

Desprescrição em idosos: uma revisão da literatura

Deprescription in elderly: a literature review

Karen Darielle da Silva^a

Gabriel Rodrigues de Freitas^b

RESUMO

A segurança da farmacoterapia é essencial para o atendimento de idosos, evitando a polifarmácia inadequada. A desprescrição é um processo de revisão individual dos medicamentos usados por pacientes, que orienta os profissionais a considerar relações desfavoráveis de risco-benefício. Assim, o objetivo do artigo foi revisar a literatura existente relacionando pesquisas clínicas e fatores associados com a desprescrição de medicamentos em idosos. As bases consultadas resultaram em 18 artigos com diferentes tipos de intervenção, metodologia, avaliação pós-intervenção, guias de desprescrição, critérios utilizados e medicamentos descontinuados. Houve proporcionalidade entre os tipos de intervenção, demonstrando que não há um procedimento mais eficaz de descontinuação. Idosos que vivem em locais onde há uma maior estabilidade física e emocional tendem a uma melhor aceitação à desprescrição, assim como a descontinuação gradual se mostrou mais eficiente em polimedicados.

Palavras-chave: Desprescrição, Descontinuação, Idosos, Geriatria.

^a Farmacêutica. Universidade de Caxias do Sul (UCS)

^b Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

ABSTRACT

The safety of pharmacotherapy is essential for elderly patients care, avoiding an inadequate polypharmacy. Deprescribing is a process of reviewing all medications used by patients individually, to consider which have unfavorable risk-benefit. Thus, the aim of the article was to review the existing literature relating clinical research and factors associated with drug deprescription in the elderly. In this review, 18 articles of clinical study were assessed, to find sorts of intervention, methodology, post-intervention evaluation, description guidelines and discontinued drugs. The proportionality between the types of intervention, demonstrates that there is no procedure more effective in the evaluation. Elderly people, who live in places where there is greater physical and emotional stability tend to better acceptance of the deprescription, just as gradual discontinuation proved to be more efficient in polymedicates.

Keywords: Deprescribing, Deprescription, Discontinuation, Elderly, Geriatric.

INTRODUÇÃO

A população com 60 anos ou mais, apresenta crescimento acelerado ao longo dos anos. Em 1960, este grupo representava 4,7% da população brasileira, número que cresceu para 10,8% em 2010. Projeções indicam 20% e 42,6% de idosos no Brasil em 2030 e 2060, respectivamente, o que representará em 50 anos uma população idosa de 76 milhões, que demandarão acompanhamento no atendimento de saúde¹.

É notório que, com o envelhecimento, há uma maior demanda pela utilização de medicamentos. No Brasil, a prevalência de ao menos um medicamento de uso crônico entre idosos é de 93%, sendo que 18% utilizam pelo menos cinco medicamentos². Essa condição ressalta a necessidade de minimizar o dano da prescrição inadequada, uma preocupação urgente para os sistemas de saúde³.

A polifarmácia (uso de dois ou mais medicamentos de maneira concomitante) é benéfica quando a prescrição dos medicamentos se mostra imprescindível para melhorar a função, controlar os sintomas, limitar a progressão da doença e prolongar a vida do paciente⁴. Do contrário, a utilização de um número aumentado de medicamentos (fármacos) gera o risco

de eventos adversos graves devido a interações medicamentosas e respostas farmacocinéticas e farmacodinâmicas alteradas como consequência do aumento da idade e múltiplas comorbidades^{4,5}.

Esses eventos adversos são amplificados em pessoas fragilizadas, que podem precisar de intervenções adaptadas às suas necessidades individuais em vez de seguir estritamente as orientações destinadas ao tratamento de doenças isoladas^{4,5}. O aumento da multimorbidade e da expectativa de vida associados à polifarmácia, representam um desafio importante para os pacientes e profissionais da saúde^{6,7}.

Uma melhor compreensão dos medicamentos potencialmente inapropriados para idosos (MPI) foi possível através de estudo liderado por Beers⁸ o qual descreve critérios explícitos a fim de orientar os médicos a respeito da prescrição adequada. A atualização desta relação de MPI é realizada constantemente por equipes multidisciplinares de diferentes organizações, sendo que a última atualização foi realizada no ano de 2019⁹.

A abordagem citada visa reduzir os efeitos do uso inadequado de medicamentos, tais como: quedas, comprometimento cognitivo, internações hospitalares, aumento do tempo de internação, reinternações e mortalidade^{5,10}. Essa condição ocorre uma vez que nesta faixa etária, o metabolismo dos fármacos é reduzido e o mecanismo de ação é favorecido, aumentando significativamente a sensibilidade nos pacientes⁹.

A segurança do paciente, entendida como a redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado¹¹, tem sido considerada um atributo prioritário da qualidade dos sistemas de saúde em todo o mundo⁶. Para garantir este direito ao paciente recorre-se a um processo de simplificação, cessação ou descontinuação de fármacos, com o objetivo de minimizar a polifarmácia, os riscos inerentes e otimizar os resultados. Este processo denomina-se desprescrição^{12,13,14}.

Muitas são as razões para desprescrever, incluindo a falta de evidências para apoiar a eficácia nas terapias medicamentosas, o aumento do risco de interações, o desenvolvimento de efeitos colaterais graves e a mudança nos cuidados do paciente. Há potenciais benefícios para a desprescrição medicamentosa, incluindo melhorias na adesão, qualidade de vida e o risco reduzido de eventos adversos¹³.

A desprescrição, entretanto, é complexa por várias razões e envolve diferentes passos, sendo um dos principais componentes o engajamento dos pacientes na tomada de decisão compartilhada¹². A literatura descreve dados limitados sobre os benefícios em desprescrever, podendo ser difícil determinar o quanto um medicamento é inadequado ou a desprescrição será benéfica a um determinado indivíduo. Como tal, é importante monitorar as reações adversas de abstinência e a condição clínica do paciente após a retirada¹³.

Sendo assim, identificar as características e os fatores associados ao consumo de medicamentos pelos idosos pode auxiliar no planejamento de ações para promoção do uso racional de medicamentos e, conseqüentemente, favorecer uma melhor qualidade de vida para este grupo com mais de 60 anos, além de contribuir para a diminuição de gastos desnecessários com estas tecnologias pelo sistema de saúde⁷.

Neste contexto, o objetivo do trabalho foi revisar a literatura existente, relacionando pesquisas clínicas e fatores associados com a desprescrição de medicamentos em idosos e avaliando ferramentas que apresentam resultados no processo de seleção medicamentosa.

MÉTODOS

O presente trabalho é uma revisão narrativa da literatura. Revisões narrativas são publicações apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, através de ponto de vista teórico ou contextual. São constituídas de análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e ou eletrônicas, na interpretação e na análise crítica pessoal do autor. A revisão da literatura narrativa ou tradicional, quando comparada à revisão sistemática, apresenta uma temática mais aberta, sendo adequada para a fundamentação teórica de artigos, dissertações, teses e trabalhos de conclusão de curso¹⁵.

A pesquisa foi realizada em agosto de 2018, através de ferramentas de busca em bases de dados. Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *US National Library of Medicine*, *National Institutes of Health* (PubMed) e *Cochrane*

Collaboration foram acessados na busca por artigos relacionados ao tema proposto.

Os artigos pesquisados buscavam responder as perguntas norteadoras: Qual o método mais eficaz de desprescrição de medicamentos em idosos? Quais são os fatores associados às dificuldades de desprescrição?

Foram empregadas as palavras-chaves “*deprescribing*”, “*discontinuation*”, “*deprescription*”, “*withdrawal*”, combinadas através do conectivo “*and*” aos termos “*elderly*” e “*geriatric*”. Estas mesmas combinações foram realizadas com as respectivas traduções para o português e espanhol conforme base de dados da BIREME encontrado nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Como critérios de inclusão foram selecionados artigos, dissertações e teses em texto completo disponibilizados de forma gratuita que abordavam a temática específica de desprescrição em idosos nos idiomas português, inglês ou espanhol. Por se tratar de um tema recente, não houve filtro de seleção por data de publicação dos trabalhos.

Como critérios de exclusão, foram desconsiderados os documentos que não explicitaram a faixa etária dos pacientes na pesquisa; artigos de revisão; artigos que apresentaram duplicata em mais de uma base de dados (contabilizados apenas uma vez) e artigos em que a prática da desprescrição não tenha sido aplicada.

Foram encontrados 235 estudos vinculados às indagações propostas. A partir desta amostragem foi empregado filtro de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, resultando em 18 documentos alinhados com o objetivo deste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O procedimento de avaliação dos 18 estudos incluídos envolveu a classificação dos mesmos conforme os seguintes critérios: país onde o estudo foi realizado, local do estudo, tipo de intervenção, metodologia empregada, avaliação de resultados, guia utilizado na intervenção, critério de desprescrição e medicamentos desprescritos.

Os estudos foram realizados no Canadá (n= 4), Austrália (n= 3), Holanda (n= 3), Espanha (n= 1), Estados Unidos (n= 1), França (n= 1), Reino Unido (n= 1), Argentina (n= 1), Israel (n= 1), Finlândia (n= 1) e Japão (n= 1), com maior prevalência ocorrendo a partir do ano de 2011.

Foi também feita a compilação dos resultados verificados em cada avaliação clínica (Tabela 1). Os dados orientaram a criação de gráficos de resultados e a discussão dos fatores influenciadores da desprescrição, visto ao longo dessa revisão.

Tabela 1. Índice de descontinuação conforme artigos avaliados

Autores	Local da intervenção	Número de pacientes avaliados	Idade média (anos)	Média de fármacos prescritos	Média de fármacos após desprescrição	Redução (%)
Jabelot et al, 2018	Clínica geriátrica	31	89	1	*	22,6
Luymes et al, 2018	Grupo de pacientes	492	65	1	*	27,4
Busquets et al, 2017	Clínica geriátrica	13	65	3,9	2	48
Fried et al, 2017	Hospital	64	73	13,4	9,4	29,7
Lee et al, 2017	Clínica geriátrica	28	80	1	*	67,9
Lillo, 2017	Grupo de pacientes	141	74	Não informado	Não informado	45
Martin & Tannenbaum, 2017	Comunidade	261	75	1	*	35
McIntyre et al, 2017	Hospital	35	65	1,1	0,5	60
Ohshima et al, 2017	Assistência domiciliar	13	79	7,2	5,4	24,7
Wouters et al, 2017	Clínica geriátrica	193	84	1,1	0,7	41,9
Andreassen et al, 2016	Clínica geriátrica	106	86	3,3	2,6	19,4
Potter et al, 2016	Clínica geriátrica	47	84	7,4	3	59,5
McKean et al, 2015	Hospital	50	83	10,8	7,1	34,3
Mudge et al, 2015	Hospital	17	60	14,3	11,2	21,7
Tannenbaum et al, 2015	Farmácias	148	75	1	*	27
Vaapio et al, 2015	Dados governamentais	91	72	1	*	34,1
Garfinkel & Mangin, 2010	Clínica geriátrica	70	83	7,7	3,3	57,8
van der Velde et al, 2006	Clínica geriátrica	139	78	1	*	48,2

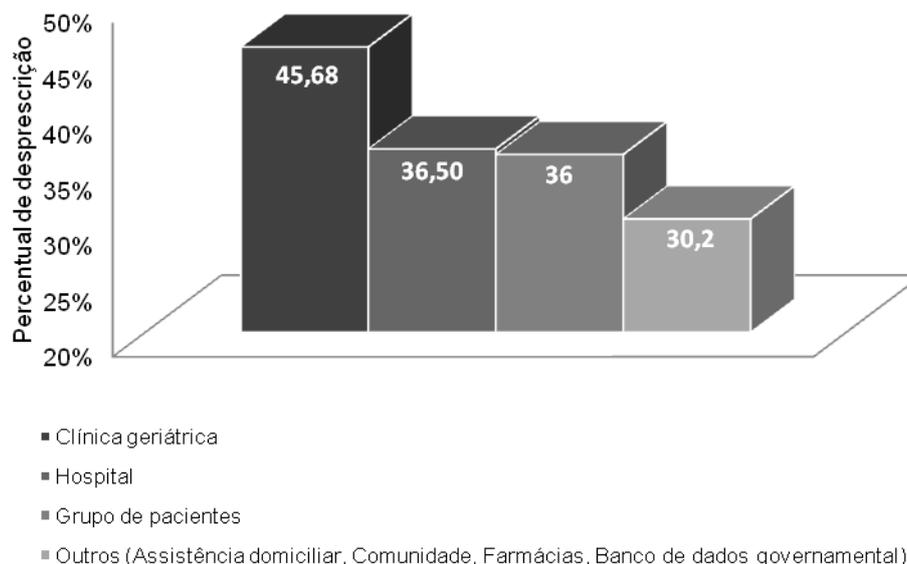
Fonte: Elaboração própria. * Desprescrição de pacientes monomedicados, sendo a média de fármacos após a intervenção igual a zero, quando aplicável

Com os dados compilados e as informações classificadas, se iniciou uma análise apurada dos diferentes fatores influenciadores da descontinuação de fármacos (ou medicamentos). Na sequência dessa revisão, é realizada uma fragmentação e descrição de cada um dos possíveis aspectos favoráveis a desprescrição em idosos.

Dentre os 18 artigos qualificados, oito foram realizados com idosos em clínicas geriátricas, quatro em hospitais, dois em grupos de pacientes em clínicas particulares e, para os demais grupos (comunidade, assistência domiciliar, farmácias e banco de dados governamental), um artigo cada.

A Figura 1 descreve na forma gráfica a relação entre o local de estudo e o índice de desprescrição de fármacos.

Figura 1. Resultados na desprescrição conforme local de estudo



Fonte: Elaboração própria

Os dados apresentados na Figura 1 demonstram que há uma tendência de maior eficácia, ou pelo menos uma tentativa mais frequente, na desprescrição em clínicas geriátricas, comparando-se com os demais locais e grupos de estudo. Esse indicador pode estar relacionado com a condição física e psíquica dos pacientes que vivem nesses locais, onde há uma percepção de saudabilidade por parte destes, apesar da idade avançada. O mesmo não ocorre de maneira sistemática em pacientes que se encontram em hospitais, uma vez que há diferente cenário de cuidado com o paciente, encontrando-se numa condição clínica fragilizada.

Leff e colaboradores¹⁶ apresentaram consonância com este entendimento em estudo que avalia o bem-estar dos idosos, comparativamente, no ambiente hospitalar e em casas de repouso. Dentre os critérios avaliados, houve significativa melhora na disposição do paciente, com aumento no controle de dor, segurança terapêutica e conforto físico, o que indica uma melhor perspectiva na atividade de desprescrição.

Por se observar em somente um artigo, as intervenções em assistência domiciliar, comunidades, farmácias e dados governamentais são limitadas e carecem de robustez uma vez que não há comparações adequadas.

A avaliação do tipo de intervenção envolveu uma intervenção clínica, quatro intervenções mistas combinadas com educação do paciente e os treze restantes foram mistos, sendo que quatro com substituição farmacológica e nove sem substituição farmacológica.

A atividade de intervenção clínica ocorre através da integração de um único profissional médico, responsável por conduzir o estudo através de levantamento de dados dos pacientes e acompanhamento dos mesmos. Para as etapas clínicas associadas à desprescrição, são analisados: a revisão do medicamento em uso conforme, a adesão ao tratamento proposto, atuação do profissional alusivo ao medicamento potencialmente inapropriado e ao acompanhamento clínico do paciente¹⁷.

Intervenções mistas são desenvolvidas por equipes multidisciplinares, contando com médico clínico e/ou especialista, farmacêutico e enfermeiro. Este grupo de profissionais atua de maneira combinada para discussão e análise de casos e condutas, onde o farmacêutico tem papel importante na busca por redução dos efeitos adversos severos ao paciente. Os estudos mostraram que existem diferentes tipos de intervenções mistas: com educação em saúde para o paciente sobre a descontinuação; com substituição da farmacoterapia por medicamento de menor dano; ou com descontinuação e sem a substituição por outro fármaco.

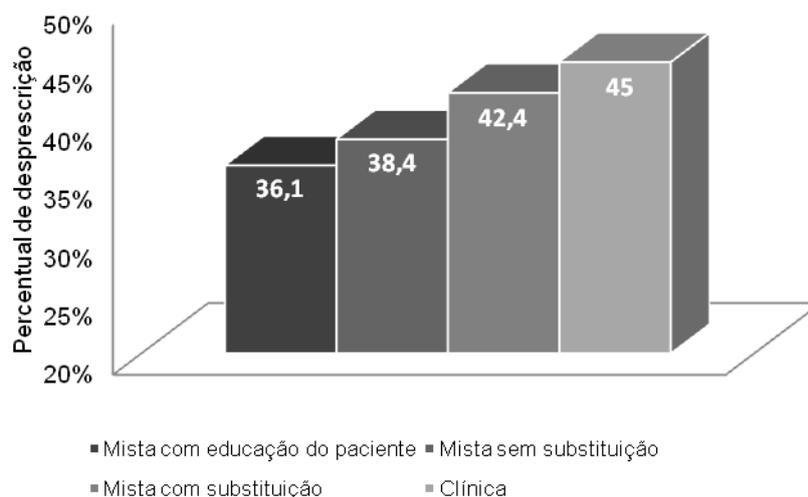
Segundo Ohshima e colaboradores¹⁸, este profissional pode atuar no processo de desprescrição, levando em consideração o uso racional de medicamentos, através do controle das dosagens dos medicamentos específicas para pessoas idosas, avaliando riscos referentes a eventos adversos, conseqüentemente diminuindo os custos às instituições de saúde.

Da mesma forma, auxilia na educação ao paciente, apresentando alternativas na condição mais adequada para interrupção dos fármacos inapropriados ou prejudiciais. Na equipe multidisciplinar realiza intervenções farmacêuticas, emitindo parecer aos demais profissionais de saúde, auxiliando na adição, seleção, ajuste, substituição ou interrupção da farmacoterapia do paciente¹⁹.

No contexto dos artigos, estas intervenções ainda apresentaram relação com a análise farmacológica do paciente, podendo ser realizadas: com substituição do medicamento potencialmente perigoso por fármacos de menor dano ao paciente; sem a substituição direta, permitindo a descontinuação ou redução da dose; ou através de educação ao paciente utilizando de diferentes métodos, tais como folder explicativo e/ou telefonema, apresentando as informações sobre os eventos adversos e incentivando a tomada de decisão do paciente sobre a cessação do medicamento potencialmente perigoso^{18, 20, 21}.

A Figura 2 apresenta o demonstrativo dos resultados do sucesso da intervenção conforme classificação das intervenções realizadas.

Figura 2. Resultados na desprescrição conforme intervenção realizada



Fonte: Elaboração própria

Nos estudos de intervenção, o pesquisador deve partir do pressuposto da existência dos vieses no processo de seleção dos grupos, a designação do tratamento, a realização da intervenção da forma estritamente proposta, além da aferição adequada dos resultados²².

Para a análise da intervenção clínica foi possível observar um valor superior em comparação aos demais, este apontamento pode ter relação com a existência de um único artigo relacionado ao tipo de técnica empregada, não possuindo, portanto comparativo de média. No estudo clínico de Lillo¹⁷, foi verificada a presença de polifarmácia em 60% dos pacientes nesta intervenção,

onde a desprescrição racional foi alcançada, a polifarmácia diminuiu de 60% para 45%, e quando se levou em consideração todos os pacientes polimedicados, a polifarmácia diminuiu para 25%.

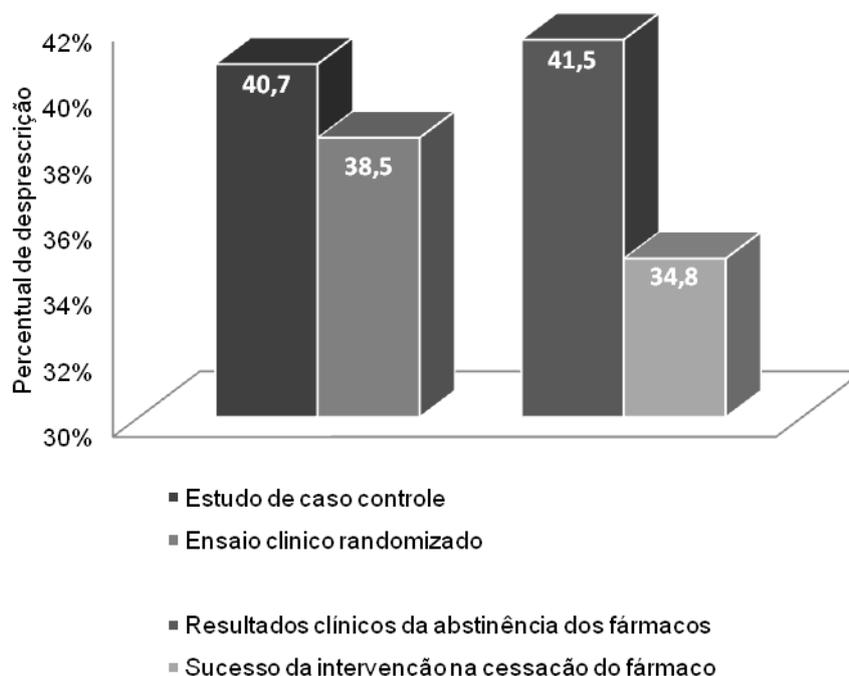
Na avaliação do índice de desprescrição em pacientes que receberam material informativo indicando os danos potenciais da polifarmácia, o índice de 36% vai ao encontro do estudo desenvolvido por Reeve e colaboradores¹³ onde um percentual entre 27% a 36% de desprescrição de benzodiazepínicos é verificado, quando o paciente é submetido a material informativo relacionado aos efeitos adversos do fármaco. Esta condição pode indicar o entendimento, por parte do usuário, de que o medicamento é inapropriado, pode causar efeitos colaterais e pode ser reiniciado, se necessário.

Neste mesmo estudo, é apontada uma redução média de 46% na polimedicação em estudos que utilizaram intervenção mista como ferramenta de processo¹³. Há uma proporcionalidade com os percentuais de 42% e 38% verificados na Figura 2 para a intervenção mista com e sem substituição, respectivamente.

No que tange a metodologia aplicada, treze estudos foram classificados como ensaios clínicos randomizados (ECRs) e cinco foram estudos de caso controle. No quesito avaliação pós-desprescrição, os trabalhos foram divididos em resultados clínicos da abstinência de diferentes fármacos (n= 6) e sucesso da intervenção na cessação e/ ou redução do uso dos medicamentos (n= 12).

O procedimento de descontinuação também é avaliado nos artigos selecionados. Para resultados clínicos da abstinência dos fármacos foi considerada a descontinuação, redução de dosagem ou substituição medicamentosa⁵, enquanto que a intervenção na cessação do fármaco avalia exclusivamente a retirada terapêutica¹².

A Figura 3 apresenta o índice de desprescrição conforme metodologia e avaliação de resultados.

Figura 3. Desprescrição conforme metodologia e avaliação de resultados

Fonte: Elaboração própria

Embora não ocorra uma variação significativa entre as diferentes metodologias utilizadas nos estudos clínicos, quando combinado com a avaliação de resultados, há o entendimento de que a tentativa de retirada abrupta de um único fármaco resulta em maior resistência a descontinuação. Brendan e colaboradores²³ descreveram essa condição como síndrome da abstinência, pouco verificada na literatura, e que afeta os idosos de maneira mais significativa devido à fragilização da saúde nesta faixa etária.

Neste contexto, a substituição ou redução de dosagem é entendida como uma abordagem de desprescrição com melhor aceitação entre os participantes dos estudos, especialmente quando se avalia a polimedicação. A melhor aplicabilidade desse procedimento é relacionada com a condição de que alguns medicamentos não podem ser descontinuados de forma abrupta, já que o risco da abstinência se torna mais relevante que o risco da continuação da prescrição. Como exemplo, há a recomendação de redução na dose de benzodiazepínicos em 25% a cada duas semanas, permitindo a adaptação do paciente à nova condição clínica¹⁹.

Estudo de Vappio e colaboradores²⁴ refere que a substituição pode não interferir na cessação total do fármaco, pois alguns pacientes não são capazes de percebê-la, contudo necessitam previamente de apoio psicossocial para que a retirada do MPI seja realizada com sucesso.

Todos os estudos incluídos na pesquisa apresentaram guias orientativos de desprescrição. Estes guias servem de apoio para uma correta intervenção vinculada ao procedimento específico de cada estudo. Dessa forma, é possível afirmar que não há um padrão definido, mas sim adaptações relativas ao tipo de intervenção, metodologia e medicamentos sujeitos a descontinuação.

Nos artigos de pesquisa clínica avaliados, foram encontrados métodos de desprescrição seguindo critérios de Beers (n= 6), de STOPP/START (n= 10) e medicamentos potencialmente inapropriados para idosos (MPI) (n= 7). O propósito desses instrumentos é melhorar a qualidade e a segurança da prescrição para este público-alvo.

Os critérios de Beers, segundo a Sociedade Americana de Geriatria²⁵, devem ser utilizados em todos os ambientes de cuidados ambulatoriais, agudos e institucionalizados para população idosa. As intenções dos critérios são: melhorar a seleção de medicamentos, educar médicos e pacientes, reduzir eventos adversos a medicamentos; e servir como uma ferramenta para avaliar a qualidade do atendimento, custo e padrões de uso de drogas entre os idosos.

Critérios de STOPP/START também puderam ser observados nos resultados do trabalho. Conforme O'Mahony e colaboradores²⁶ este mecanismo descreve os erros mais comuns de tratamento e omissão na prescrição em idosos. Sua contribuição mais inovadora, com respeito aos critérios de Beers, foi a inclusão de uma lista que busca detectar a falta de uso de medicamentos potencialmente indicados (START). Embora estes critérios apresentem semelhanças e algumas recomendações em comum, na tomada de decisão quanto à prescrição de medicamentos para idosos indica-se seu uso complementar e combinado²⁷, como é o caso de cinco estudos avaliados nesta revisão^{18, 21, 28, 29, 30}.

Paralelamente aos critérios de Beers e STOPP/START, existe uma outra lista de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos (MPI). Cada país apresenta uma lista conforme especificação das respectivas sociedades

de geriatria com constante atualização. A Sociedade Americana de Geriatria (AGS) divulgou em 2019 uma versão expandida dos critérios de Beers, incluindo uma lista de terapias alternativas ao uso de MPIs. O estudo foi desenvolvido em um painel de 13 especialistas reunidos pela AGS, que identificaram mais de 40 medicamentos ou classes de medicamentos potencialmente problemáticos^{9,25}.

No tocante aos medicamentos, os benzodiazepínicos representaram maior índice de artigos pesquisados onde houve a abordagem de desprescrição (61%). Essa condição é relevante visto que, para o idoso, é uma das classes mais difíceis de intervenção, devido à dependência psicológica e física¹⁹. Também foi verificada uma porcentagem elevada (50%) de estudos envolvendo a desprescrição de inibidores de bomba de prótons, onde a utilização do fármaco deve ser limitada a três meses de uso, não sendo seu uso de forma contínua como verificado em diferentes casos pelas equipes multidisciplinares²⁷. Outras classes de fármacos muito presentes nestes estudos foram: anti-hipertensivos (44%), antidepressivos (28%), analgésicos, estatinas (ambos 22%) e hipoglicemiantes (17%). Estas classes de fármacos aumentam risco de diversos efeitos adversos para o paciente idoso, como perda cognitiva, sonolência, *delirium*, aumento do risco de infecções, sangramento, hipotensão, quedas, perda óssea e fraturas⁹.

Também conforme os critérios de Beers, STOPP/START e MPIs, os fármacos supracitados estão diretamente ligados aos eventos adversos severos e, quando aplicável, devem ser descontinuados e/ou reduzidos²⁶.

Somado a questão clínica, o uso inapropriado de MPIs resulta em custos elevados a saúde pública. Garfinkel & Mangin³⁰ descrevem uma redução próxima a 16% no custo total dos medicamentos prescritos, após intervenção no setor de geriatria hospitalar. O estudo de Reeve e colaboradores¹³ estima um custo anual de 7,2 bilhões de dólares a comunidade dos Estados Unidos devido à prescrição medicamentosa inapropriada e internação hospitalar desnecessária.

CONCLUSÃO

Dentre os estudos clínicos revisados, foi possível verificar uma heterogeneidade significativa entre tipo de intervenção, metodologia aplicada, avaliação da retirada dos fármacos e dos guias de desprescrição.

Quanto ao tipo de intervenção utilizado, há uma proximidade de resultados, independente do modelo utilizado, respondendo a questão inicial de que não existe um procedimento padronizado para direcionar a equipe multidisciplinar ao êxito na desprescrição.

Ao observar a metodologia utilizada e a avaliação pós-intervenção, fica evidente que o êxito na desprescrição pode estar associado à redução gradual dos medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, ou mesmo a substituição por fármacos de menor potencial danoso (STOPP/START).

Complementarmente, foi verificada que a aceitação da descontinuação medicamentosa é maior em locais onde o paciente encontra estabilidade física e emocional. Nesse contexto, as clínicas geriátricas apresentaram os maiores índices de desprescrição no comparativo com demais locais de estudo.

Entre os fármacos mais desprescritos aparecem os benzodiazepínicos. A retirada, redução de dose ou substituição destes, resulta em benefício na saúde e bem-estar do idoso, uma vez que atua na diminuição dos eventos adversos graves e à polifarmácia associada.

Ao avaliar os tipos de intervenção propostos nos estudos clínicos, fica demonstrada a relevância da participação do profissional farmacêutico na equipe multidisciplinar, avaliando a farmacoterapia mais adequada com a patologia associada a faixa etária estudada.

O ato de desprescrever medicamentos para a população idosa no mundo ainda é um desafio que toma especial relevância na melhora da qualidade de vida do idoso, com a diminuição do uso de medicamentos impróprios, inseguros ou até mesmo desnecessários.

Conflitos de interesse

Os autores declaram que não existiram potenciais conflitos de interesse para a condução desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população por sexo e idade - Indicadores implícitos na projeção 2010/2060. <http://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao>. Acessado em 16 de setembro de 2018.
2. Ramos IR, et al. Polypharmacy and polymorbidity in older adults in Brazil: A public health challenge. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 50, n. 2, p.1-13, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006145>. Acessado em 16 de setembro de 2018.
3. Scott I, et al. Deciding when to stop: Towards evidence-based deprescribing of drugs in older populations. *BMJ Evidence-based Medicine*, v. 18, n. 4, 2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23136399>. Acessado em 09 de setembro de 2018.
4. Frank C. Deprescribing: A new word to guide medication review. *Canadian Medical Association or its Licensors*, Canadá, v. 6, n. 186, p.407-408, 2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc3971020/>. Acessado em 26 de setembro de 2018.
5. Mckean M, Pillans P, Scott IA. A medication review and deprescribing method for hospitalised older patients receiving multiple medications. *Internal medicine journal*. Department of Internal Medicine and Clinical Epidemiology, Princess Alexandra Hospital, Ipswich Road, Woolloongabba, Austrália, p. 35-42. 2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26387783>. Acessado em 12 de setembro de 2018.
6. Nascimento RCRM, et al. Polifarmácia: Uma realidade na atenção primária do sistema único de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 2017. http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-s1518-51-s2-87872017051007136.pdf. Acessado em 02 de setembro de 2018.
7. Silva AL, et al. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: Um inquérito postal. *Caderno de Saúde Pública*.

- 2012, vol.28, n.6, p.1033-1045.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102-311x2012000600003. Acessado em 09 de setembro de 2018.
8. Beers MH, et al. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Archives of Internal Medicine*, Chicago, v.151, n.9, p.1825-1832, 1991. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/188824>. Acessado em 15 de novembro de 2018.
 9. American Geriatrics Society (AGS). 2019 updated AGS Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal American Geriatric Society*, 67: 674-694.
 10. Farrell B, et al. What are priorities for deprescribing for elderly patients? Capturing the voice of practitioners: A modified Delphi process. *Plos One*, Örebro, v. 10, n. 4, p.1-16, abr. 2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25849568>. Acessado em 16 de setembro de 2018.
 11. Brasil, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acessado em 15 de outubro de 2018.
 12. Martin P, Tannenbaum C. A realist evaluation of patients' decisions to deprescribe in the empower trial. *BMJ Open*, Québec, Canadá, v. 7, n. 4, p.1-10, 2017. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-015959>. Acessado em 15 de setembro de 2018.
 13. Reeve E, et al. A systematic review of interventions to deprescribe benzodiazepines and other hypnotics among older people. *European Journal of Clinical Pharmacology*, Sydney, Austrália, v. 73, n. 8, p.927-935, abr. 2017. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s00228-017-2257-8>. Acessado em 15 de setembro de 2018.

14. Romero I, et al. “Deprescrever” nos doentes em fim de vida: Um guia para melhorar a prática clínica. *Medicina interna*, Lisboa, v. 25, n. 1, p.48-57, mar. 2018. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. <<http://dx.doi.org/10.24950/rspm/revisao/139/1/2018>>. Acessado em 13 de setembro de 2018.
15. UNESP, Faculdade de Ciências Agrônomicas. Biblioteca do Professor Paulo de Carvalho Mattos. Revisão de literatura, Botucatu, 2015. <http://www.fca.unesp.br/home/biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>. Acessado em 24 de novembro de 2018.
16. Leff B, et al. Satisfaction with hospital at home care. *Journal of the American Geriatrics Society*, Baltimore, v. 54, n. 9, p.1355-1363, set. 2006. <http://www.hospitalathome.org/files/hah%20satisfaction%20jags.pdf>. Acessado em 15 de novembro de 2018.
17. Lillo DC. La deprescripción en el anciano: Un estudio observación. *Revista Electrónica de Biomedicina*, Argentina, v. 2 p.23-31, 2017. <http://biomed.uninet.edu/2017/n2/lillo.html>. Acessado em 20 de novembro de 2018.
18. Ohshima S, et al. Deprescribing using the guidelines for medical treatment and its safety in the elderly and changes in patient QOL and activities of daily living. *Yakugaku Zasshi*, Pharmaceutical Society of Japan v. 137, n. 5, p.623-633, 2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28458294>. Acessado em 20 de outubro de 2018.
19. Tannenbaum C, et al. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education. *Jama Internal Medicine*, Canadá, v. 174, n. 6, p.890-898, 2015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24733354>. Acessado em 20 de setembro de 2018.
20. Andreassen IM, et al. The potential for deprescribing in care home residents with type 2 diabetes. *International Journal of Clinical Pharmacy*, Reino Unido, v. 38, n. 4, p.977-984, 2016.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27241345>. Acessado em 20 de novembro de 2018.

21. Mudge A, et al. Effects of a pilot multidisciplinary clinic for frequent attending elderly patients on deprescribing. *Australian Health Review*, Austrália, v. 40, n.1, p.1-5, 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26143171>. Acessado em 10 de setembro de 2018.
22. Nedel WL, Silveira F. Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p.1-5, 2016. <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n3/0103-507x-rbti-28-03-0256.pdf>. Acessado em 10 de outubro de 2018.
23. Brendan JNG, Couteur DGL, Hilmer SN. Deprescribing benzodiazepines in older patients: Impact of interventions targeting physicians, pharmacists, and patients. *Drugs & Aging*, Austrália, v. 35, n. 6, p.493-521, abr. 2018. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29705831>. Acessado em 23 de novembro de 2018.
24. Vaapio S, et al. Symptoms associated with long-term benzodiazepine use in elderly individuals aged 65 years and older: A longitudinal descriptive study. *International Journal of Gerontology*, Finlândia, v.9, n. 1, p.34-39, mar. 2015. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1873959815000137>. Acessado em 15 de setembro de 2018.
25. American Geriatrics Society (AGS). Beers criteria update expert panel for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, Nova Iorque, EUA, v. 63, n. 11, p. 2227-2246, 8 out. 2015. http://www.sigot.org/allegato_docs/1057_beers-criteria.pdf. Acessado em 19 de novembro de 2018.
26. O'Mahony D, et al. Stopp/start criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: Version 2. *Age and Ageing*, v. 44, n. 2, p.213-218, Oxford, 2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25324330>. Acessado em 20 de novembro de 2018.

27. Lee C, et al. Outcome after discontinuation of proton pump inhibitors at a residential care site: Quality improvement project. *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, Canadá, 70(3):215-23, 2017. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28680175>. Acessado em 23 de setembro de 2018.
28. Anacleto TA, et al. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. Instituto de Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Minas gerais, n. 3, v.7, p. 1-8, 2017. http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2017/09/is_0006_17a_boletim_agosto_ismp_210x276mm_v2.pdf. Acessado em 24 de novembro de 2018.
29. Fried TR, et al. Effect of the tool to reduce inappropriate medications on medication communication and deprescribing. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 65, n. 10, p.2265-2271, 14 ago. 2017. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28804870>. Acessado em 29 de outubro de 2018.
30. Wouters H, et al. Discontinuing inappropriate medication use in nursing home residents. *Annals of Internal Medicine*, Holanda, v. 167, n. 9, p.1-11, out. 2017. <http://bmjopen.bmj.com/content/4/10/e006082>. Acessado em 01 de setembro de 2018.
31. Garfinkel D; Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults. *Archives of Internal Medicine American Medical Association*, Israel, v. 170 n. 18, p.1648-1654, 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20937924>. Acessado em 19 de outubro de 2018.
32. Busquets FB, et al. CP-103 deprescribing medication in geriatric patients with chronic psychiatric diseases. *Clinical Pharmacy*, Espanha, p.45-46, 25 fev. 2017. http://ejhp.bmj.com/content/24/suppl_1/a45.2. Acessado em 30 de outubro de 2018.
33. Javelot H, et al. Benzodiazepines withdrawal: Initial outcomes and long-term impact on falls in a french nursing home. *Pharmacy*, França, v.6, n. 2,

- p.1-7, 6 abr. 2018. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29642377>. Acessado em 20 de setembro de 2018.
34. Luymes CH, et al. Deprescribing preventive cardiovascular medication in patients with predicted low cardiovascular disease risk in general practice – the ecstatic study: A cluster randomised non-inferiority trial. *BMC Medicine*, v. 16, n. 1, p.1-14, 2018. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29321031>. Acessado em 24 de novembro de 2018.
35. McIntyre C, et al. Targeted deprescribing in an outpatient hemodialysis unit: A quality improvement study to decrease polypharmacy. *American Journal of Kidney Diseases*, Canadá, v. 70, n. 5, p.611-618, nov. 2017. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28416321>. Acessado em 24 de setembro de 2018.
36. Potter K, Flicker I, Page A, Etherton-Beer C. Deprescribing in frail older people: A randomised controlled trial. *Plos One*, v. 11, n. 3, p.1-21, mar. 2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26942907>. Acessado em 20 de outubro de 2018.
37. Velde NVD, et al. Risk of falls after withdrawal of fall-risk-increasing drugs: A prospective cohort study. *British Journal of Clinical Pharmacology*, Holanda, v. 63, n. 2, p.232-237, fev. 2007. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc2000574/>. Acessado em 12 de setembro de 2018.

Material Suplementar. Síntese das informações obtidas dos artigos incluídos nesta Revisão.

Autores	Local	País	Ano	Tipo de intervenção	Metodologia	Avaliação	Medicamentos desprescritos	Guia de desprescrição	Critérios
McKean <i>et al</i>, 2015	Hospital	Austrália	2014	Mista sem substituição	Ensaio clínico randomizado	Resultados clínicos da abstinência dos fármacos	BDZ ¹ , anti-hipertensivos, analgésicos opióides, estatinas, diuréticos, IBP ²	Protocolo individual de desprescrição	MPI ³
Martin & Tannenbaum, 2017	Comunidade	Canadá	2010 - 2013	Mista com educação do paciente	Ensaio clínico randomizado	Sucesso da intervenção na cessação do fármaco	BDZ	EMPOWER	MPI
Potter <i>et al</i>, 2016	Clínica geriátrica	Austrália	2011 - 2013	Mista sem substituição	Estudo de caso controle	Resultados clínicos da abstinência dos fármacos	Laxantes, analgésicos, antidepressivos, IBP, ansiolíticos, antipsicóticos	Protocolo individual de desprescrição	MPI
Luymes <i>et al</i>, 2018	Grupo de pacientes	Holanda	2012 - 2014	Mista sem substituição	Estudo de caso controle	Resultados clínicos da abstinência dos fármacos	Anti-hipertensivos	ECSTATIC	MPI
Fried <i>et al</i>, 2017	Hospital	EUA	2014 - 2016	Mista sem substituição	Estudo de caso controle	Sucesso da intervenção na cessação do fármaco	Anti-hipertensivos e hipoglicemiantes	TRIM	Beers, STOPP/START
Mudge <i>et al</i>, 2015	Hospital	Austrália	2012 - 2013	Mista sem substituição	Ensaio clínico randomizado	Sucesso da intervenção na cessação do	BDZ, opióides, antidepressivos e diuréticos	THRIVE	Beers, STOPP/START

						fármaco			
Lee et al, 2017	Clínica geriátrica	Canadá	2017	Mista com substituição	Ensaio clinico randomizado	Sucesso da intervenção na cessação do fármaco	IBP	Protocolo individual de desprescrição	STOPP/START
Tannenbaum et al, 2015	Farmácias	Canada	2010 - 2012	Mista com educação do paciente	Estudo de caso controle	Sucesso da intervenção na cessação do fármaco	BDZ	EMPOWER	Beers
Vaapio et al, 2015	Banco de dados governamental	Finlandia	2013	Mista com substituição	Ensaio clinico randomizado	Sucesso da intervenção na cessação do fármaco	BDZ	Protocolo individual de desprescrição	MPI
Jabelot et al, 2018	Clínica geriátrica	França	2011 - 2013	Mista sem substituição	Ensaio clinico randomizado	Sucesso da intervenção na cessação do fármaco	BDZ	Protocolo individual de desprescrição	MPI
Busquets et al, 2017	Clínica geriátrica	Espanha	2017	Mista com substituição	Ensaio clinico randomizado	Resultados clínicos da abstinência dos fármacos	BDZ e antidepressivos	Protocolo individual de desprescrição	STOPP/START
Wouters et al, 2017	Clínica geriátrica	Holanda	2014 - 2016	Mista sem substituição	Estudo de caso controle	Sucesso da intervenção na cessação do fármaco	Anti-hipertensivos, IBP, diuréticos, analgésicos, vitaminas	3MR	Beers, STOPP/START
Lillo, 2017	Grupo de pacientes	Argentina	2016	Mista sem substituição	Ensaio clinico randomizado	Sucesso da intervenção na cessação do fármaco	BDZ, IBP e antiinflamatórios	Protocolo individual de desprescrição	STOPP/START

van der Velde et al, 2006	Clínica geriátrica	Holanda	2006	Mista sem substituição	Estudo de caso controle	Sucesso da intervenção na cessação do fármaco	BDZ, antidepressivos, anti-hipertensivos, antiarrítmicos, analgésicos, diuréticos	FRID	MPI
McIntyre et al, 2017	Hospital	Canadá	2014 - 2015	Mista sem substituição	Ensaio clinico randomizado	Resultados clínicos da abstinência dos fármacos	Estatinas, bloqueadores alfadrenérgicos, diuréticos, IBP	Protocolo individual de desprescrição	STOPP/START
Andreassen et al, 2016	Clínica geriátrica	Reino Unido	2011 - 2013	Mista com substituição	Ensaio clinico randomizado	Sucesso da intervenção na cessação do fármaco	Laxantes, estatinas, antidepressivos, IBP e antihipertensivos	Protocolo individual de desprescrição	STOPP/START
Ohshima et al, 2017	Assistência domiciliar	Japão	2015	Mista com educação do paciente	Ensaio clinico randomizado	Sucesso da intervenção na cessação do fármaco	BDZ, anti-hipertensivos, IBP, bloqueador alfadrenérgico, hipoglicemiantes	Diretrizes para Tratamento Médico e Segurança no Idoso	Beers, STOPP/START
Garfinkel & Mangin, 2010	Clínica geriátrica	Israel	2008	Mista com educação do paciente	Ensaio clinico randomizado	Resultados clínicos da abstinência dos fármacos	BDZ, anti-hipertensivos, IBP, estatinas, aspirinas, hipoglicemiantes	GP-GP	Beers, STOPP START

¹Benzodiazepínicos, ² Inibidores de bomba de prótons, ³ Medicamentos potencialmente inapropriados

Fonte: Elaboração Própria