indicadores de contratualização de 2017.<sup>14</sup> Nos meses de março, maio, julho e setembro foram realizadas reuniões de aferição entre o grupo executor para acompanhamento das atividades. Nestas reuniões procederam-se a avaliações qualitativas dos procedimentos que envolveram as atividades chave, a carta, a "via verde" e o material de suporte médico. As potenciais dificuldades e alterações sugeridas pela equipa foram discutidas e os autores foram responsáveis pela atualização dos procedimentos na "via verde" e material de suporte disponível informaticamente. Para além disso, foi também confirmada a realização dos contatos para todos os utentes referenciados. No caso de ter havido falha de comunicação, os autores foram responsáveis pelo contato ao utente. A atividade da carta monitorizou-se através dos utentes referenciados e o registo clínico de cada profissional médico onde estava clara a informação pelo utente. Nos casos em que não se obteve informação pelos meios definidos houve contato telefónico durante o mês de agosto, no sentido de confirmar a recepção da carta.

A avaliação do consumo individual foi realizada nos meses de abril, junho, agosto e outubro através da plataforma PEM® (Prescrição Eletrônica de Medicamentos). O consumo individual calculou-se em equivalentes de diazepam 10 mg<sup>23</sup> e DDD para o mesmo. Considerou-se como consumo basal todas as prescrições efetuadas três meses antes desta data. A descontinuação foi definida como a ausência de prescrição de BZD em pelo menos seis meses consecutivos.

## RESULTADOS

Dos 189 utentes seleccionados, houve uma perda de *follow-up* de 9,5% por diferentes motivos (Figura 1). A média de idade dos utentes foi de 74,38 ± 7,04 anos e 73,12% eram do sexo feminino. A média de idades de início de consumo foi de 66,37 ± 7,84 anos, verificando-se que 46,78% dos utentes iniciaram o consumo antes dos 65 anos, enquanto 16,37% iniciaram depois dos 75 anos. Aproximadamente 47% dos utentes tinham pelo menos uma década de consumo e a média foi de 8,46 ± 3,38 anos. A média de DDD (ao longo de 1 ano) em equivalentes de diazepam foi 188,68, com 74,85% enquadrados no consumo crónico. A caracterização do consumo de BZD e outros fármacos psicotrópicos encontra-se no Quadro I.

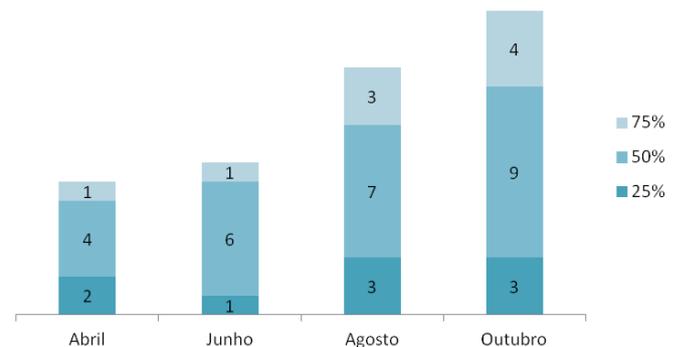
**Quadro I.** Caracterização do consumo de benzodiazepinas e fármacos psicotrópicos.

| Número de BZD                    | n   | %     |
|----------------------------------|-----|-------|
| 1                                | 150 | 87,72 |
| 2                                | 21  | 12,28 |
| Tipo de BZD mais prescrita       |     |       |
| Alprazolam                       | 48  | 28,07 |
| Lorazepam                        | 37  | 21,64 |
| Diazepam                         | 16  | 9,36  |
| Zolpidem                         | 15  | 8,77  |
| Bromazepam                       | 14  | 8,19  |
| Cloxazolam                       | 9   | 5,26  |
| Fármacos psicotrópicos           |     |       |
| Sim                              | 78  | 45,61 |
| Não                              | 93  | 53,49 |
| Número de fármacos psicotrópicos |     |       |
| 1                                | 58  | 74,36 |
| 2                                | 13  | 16,67 |
| 3                                | 2   | 2,56  |
| 4                                | 5   | 6,41  |

| Tipo de fármaco psicotrópico |    |       |
|------------------------------|----|-------|
| Sertralina                   | 24 | 26,97 |
| Trazodona                    | 16 | 17,98 |
| Escitalopram                 | 15 | 16,85 |
| Mirtazapina                  | 10 | 11,24 |
| Venlafaxina                  | 7  | 7,87  |
| Fluoxetina                   | 7  | 7,87  |
| Amitriptilina                | 4  | 4,49  |
| Pregabalina                  | 3  | 3,37  |
| Fluvoxamina                  | 3  | 3,37  |

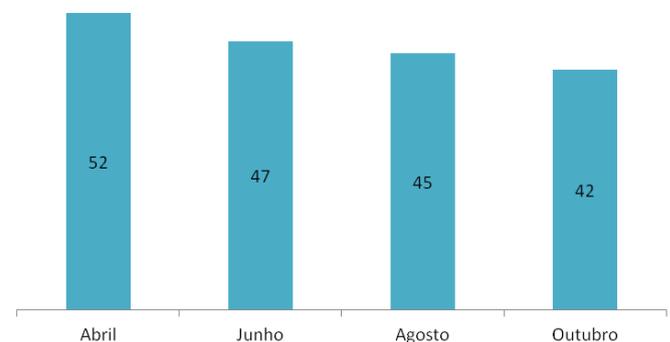
**Legenda:** BZD - benzodiazepina(s).

Verificou-se que 16 utentes, 9,36%, tiveram uma redução de 25 a 75% da dose no final do projeto (avaliação de outubro) (Figura 5).



**Figura 5.** Evolução do número de utentes com redução de dose de benzodiazepinas.

Relativamente à descontinuação de BZD, constatou-se que, no final do projeto (outubro de 2019), 42 utentes, 24,56%, cumpriram o critério de descontinuação de BZD (Figura 6).



**Figura 6.** Evolução do número de utentes com critério de descontinuação de benzodiazepinas.

Em 11 doentes não foi possível confirmar se houve recepção da carta ou tentativa de desmame pelo MF através do registo clínico. Destes, quatro descontinuaram o consumo, contudo, não foram contabilizados no número final anteriormente apresentado.

## DISCUSSÃO

A necessidade de adoção de medidas para a inversão da tendência de prescrição de BZD é vastamente reconhecida e divulgada através do Programa Nacional de Saúde Mental. Apesar da recomendação de prescrição por curto período temporal, o uso prolongado de BZD constitui uma realidade a nível nacional, fato pelo qual o grupo de trabalho propôs esta iniciativa conducente a uma redução/evicção do uso abusivo deste fármaco na população idosa.

Os objetivos específicos propostos para a intervenção foram alcançados, atingimento de uma redução de dose diária em 25% a 75% de BZD em 5% (valor atingido de 9,36%) e a descontinuação de BZD em 10% (valor atingido de 24,56%).

Os autores apresentam como principais forças do trabalho a abordagem de problema de saúde prioritário no âmbito do Programa Nacional de Saúde Mental, a promoção da literacia em saúde com vista a decisão terapêutica partilhada e informada entre a diáde médico prescriptor - doente e a sensibilização e promoção de formação contínua dos profissionais de saúde na área da saúde mental e psicoterapêutica.

Um estudo português demonstrou que a prescrição inicial de benzodiazepinas foi da iniciativa do médico de família em 42% dos casos.<sup>9</sup> Considera-se importante investir a nível dos CSP em abordagens não farmacológicas, como a motivação para higiene do sono, e numa maior acessibilidade a terapia cognitivo-comportamental estruturada que pode contribuir para a estabilização psicopatológica. Para além disso, cada vez mais se denota uma procura do doente de índole "quimicofóbica" que deverá ser valorizada.

Um dos fatores limitantes no desenvolvimento deste projeto prendeu-se com o viés de informação, pois a recolha de dados baseou-se na consulta dos registos de prescrição terapêutica no programa PEM®. A dose considerada para cálculo da DDD foi extraída do campo da posologia e não foi possível incluir a ingestão de medicamentos previamente armazenados pelo doente ou cedidos a este por terceiros.

Outro ponto negativo poderá ter sido o viés de memória, aplicado ao momento em que se perguntou aos utentes, através de chamada telefónica, se teriam recebido a carta. Estas chamadas foram realizadas alguns meses após o envio das cartas, e este intervalo de tempo pode ter dado origem a esquecimentos, principalmente na faixa etária em questão.

Apesar da estratégia de registo de presença pelo secretariado clínico ou enfermagem, poderá ter ocorrido perda de follow-up, por não existir em todos os períodos do dia cobertura de consulta para os

doentes que se dirigissem à USF para esclarecimento de dúvidas. Outra causa de perda de follow-up prender-se com o extravio da carta enviada.

Outra limitação do projeto relaciona-se com o limite temporal aplicado à consulta médica em cuidados de saúde primários. Pode não ter sido exequível ao médico de família abordar a temática com o doente por necessidade de avaliação de outros problemas na consulta.

Ademais, não foi possível excluir a interferência de fatores externos, nomeadamente a prescrição médica deste tipo de fármacos em contexto externo aos CSP, bem como averiguar outras possíveis indicações terapêuticas para a prescrição de BZD.

Os autores consideram ainda que algumas situações clínicas pela sua complexidade psicopatológica ou tempo de consumo do fármaco, pudessem beneficiar de um maior período de acompanhamento clínico.

Consequentemente, é de relevar também a possível discussão destes resultados com a entidade hierárquica superior e estudo das populações de outras unidades funcionais da região de modo a perceber se beneficiariam de uma intervenção comunitária semelhante.

Em conclusão, os autores conjecturam que seria vantajoso a replicação da intervenção abrangendo idades inferiores a 65 anos, o desenvolvimento/revisão de competências de manutenção da evicção destes fármacos a longo prazo nos utentes a quem foi estabelecido com sucesso a diminuição ou descontinuação terapêutica e criação de um horário de consulta específico na agenda médica para abordagem desta problemática.



### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Kurko TA, Saastamoinen LK, Tähkääpää S, Tuulio-Henriksson A, Taiminen T, Tiihonen J, et al. Long-term use of benzodiazepines: Definitions, prevalence and usage patterns – a systematic review of register-based studies. *Eur Psychiatry*. 2015;30(8):1037-47.
- 2- Direção-Geral da Saúde. Tratamento Sintomático da Ansiedade e Insónia com Benzodiazepinas e Fármacos Análogos. Norma de Orientação Clínica nº 055/2011 de 27/10/2011, atualizada a 21/01/2015. Lisboa [consulta em outubro de 2019]. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0552011-de-27122011-jpg.aspx>
- 3- Comissão de Farmácia e Terapêutica. Benzodiazepinas e análogos - monitorização da dispensa no ambulatório da ARSN 2016-2018. ARSN Norte. Março de 2019 [consulta em outubro de 2019]. Disponível em [http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/03/Monitorizacao\\_Consumo\\_Benzodiazepinas\\_Ambulatorio\\_ARSN\\_2016-2018.pdf](http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/03/Monitorizacao_Consumo_Benzodiazepinas_Ambulatorio_ARSN_2016-2018.pdf)
- 4- Direção-Geral da Saúde. Saúde Mental em Números – 2017. Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa [consulta a outubro de 2019]. Disponível em <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-883589-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>
- 5- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2017: Trends and Developments. Publications Office of

- the European Union, Luxembourg. 2017 [consulta em outubro de 2019]. Disponível em <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ENN.pdf>
- 6- Canadian Agency for Drugs and Technology in Health. Discontinuation strategies for patients with long-term benzodiazepine use: a review of clinical evidence and guidelines. 2015 [consulta em outubro de 2019]. Disponível em [https://www.cadth.ca/sites/default/files/rc0682-bzd\\_discontinuation\\_strategies\\_final\\_0.pdf](https://www.cadth.ca/sites/default/files/rc0682-bzd_discontinuation_strategies_final_0.pdf)
- 7- Paquin AM, Zimmerman K, Rudolph JL. Risk versus risk: a review of benzodiazepine reduction in older adults. *Expert Opin Drug Saf.* 2014; 13(7):919-34.
- 8- Cadilhe S. Benzodiazepinas - prevalência de prescrição e concordância com os motivos de consumo. *Rev Port Clin Geral.* 2004;20:193-202.
- 9- Janeiro MS. Prescrição de benzodiazepinas numa extensão rural do Baixo Alentejo. *Rev Port Clin Geral.* 2000;16:361-77.
- 10- OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. 2018 [consulta a outubro de 2019]. Disponível em [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018\\_healthatglance\\_rep\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf)
- 11- Cumming RG, Le Couteur DG. Benzodiazepines and risk of hip fractures in older people: a review of the evidence. *CNS Drugs.* 2003;17(11):825-37.
- 12- Airagnes G, Pelissolo A, Lavallée M, Flament M, Limosin F. Benzodiazepine Misuse in the Elderly: Risk Factors, Consequences, and Management. *Curr Psychiatry Rep.* 2016;18(10):89.
- 13- Simões PA, Santiago LM, Maurício K, Simões 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.
- 14- Administração Central do Sistema de Saúde. Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o ano de 2017. Ministério da Saúde - ACSS. 2017 [consulta a outubro de 2019]. Disponível em [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/bilhete\\_identidade\\_indicadores\\_contratualizacao\\_2017.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf)
- 15- Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski CA, Welch V, et al. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists: Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician.* 2018;64(5):339-51.
- 16- Cormack MA, Sweeney KG, Hugh-Jones H. Evaluation of an easy, cost-effective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice. *Br J Gen Pract.* 1994;44(378): 5-8.
- 17- Parr JM, Kavanagh DJ, Young RM, McCafferty K. Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: a qualitative analysis. *Soc Sci Med.* 2006;62(5):1237-1249.
- 18- Heather N. Bowie A, Ashton H, McAvoy B, Spencer I, Brodie J, et al. Randomised controlled trial of two brief interventions against long-term benzodiazepine use: outcome of intervention. *Addict Res Theory.* 2004;12(2):141-54.
- 19- Gorgels WJ, Oude Voshaar RC, Mol AJ, van de Lisdonk EH, van Balkom AJ, van den Hoogen HJ, et al. Discontinuation of long-term benzodiazepine use by sending a letter to users in family practice: a prospective controlled intervention study. *Drug Alcohol Depend.* 2005;78(1): 49-56.
- 20- Niessen WJ, Stewart RE, Broer J, Haaijer-Ruskamp FM. Reduction in the consumption of benzodiazepines due to a letter to chronic users from their own general practitioner. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2005;149(7):356-61.
- 21- Bashir K, King M, Ashworth M. Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *Br J Gen Pract.* 1994;44(386):408-12.
- 22- Vicens C, Fiol F, Llobera J, Campoamor F, Mateu C, Alegret S, et al. Withdrawal from long-term benzodiazepine use: randomised trial in family practice. *Br J Gen Pract* 2006;56(533):958-63.
- 23- Joint Formulary Committee. British National Formulary. London: BMJ Group and Pharmaceutical Press [consulta a outubro de 2019]. Disponível em <https://www.medicinescomplete.com/mc/bnf/current/PHP78112-hypnotics-and-anxiolytics.htm>

#### CONFLITOS DE INTERESSE:

Os investigadores negam qualquer conflito de interesse financeiro, ético ou legal com o presente estudo de investigação.

#### CORRESPONDÊNCIA:

Nuno Miguel Parente  
 nunomiguelpm@gmail.com

RECEBIDO: 21 de outubro de 2019 | ACEITE: 26 de fevereiro de 2020