ReGeo ISSN: 2177-3246

DESPRESCRIÇÃO EM IDOSOS POLIMEDICADOS: REDUÇÃO DE RISCOS, EVENTOS ADVERSOS E INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

DEPRESCRIBING IN OLDER ADULTS WITH POLYPHARMACY: REDUCING RISKS, ADVERSE EVENTS AND DRUG INTERACTIONS

DEPRESCRIPCIÓN EN ADULTOS MAYORES POLIMEDICADOS: REDUCCIÓN DE RIESGOS, EVENTOS ADVERSOS E INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

https://doi.org/10.56238/revgeov17n10-072

Data de submissão: 12/09/2026 **Data de publicação:** 12/10/2026

Walquiria Simony da Costa Queiroz
Medicina
Instituição: Centro Educacional UNINASSAU
E-mail: Walquiriaqueiroz@yahoo.com.br

Maria Eloisa Gomes Ferreira
Medicina
Instituição: Universidade Católica de Brasília
E-mail: mariaeloisagomesferreira@gmail.com

Amanda Carolina Galvão de Oliveira
Médica
Instituição: Universidade Evangélica de Goiás (UniEvangélica)
E-mail: amandacoliveira210@gmail.com

Eberson da Silva Rodrigues do Nascimento
Médico, neurologista, psiquiatra e psicoterapeuta; mestre e doutor; professor
Instituição: Universidade Federal de Goiás (UFG)
E-mail: mal.drebersonnascimento@gmail.com

Iza Pereira Bezerra
Especialista em Medicina de Família e Comunidade; Pós-graduação em Geriatria; Graduação em Medicina
Instituição: Universidade Maria Auxiliadora (UMAX)
E-mail: dra.izapereirabezerra@hotmail.com

Lian Razador
Acadêmico em Medicina
Instituição: Centro Universitário da Serra Gaúcha (FSG)
E-mail: lianraz007@gmail.com

Vitória Gabriela Grando
Medicina
Instituição: Cascavel (FAG)
E-mail: grandovitoria@hotmail.com

Rafaela Santos Nery
Acadêmica de Medicina
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora
E-mail: rafaelasantosnery@gmail.com

João Paulo de Souza Guimarães
Médico
Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
E-mail: joaopaulosg3@gmail.com

Júlia Martins Oliveira
Médica
Instituição: Centro Universitário de Brasília (UniCEUB)
E-mail: juliamartins5121@gmail.com

Ana Carolina Falbota
Médica
Instituição: Universidade de Rio Verde (UniRV)
E-mail: falbota@outlook.com.br

Vitor Aliot da Costa
Medicina
Instituição: Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE)
E-mail: vitor.aliot@hotmail.com

Marco Antônio Franco Cançado
Graduando em Medicina
Instituição: Centro Universitário de Brasília (UniCEUB)
E-mail: marcocancado@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0009-0007-8447-2652

Isabela Xavier Moura Oliveira Magalhães
Instituição: Universidade de Rio Verde (UniRV)
E-mail: isabelaxaviermo@gmail.com

Maria Eduarda Yumi Tamekuni
Médica
Instituição: Centro Universitário IMEPAC – Araguari
E-mail: mariaeduardatamekuni@gmail.com

Gabriel Mendes Nascimento
Medicina
Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO)
E-mail: gabrielmendesmed@gmail.com

Marina Valente Guerra
Graduanda em Medicina
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora
E-mail: marinavalenteguerra@gmail.com

ReGeo

ISSN: 2177-3246

Valéria Goulart
Médica – Pós-graduação em Endocrinologia
Instituição: Afya Educação Médica
E-mail: dravaleriagoulart@gmail.com

Kauã Gabriel de Oliveira
Acadêmico de Medicina
Instituição: Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)
E-mail: Kabrieldeoliveira@gmail.com

Wilfredo Gómez Navarro
Médico
Instituição: Universidade Anhembi Morumbi
E-mail: gomezwilfredo12@gmail.com

RESUMO
O envelhecimento populacional, a multimorbidade e a fragmentação do cuidado favorecem o uso simultâneo de múltiplos medicamentos em pessoas idosas. Embora a polifarmácia possa ser clinicamente necessária, sua forma inadequada amplia a exposição a medicamentos potencialmente inapropriados (MPI), interações farmacológicas, reações adversas, quedas, comprometimento cognitivo, hipotensão, hipoglicemia, hospitalizações e dificuldades de adesão. A desprescrição consiste em um processo clínico planejado, supervisionado e centrado na pessoa para reduzir doses ou interromper medicamentos quando os riscos superam os benefícios, quando a indicação perdeu atualidade ou quando os objetivos terapêuticos mudaram. Este estudo teve como objetivo discutir a desprescrição em idosos polimedicados, enfatizando critérios de identificação de oportunidades, redução de riscos, eventos adversos, interações medicamentosas e estratégias de implementação segura. Realizou-se revisão narrativa com busca estruturada da literatura, priorizando revisões sistemáticas, metanálises, ensaios clínicos, critérios explícitos e diretrizes de prática clínica publicados principalmente entre 2019 e 2026, além de referências seminais. A literatura demonstra que intervenções de desprescrição reduzem de modo consistente o número de medicamentos e a exposição a MPI. Entretanto, os efeitos sobre mortalidade, quedas e hospitalizações são heterogêneos e dependem do cenário, da população e do caráter individualizado da intervenção. Ferramentas como os critérios AGS Beers e STOPP/START apoiam a triagem, mas não substituem julgamento clínico, reconciliação medicamentosa, decisão compartilhada e monitoramento. Conclui-se que a desprescrição deve integrar o cuidado longitudinal do idoso como componente da segurança medicamentosa, com priorização de fármacos sem indicação vigente, duplicidades, elevada carga anticolinérgica ou sedativa e tratamentos cujo benefício esperado não acompanha o risco individual.

Palavras-chave: Desprescrição. Polifarmácia. Idoso. Medicamentos Potencialmente Inapropriados. Segurança do Paciente.

ABSTRACT
Population ageing, multimorbidity and fragmented care favor the simultaneous use of multiple medicines among older adults. Although polypharmacy may be clinically necessary, inappropriate polypharmacy increases exposure to potentially inappropriate medications, drug interactions, adverse drug reactions, falls, cognitive impairment, hypotension, hypoglycemia, hospital admissions and adherence problems. Deprescribing is a planned, supervised and person-centered clinical process aimed at dose reduction or medication discontinuation when harms outweigh benefits, the original

indication is no longer present, or therapeutic goals have changed. This study discusses deprescribing in older adults with polypharmacy, emphasizing opportunity identification, risk reduction, adverse events, drug interactions and safe implementation strategies. A narrative review with structured literature searching was conducted, prioritizing systematic reviews, meta-analyses, clinical trials, explicit criteria and practice guidelines published mainly from 2019 to 2026, together with seminal references. Evidence consistently shows reductions in medication burden and potentially inappropriate medication exposure after deprescribing interventions. Effects on mortality, falls and hospitalizations are more heterogeneous and depend on setting, population and intervention individualization. Tools such as the AGS Beers Criteria and STOPP/START support screening but do not replace clinical judgment, medication reconciliation, shared decision-making and follow-up. Deprescribing should therefore be incorporated into longitudinal geriatric care as a medication-safety strategy, particularly for drugs without a current indication, therapeutic duplications, high anticholinergic or sedative burden and treatments in which expected benefit no longer matches individual risk.

Keywords: Deprescribing. Polypharmacy. Older Adults. Potentially Inappropriate Medications. Patient Safety.

RESUMEN

El envejecimiento poblacional, la multimorbilidad y la fragmentación de la atención favorecen el uso simultáneo de múltiples medicamentos en las personas mayores. Aunque la polifarmacia puede ser necesaria, la polifarmacia inapropiada aumenta la exposición a medicamentos potencialmente inapropiados, interacciones, reacciones adversas, caídas, deterioro cognitivo, hipotensión, hipoglucemia, hospitalizaciones y problemas de adherencia. La deprescripción es un proceso clínico planificado, supervisado y centrado en la persona para reducir dosis o suspender medicamentos cuando los riesgos superan los beneficios, la indicación ya no está presente o los objetivos terapéuticos han cambiado. Este estudio discute la deprescripción en adultos mayores polimedicados, con énfasis en la identificación de oportunidades, la reducción de riesgos, los eventos adversos, las interacciones farmacológicas y la implementación segura. Se realizó una revisión narrativa con búsqueda estructurada de la literatura, priorizando revisiones sistemáticas, metanálisis, ensayos clínicos, criterios explícitos y guías publicados principalmente entre 2019 y 2026, además de referencias fundamentales. Las intervenciones de deprescripción reducen de forma consistente la carga farmacológica y la exposición a medicamentos potencialmente inapropiados; sin embargo, sus efectos sobre mortalidad, caídas y hospitalizaciones son heterogéneos. Los criterios AGS Beers y STOPP/START son instrumentos de apoyo y no sustituyen el juicio clínico, la conciliación, la decisión compartida y el seguimiento.

Palabras clave: Deprescripción. Polifarmacia. Adulto Mayor. Medicamentos Potencialmente Inapropiados. Seguridad del Paciente.

1 INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida vem acompanhado de maior prevalência de doenças crônicas e de multimorbidade, fenômeno que torna o tratamento farmacológico simultâneo uma realidade frequente na população idosa. Em muitos casos, a utilização de cinco ou mais medicamentos é consequência legítima do cuidado baseado em evidências para hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, osteoporose, transtornos do humor, dor crônica e outras condições. O problema clínico, portanto, não é a contagem isolada de fármacos, mas a transição da polifarmácia apropriada para a polifarmácia inadequada, caracterizada por medicamentos sem indicação atual, duplicidades terapêuticas, doses incompatíveis com a função renal ou hepática, combinações de risco, tratamentos com baixo benefício esperado ou esquemas excessivamente complexos para a capacidade funcional e as prioridades da pessoa idosa (Davies *et al.*, 2020; Hung; Kim; Pavon, 2024).

As alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento modificam a farmacocinética e a farmacodinâmica. Redução da depuração renal, mudanças na composição corporal, menor reserva homeostática e maior sensibilidade a fármacos que atuam no sistema nervoso central (SNC) podem tornar doses previamente toleradas progressivamente menos seguras. Ao mesmo tempo, o idoso pode receber prescrições de diferentes especialistas, ter transições entre hospital, atenção primária e instituições de longa permanência e utilizar medicamentos isentos de prescrição ou produtos fitoterápicos que nem sempre aparecem na lista formal. Esse conjunto cria oportunidades para interações medicamento-medicamento, medicamento-doença e medicamento-função orgânica, além de favorecer cascatas de prescrição, nas quais um evento adverso é interpretado como nova doença e tratado com outro medicamento (American Geriatrics Society, 2023; O'Mahony *et al.*, 2023).

A literatura associa a polifarmácia, sobretudo quando inclui MPI, a hospitalizações, problemas de adesão e maior complexidade terapêutica. Uma revisão de revisões identificou associação particularmente consistente com hospitalização e prescrição inadequada, embora a magnitude de outros desfechos varie entre estudos e seja influenciada pela multimorbidade e pela gravidade clínica (Davies *et al.*, 2020). Assim, a simples associação entre maior número de medicamentos e piores desfechos não deve ser interpretada automaticamente como causalidade. O foco contemporâneo é avaliar a adequação de cada fármaco em relação à indicação, ao tempo para obtenção de benefício, ao risco individual, às preferências do paciente e à possibilidade de simplificação.

Nesse cenário, a desprescrição foi incorporada ao vocabulário da segurança medicamentosa. O conceito não corresponde à retirada indiscriminada de tratamentos, nem a uma estratégia destinada a "reduzir números" na prescrição. Trata-se de processo clínico intencional de identificação e retirada, redução de dose ou substituição de medicamentos que podem estar causando dano, que já não

apresentam benefício provável suficiente ou que deixaram de ser coerentes com as metas terapêuticas. A decisão deve ser acompanhada de plano de monitoramento e possibilidade de reintrodução quando necessário. Revisões contemporâneas reforçam que intervenções individualizadas, com revisão abrangente e decisão compartilhada, são mais coerentes com a complexidade clínica do idoso do que abordagens genéricas centradas apenas em listas de medicamentos (Quek *et al.*, 2024; Hung; Kim; Pavon, 2024).

A importância do tema é ampliada pela existência de classes particularmente relevantes na geriatria, como benzodiazepínicos e fármacos Z, medicamentos com atividade anticolinérgica, antipsicóticos, anti-hipertensivos em contextos de hipotensão ou fragilidade, hipoglicemiantes em pessoas com risco de hipoglicemia, anti-inflamatórios não esteroides e inibidores da bomba de prótons mantidos sem reavaliação. Critérios explícitos, como o AGS Beers Criteria de 2023 e o STOPP/START versão 3, organizam situações em que o risco pode superar o benefício e também chamam atenção para omissões terapêuticas. Entretanto, tais instrumentos foram concebidos como suporte ao julgamento clínico e não como regras automáticas de suspensão (American Geriatrics Society, 2023; O'Mahony *et al.*, 2023).

Diante disso, o objetivo deste artigo é discutir os fundamentos e a aplicação clínica da desprescrição em idosos polimedicados, com ênfase na redução de riscos, eventos adversos e interações medicamentosas, além de sintetizar estratégias para identificação de medicamentos prioritários, planejamento da retirada, monitoramento e tomada de decisão compartilhada.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa com busca estruturada da literatura, orientada para a prática clínica e para a síntese crítica de evidências sobre desprescrição em pessoas idosas com polifarmácia. A escolha desse delineamento permitiu integrar diferentes tipos de evidência relevantes ao tema, incluindo critérios explícitos de prescrição, diretrizes clínicas, ensaios clínicos randomizados (ECR), revisões sistemáticas e metanálises. A revisão não foi desenhada como revisão sistemática com estimativa própria de efeito e, por isso, não apresenta fluxograma PRISMA nem números de registros identificados, excluídos ou incluídos.

Foram priorizadas publicações disponíveis em bases biomédicas e fontes científicas indexadas, particularmente PubMed/MEDLINE, além de documentos de referência internacional. Utilizaram-se combinações de termos correspondentes a "deprescribing", "polypharmacy", "older adults", "aged", "potentially inappropriate medications", "adverse drug events", "drug interactions", "medication review" e "medication safety". Para manter atualidade, a discussão deu prioridade a estudos e sínteses

publicados entre 2019 e setembro de 2026, sem excluir trabalhos anteriores quando considerados seminais para definição do conceito, elaboração de algoritmos de retirada ou desenvolvimento de recomendações específicas.

Foram selecionados trabalhos que abordassem pessoas com 60 ou 65 anos ou mais, polifarmácia, MPI, intervenções de revisão ou desprescrição, segurança do tratamento e desfechos clínicos ou farmacoterapêuticos. Também foram incluídos documentos centrais para avaliação da adequação da prescrição, como o AGS Beers Criteria 2023 e o STOPP/START versão 3. Foram excluídas da síntese principal publicações sem relação direta com idosos, textos de opinião sem fundamentação clínica e estudos exclusivamente farmacoeconômicos sem interface com segurança ou adequação terapêutica.

A análise foi organizada em eixos temáticos: polifarmácia e vulnerabilidade a danos; definição e princípios da desprescrição; ferramentas para identificar oportunidades; eventos adversos e interações; classes farmacológicas prioritárias; evidências sobre desfechos; processo prático de desprescrição; barreiras e facilitadores; e implicações para a prática interdisciplinar. Quando revisões recentes apresentaram resultados heterogêneos, essa incerteza foi mantida na interpretação, evitando atribuir à desprescrição benefícios clínicos que não estejam consistentemente demonstrados.

3 RESULTADOS

3.1 POLIFARMÁCIA, MULTIMORBIDADE E VULNERABILIDADE MEDICAMENTOSA

Polifarmácia é frequentemente operacionalizada como o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos, enquanto dez ou mais podem ser denominados polifarmácia excessiva. Esses limiares são úteis em pesquisas e para triagem, mas não distinguem adequação. Um idoso com múltiplas condições pode necessitar de vários fármacos bem indicados; por outro lado, um paciente com quatro medicamentos pode estar exposto a uma combinação perigosa. Por isso, abordagens modernas preferem avaliar a polifarmácia segundo necessidade, benefício, risco, redundância, interação e alinhamento com objetivos de cuidado, e não apenas pelo número absoluto de itens.

Nos idosos, o risco medicamentoso é influenciado por fatores que se acumulam. A insuficiência renal pode aumentar a exposição a fármacos ou metabólitos eliminados por via renal; alterações hepáticas e redução do fluxo sanguíneo podem interferir na metabolização; hipoalbuminemia pode modificar a fração livre de alguns medicamentos; e a maior sensibilidade farmacodinâmica pode intensificar sedação, hipotensão ortostática e efeitos anticolinérgicos. Fragilidade, comprometimento cognitivo, déficits sensoriais, disfagia e dependência funcional ampliam a dificuldade de manejar

esquemas complexos. Além disso, interações com álcool, suplementos e medicamentos de venda livre podem escapar à revisão se a anamnese farmacológica for limitada.

O risco aumenta de modo particular quando o regime reúne fármacos com efeitos adversos convergentes. Múltiplos medicamentos do SNC podem somar sedação e prejuízo psicomotor; medicamentos com propriedades anticolinérgicas podem aumentar boca seca, constipação, retenção urinária, confusão e alterações cognitivas; agentes que reduzem pressão arterial podem contribuir para hipotensão postural; e combinações que afetam hemostasia elevam o risco de sangramento. O AGS Beers Criteria inclui, além de MPI, categorias específicas de interações medicamento-medicamento e situações que exigem ajuste conforme função renal (American Geriatrics Society, 2023).

Uma questão central é distinguir evento relacionado à doença de evento induzido pelo tratamento. Tontura, sonolência, delirium, quedas, anorexia, constipação e incontinência podem desencadear novas investigações e novas prescrições quando, em parte dos casos, representam toxicidade ou interação medicamentosa. A revisão de toda a cronologia terapêutica é essencial: qual medicamento foi iniciado antes do sintoma, qual dose foi alterada, houve mudança de função renal, e algum fármaco foi prescrito para tratar um efeito adverso de outro? A identificação da cascata de prescrição é uma das oportunidades mais valiosas para reduzir complexidade sem retirar tratamentos essenciais.

A carga anticolinérgica merece destaque por ser cumulativa. Revisões indicam associação entre maior carga anticolinérgica e pior desempenho funcional, qualidade de vida, quedas e mortalidade, ainda que existam diferenças entre escalas e limitações metodológicas (Al Rihani *et al.*, 2021; Mehdizadeh *et al.*, 2021; Stewart *et al.*, 2021). Isso significa que a análise não deve se restringir a um único medicamento fortemente anticolinérgico; vários fármacos com efeito discreto ou moderado podem produzir carga relevante em conjunto.

Quadro 1. Situações clínicas que devem desencadear revisão sistemática da farmacoterapia

Situação de alerta	Risco principal	Pergunta clínica prioritária
Uso de ≥5 medicamentos ou aumento recente do número de fármacos	Maior complexidade, interações e baixa adesão	Cada medicamento possui indicação atual, objetivo definido e benefício esperado?
Queda, síncope, tontura ou hipotensão	Sedação, hipotensão ortostática, bradicardia	Há fármacos que reduzem pressão, frequência cardíaca ou atenção de forma aditiva?
Delirium, piora cognitiva ou sonolência	Carga anticolinérgica e sedativa	Há medicamentos anticolinérgicos, benzodiazepínicos, opioides ou combinações de SNC?
Hipoglicemia ou metas glicêmicas muito estritas	Dano agudo, quedas, arritmias	A intensidade do tratamento continua adequada à fragilidade e à expectativa de benefício?
Declínio da função renal	Acúmulo de fármacos/metabólitos	Há medicamentos que exigem ajuste, substituição ou suspensão?
Alta hospitalar ou mudança de cuidador/serviço	Duplicidade e erros de conciliação	A lista atual reflete o que deve realmente ser mantido após a transição?
Medicamento sem indicação documentada	Exposição sem benefício	A indicação original ainda existe? Há prazo de tratamento definido?
Nova queixa após introdução de fármaco	Cascata de prescrição	O sintoma pode ser evento adverso em vez de nova doença?

Fonte: Elaboração própria com base em American Geriatrics Society (2023), O'Mahony *et al.* (2023) e Hung, Kim e Pavon (2024).

3.2 DESPRESCRIÇÃO: CONCEITO, OBJETIVOS E PRINCÍPIOS

Desprescrever significa rever e, quando clinicamente indicado, reduzir ou interromper medicamentos de maneira planejada e supervisionada. A definição contemporânea enfatiza a centralidade do paciente e a intenção de melhorar desfechos, distinguindo a desprescrição de interrupções ocasionais, não adesão ou suspensão abrupta sem acompanhamento. A análise conceitual e as revisões do campo convergem para um processo que inclui identificação de fármacos potencialmente desnecessários ou prejudiciais, priorização, mudança terapêutica, monitoramento e documentação (Reeve *et al.*, 2015; Page *et al.*, 2016).

Os objetivos não se limitam a reduzir a quantidade de comprimidos. Entre os possíveis ganhos estão diminuição da exposição a MPI, prevenção de eventos adversos e interações, simplificação do regime, melhora da adesão aos tratamentos realmente necessários e redução da carga cotidiana de cuidado. Em pacientes frágeis ou com mudança de objetivos terapêuticos, a desprescrição também pode eliminar tratamentos preventivos cujo tempo para benefício excede o horizonte clínico relevante ou cuja carga supera a utilidade percebida.

A decisão é particularmente apropriada quando não há indicação atual; quando o tratamento foi prescrito para período limitado e permaneceu indefinidamente; quando há duplicidade; quando os danos superam benefícios prováveis; quando o medicamento agrava doença, função ou síndrome

geriátrica; quando a dose não é compatível com função renal ou hepática; quando existem interações importantes; ou quando as preferências do paciente mudaram. A existência de um critério de potencial inadequação, contudo, não determina automaticamente a retirada. A indicação individual, resposta prévia, risco de recorrência, contexto de cuidado e possibilidade de monitoramento precisam ser considerados.

Um princípio fundamental é priorizar. Em prescrições muito complexas, retirar vários fármacos simultaneamente pode dificultar a atribuição de sintomas, aumentar insegurança do paciente e tornar o acompanhamento pouco interpretável. Em geral, é preferível iniciar pelo item com pior relação benefício-risco, maior probabilidade de dano, ausência mais clara de indicação ou maior contribuição para sintomas atuais. Exceções ocorrem quando existe urgência de segurança, como reação adversa grave, contraindicação nova ou interação potencialmente perigosa.

Outro princípio é reconhecer que alguns medicamentos exigem redução gradual. Benzodiazepínicos e outros sedativo-hipnóticos podem causar sintomas de retirada ou rebote; antidepressivos podem produzir síndrome de descontinuação; betabloqueadores e alguns fármacos cardiovasculares podem demandar cautela; corticosteroides sistêmicos usados por períodos prolongados não devem ser suspensos abruptamente; e inibidores da bomba de prótons podem cursar com rebote ácido em parte dos pacientes. Diretrizes específicas auxiliam no planejamento, mas a velocidade deve ser individualizada e ajustada conforme dose, duração de uso, indicação e resposta clínica (Farrell *et al.*, 2017a; Pottie *et al.*, 2018).

3.3 FERRAMENTAS PARA IDENTIFICAR OPORTUNIDADES DE DESPRESCRIÇÃO

Ferramentas explícitas padronizam a identificação de problemas frequentes e são especialmente úteis como triagem em ambientes com alta carga de medicamentos. O AGS Beers Criteria 2023 organiza recomendações para adultos com 65 anos ou mais em cinco grandes grupos: MPI; medicamentos inadequados em doenças ou síndromes específicas; medicamentos que exigem cautela; interações potencialmente inadequadas; e medicamentos que demandam ajuste conforme função renal. O próprio documento ressalta que os critérios devem apoiar, e não substituir, a tomada de decisão compartilhada (American Geriatrics Society, 2023).

O STOPP/START versão 3 utiliza organização por sistemas fisiológicos. O componente STOPP sinaliza prescrições potencialmente inadequadas, enquanto o START identifica omissões de terapias potencialmente indicadas. Essa dupla perspectiva é importante porque otimizar farmacoterapia não significa apenas retirar. Uma revisão responsável precisa simultaneamente procurar excesso,

duplicidade e risco, mas também evitar que a simplificação resulte em subtratamento de condições nas quais o benefício permanece relevante (O'Mahony *et al.*, 2023).

Além de critérios explícitos, a avaliação pode seguir uma abordagem implícita, medicamento por medicamento. Para cada item, deve-se confirmar indicação e objetivo; verificar evidência de benefício naquele perfil; analisar dose, via, frequência e duração; avaliar função renal/hepática; identificar eventos adversos e interações; estimar carga terapêutica; explorar adesão; e discutir preferências. A vantagem do método implícito é permitir integração do contexto. Sua limitação é depender mais de experiência clínica e tempo disponível.

Na prática, a melhor estratégia combina instrumentos. Listas explícitas funcionam como alerta; revisão clínica confirma se a recomendação se aplica; e decisão compartilhada transforma a análise em um plano executável. Sistemas informatizados de apoio podem facilitar triagem de interações, duplicidades e ajustes renais, mas a presença de um alerta eletrônico não informa, por si só, se o medicamento deve ser retirado. Alertas excessivos também podem produzir fadiga e serem ignorados.

Quadro 2. Comparação de abordagens utilizadas na revisão de medicamentos em idosos

Abordagem	O que identifica	Ponto forte	Limitação
AGS Beers Criteria 2023	MPI, interações, situações doença-fármaco e ajustes renais	Triagem padronizada e amplamente reconhecida	Desenvolvido no contexto dos EUA e requer individualização
STOPP/START v3	Prescrições potencialmente inadequadas e omissões terapêuticas	Organização por sistemas e equilíbrio entre retirar e iniciar	Exige conhecimento clínico e aplicação ao contexto local
Revisão implícita	Indicação, benefício, risco, dose, duração, preferência e objetivos	Alta individualização	Maior demanda de tempo e julgamento profissional
Sistemas eletrônicos	Interações, duplicidades, doses, função renal e alertas	Rapidez e rastreabilidade	Risco de excesso de alertas e baixa especificidade contextual

Fonte: Elaboração própria com base em American Geriatrics Society (2023) e O'Mahony *et al.* (2023).

3.4 EVENTOS ADVERSOS E INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS NA POLIFARMÁCIA

Eventos adversos a medicamentos em idosos frequentemente apresentam manifestações inespecíficas, o que dificulta o reconhecimento. Fraqueza, quedas, confusão, inapetência, constipação, edema e alteração do sono podem ser atribuídos à idade ou às doenças de base. Por isso, qualquer novo sintoma deve desencadear revisão temporal do esquema farmacológico. A probabilidade de relação medicamentosa aumenta quando o sintoma surge após início ou aumento de dose, melhora com retirada ou redução e não possui explicação clínica alternativa mais plausível.

Interações farmacodinâmicas ocorrem quando medicamentos diferentes produzem efeitos fisiológicos semelhantes ou opostos. A soma de sedativos aumenta risco de sonolência e queda; a

combinação de fármacos que reduzem pressão arterial pode favorecer hipotensão; múltiplos medicamentos com efeito anticolinérgico ampliam a carga cumulativa; agentes que interferem na coagulação ou agregação plaquetária elevam risco hemorrágico; e combinações que prolongam intervalo QT podem aumentar risco arrítmico em pacientes suscetíveis. O risco depende não apenas do par de medicamentos, mas de idade, eletrólitos, função renal, comorbidades e doses.

Interações farmacocinéticas alteram absorção, metabolismo, transporte ou eliminação. Inibição ou indução enzimática pode aumentar toxicidade ou reduzir eficácia. Na população idosa, essas interações se tornam mais relevantes porque a margem de segurança pode ser menor, a função renal é variável e a exposição a medicamentos de múltiplos prescritores é comum. Uma revisão de interações precisa incluir medicamentos sem receita e suplementos, pois anti-inflamatórios, anti-histamínicos e produtos vegetais podem alterar risco hemorrágico, renal, sedativo ou cardiovascular.

A carga anticolinérgica oferece um exemplo de risco que não é bem representado pela análise de pares. Diversos antidepressivos, antipsicóticos, anti-histamínicos, fármacos para bexiga e outros medicamentos podem contribuir. Revisões de escalas anticolinérgicas demonstram associação da maior carga com desfechos adversos, embora não exista consenso sobre uma única escala superior (Al Rihani *et al.*, 2021). A conduta deve, portanto, procurar alternativas com menor atividade anticolinérgica e avaliar a soma do regime, especialmente quando há quedas, constipação, retenção urinária, boca seca, delirium ou declínio funcional.

O conceito de interação medicamento-doença também é essencial. Anti-inflamatórios podem agravar retenção de líquido, função renal e controle pressórico em pessoas vulneráveis; medicamentos com forte efeito anticolinérgico podem piorar retenção urinária ou alterações cognitivas; sedativos podem aumentar quedas; e alguns fármacos cardiovasculares podem ser mal tolerados em contextos de bradicardia, hipotensão ou insuficiência cardíaca específica. Os critérios Beers e STOPP foram estruturados para chamar atenção a diversas dessas situações, mas a decisão final depende de indicação e alternativas terapêuticas.

3.5 CLASSES FARMACOLÓGICAS FREQUENTEMENTE PRIORIZADAS

3.5.1 Benzodiazepínicos e fármacos relacionados

Benzodiazepínicos e agonistas de receptores benzodiazepínicos podem manter indicação em situações selecionadas, mas o uso crônico para insônia em idosos merece reavaliação por associação com sedação, comprometimento psicomotor, quedas, dependência e redução da resposta terapêutica ao longo do tempo. A diretriz de Pottie *et al.* (2018) recomenda que a oferta de retirada gradual seja considerada para adultos com 65 anos ou mais que utilizem esses agentes para insônia em contextos

abrangidos pela diretriz. A abordagem deve incluir explicação do motivo, plano gradual e suporte não farmacológico ao sono.

A retirada abrupta após uso prolongado pode causar ansiedade, insônia rebote e sintomas de abstinência, de modo que o plano deve ser individualizado. A comunicação influencia a adesão: pacientes que interpretam a retirada como perda de cuidado podem resistir, enquanto aqueles que compreendem os riscos e participam do cronograma tendem a aceitar melhor o processo. Em usuários com indicação psiquiátrica específica, epilepsia ou outras situações não equivalentes à insônia primária, a decisão exige avaliação especializada.

3.5.2 Medicamentos com carga anticolinérgica e sedativa

A redução de carga anticolinérgica é especialmente relevante em idosos com fragilidade, alteração cognitiva, quedas, retenção urinária ou constipação. O primeiro passo é identificar todos os contribuintes, incluindo fármacos cuja principal indicação não sugere imediatamente efeito anticolinérgico. Em seguida, avaliam-se alternativas com menor carga, redução de dose e possibilidade de retirada. A substituição deve respeitar a indicação clínica e evitar o simples deslocamento do risco para outra classe.

Uma metanálise de intervenções direcionadas à carga anticolinérgica encontrou resultados ainda incertos para quedas, cognição e qualidade de vida, o que reforça que reduzir um marcador farmacológico não garante automaticamente benefício clínico mensurável em todos os cenários. Ainda assim, a presença de sintomas compatíveis e de carga elevada constitui justificativa razoável para revisão individual, principalmente quando há alternativas terapêuticas (Mehdizadeh *et al.*, 2021; Al Rihani *et al.*, 2021).

3.5.3 Inibidores da bomba de prótons

Inibidores da bomba de prótons são frequentemente iniciados durante episódios agudos, internações ou uso temporário de fármacos gastrolesivos e podem permanecer por tempo indeterminado sem reavaliação. A desprescrição é apropriada quando a indicação original se resolveu e não há condição que justifique manutenção. A diretriz de Farrell *et al.* (2017a) oferece recomendações para reduzir, interromper ou utilizar sob demanda em situações selecionadas, sempre excluindo contextos em que a supressão ácida prolongada permanece indicada.

O rebote de hipersecreção ácida pode causar recorrência transitória de sintomas após suspensão e deve ser discutido antes da tentativa, pois pode ser interpretado como prova de necessidade crônica.

Estratégias graduais ou uso sob demanda podem ser consideradas conforme o perfil do paciente e a indicação original.

3.5.4 Anti-hipertensivos

Em idosos muito longevos, frágeis ou com sintomas de hipotensão, a intensidade do tratamento anti-hipertensivo merece reavaliação. O ensaio OPTIMISE incluiu 569 participantes com 80 anos ou mais, pressão sistólica abaixo de 150 mmHg e uso de pelo menos dois anti-hipertensivos. A retirada de um medicamento foi não inferior ao cuidado usual para manutenção de pressão sistólica abaixo de 150 mmHg em 12 semanas, e 66,3% mantiveram a redução medicamentosa nesse período. O estudo, entretanto, teve seguimento curto e não permite generalizar a estratégia a todos os idosos nem concluir sobre desfechos cardiovasculares de longo prazo (Sheppard *et al.*, 2020).

A aplicação clínica exige revisão de indicação específica de cada fármaco, pois um medicamento prescrito como anti-hipertensivo também pode tratar insuficiência cardíaca, angina, arritmia ou nefroproteção em contextos determinados. Sintomas ortostáticos, quedas, bradicardia e pressão persistentemente baixa podem aumentar a prioridade para reavaliação, mas qualquer redução deve prever monitorização da pressão e dos sintomas.

3.5.5 Hipoglicemiantes

Em pessoas idosas com diabetes, a relação benefício-risco do controle glicêmico intensivo se modifica com fragilidade, comorbidades, risco de hipoglicemia e expectativa de vida. Agentes com maior potencial de hipoglicemia exigem atenção especial quando os valores glicêmicos estão persistentemente baixos ou quando a meta terapêutica foi definida de modo incompatível com o estado funcional. A diretriz de Farrell *et al.* (2017b) propõe desintensificação ou retirada de anti-hiperglicemiantes em idosos selecionados quando existe risco de hipoglicemia, benefício incerto ou mudança de objetivos.

Esse processo não equivale a abandonar o tratamento do diabetes. O objetivo é reduzir dano e simplificar o esquema mantendo controle suficiente para prevenir sintomas agudos. Monitoramento glicêmico e reavaliação da dieta, função renal, perda de peso e uso de outros medicamentos são componentes necessários da decisão.

Quadro 3. Classes que frequentemente exigem reavaliação e cuidados durante a desprescrição

Classe/situação	Motivo para reavaliar	Risco da retirada inadequada	Conduta geral
Benzodiazepínicos/fármacos Z	Sedação, quedas, dependência, benefício limitado no uso crônico para insônia	Abstinência e insônia rebote	Redução gradual e suporte comportamental quando indicado
Anticolinérgicos	Confusão, constipação, retenção urinária, piora funcional	Recorrência do sintoma tratado	Reduzir carga total e procurar alternativas de menor risco
IBP sem indicação vigente	Uso prolongado após resolução da indicação	Rebote ácido	Confirmar indicação e considerar redução, retirada ou uso sob demanda
Anti-hipertensivos em paciente sintomático/frágil	Hipotensão, síncope, quedas, bradicardia	Descontrole pressórico ou da indicação cardiovascular associada	Reavaliar indicação de cada agente e monitorar pressão/sintomas
Insulina/sulfonilureias em alto risco	Hipoglicemia e regime complexo	Hiperglicemia sintomática	Individualizar meta e monitorar após desintensificação
AINEs crônicos	Risco renal, gastrointestinal, cardiovascular e pressórico	Recorrência da dor	Reavaliar necessidade, dose, duração e opções não farmacológicas
Antipsicóticos em uso prolongado sem indicação atual clara	Eventos neurológicos, sedação e risco cardiometabólico	Recorrência de sintomas comportamentais/psiquiátricos	Confirmar indicação, duração e necessidade de redução gradual quando apropriado

Fonte: Síntese baseada em American Geriatrics Society (2023), Farrell *et al.* (2017a; 2017b), Pottie *et al.* (2018) e Sheppard *et al.* (2020).

3.6 EVIDÊNCIAS SOBRE EFETIVIDADE E SEGURANÇA

A evidência disponível é mais consistente para desfechos farmacoterapêuticos do que para desfechos clínicos maiores. Revisões de ECR mostram que intervenções de desprescrição frequentemente reduzem número de medicamentos, doses e exposição a MPI. Omuya *et al.* (2023), ao revisar ECR de revisão abrangente de medicamentos em idosos com polifarmácia, observaram redução de número de medicamentos ou doses na maioria dos estudos, sem sinal consistente de prejuízo nos desfechos primários de segurança. Os efeitos sobre qualidade de vida, custos e hospitalização foram positivos em alguns estudos, mas não uniformes.

A metanálise de Zhou, Chen e Tian (2023) avaliou ECR de desprescrição em pessoas idosas e sintetizou mortalidade, quedas, hospitalização, atendimento de emergência, reações adversas, adesão, qualidade de vida e adequação da prescrição. O conjunto da literatura reforça a capacidade da desprescrição de reduzir polifarmácia e MPI, mas não autoriza concluir que todas as intervenções reduzam todos os desfechos clínicos. Heterogeneidade de populações, intensidade das intervenções, ambiente assistencial e tempo de seguimento explicam parte das diferenças.

Uma atualização extensa de Page *et al.*, publicada por Quek *et al.* (2024), reuniu 259 estudos. Na análise de polifarmácia, não houve redução estatisticamente significativa da mortalidade no conjunto dos ECR, mas análises de subgrupos sugeriram benefício quando as intervenções eram individualizadas para o paciente e em indivíduos de 65 a 79 anos. A principal mensagem não é que a

desprescrição prolongue necessariamente a sobrevida, mas que pode ser realizada sem evidência global de dano relevante e que o desenho individualizado parece mais promissor do que intervenções genéricas.

No ambiente comunitário, Bloomfield *et al.* (2020) concluíram que revisão abrangente de medicamentos pode reduzir modestamente mortalidade e uso de MPI, enquanto os efeitos sobre quedas, qualidade de vida e hospitalizações foram pequenos ou incertos. Essa heterogeneidade é clinicamente plausível: uma intervenção realizada em um idoso robusto na atenção primária não é equivalente àquela aplicada em pessoa frágil após internação ou residente de instituição de longa permanência.

Em instituições de longa permanência, uma revisão e metanálise publicada em 2026 incluiu 38 estudos, sendo 22 ECR e 16 estudos quase-experimentais. Houve redução do número de medicamentos e de MPI, porém não foram observados efeitos significativos agregados sobre quedas, hospitalizações ou mortalidade. Os autores apontaram heterogeneidade metodológica e risco de viés moderado a alto na maior parte dos estudos (Carollo *et al.*, 2026).

Uma umbrella review publicada em 2026, com 21 metanálises e 110 ensaios primários, reforçou que intervenções de manejo da polifarmácia apresentam efeitos distintos conforme cenário e componente da intervenção. Revisões de medicamentos com foco em desprescrição foram associadas a menor mortalidade em alguns cenários comunitários, mas não em hospitais, e nenhuma modalidade apresentou redução consistente de quedas. A certeza global foi considerada baixa devido à heterogeneidade, efeitos de estudos pequenos e viés de publicação (Valz Gris *et al.*, 2026).

Esses resultados ajudam a evitar dois extremos. O primeiro é considerar a desprescrição perigosa por definição; o segundo é apresentá-la como intervenção que inevitavelmente reduz mortalidade e internações. A evidência sustenta com maior segurança que ela reduz carga medicamentosa inadequada e pode ser implementada de forma segura quando bem planejada. Benefícios clínicos dependem da seleção adequada dos pacientes e dos fármacos, da qualidade do acompanhamento e do tempo suficiente para que diferenças se tornem detectáveis.

Quadro 4. Síntese de evidências selecionadas sobre desprescrição em idosos

Estudo	População/desenho	Achado principal	Interpretação
Omuya et al., 2023	14 artigos de ECR	13 estudos reduziram número/dose; sem sinal de ameaça à segurança nos desfechos primários	Redução farmacoterapêutica é factível; efeitos clínicos variam
Quek et al., 2024	Atualização com 259 estudos	Sem redução global significativa de mortalidade em ECR; benefício em subgrupos individualizados	Intervenções centradas no paciente parecem mais promissoras
Bloomfield et al., 2020	38 ensaios em idosos da comunidade	Possível pequena redução de mortalidade e MPI; pouco efeito em quedas/hospitalização	Certeza baixa a moderada conforme desfecho
Carollo et al., 2026	38 estudos em instituições de longa permanência	Menos medicamentos e MPI; sem efeito agregado em quedas, internações ou mortalidade	Benefício farmacoterapêutico mais consistente que benefício clínico maior
Valz Gris et al., 2026	Umbrella review de 21 metanálises/110 ECR	Efeitos dependentes do cenário; nenhuma intervenção reduziu quedas consistentemente	Heterogeneidade e baixa certeza exigem individualização

Fonte: Elaboração própria a partir dos estudos citados.

3.7 PROCESSO PRÁTICO PARA DESPRESCRIÇÃO SEGURA

O primeiro passo é a reconciliação medicamentosa. Deve-se construir uma lista única com prescrições de todos os profissionais, medicamentos de uso eventual, produtos isentos de prescrição, suplementos e fitoterápicos, registrando dose, frequência, duração e motivo de uso. Comparar listas de alta, receitas antigas, relato do paciente e embalagens ajuda a detectar discrepâncias. Sem uma lista confiável, qualquer decisão de desprescrição parte de informação incompleta.

Em seguida, cada medicamento deve ser vinculado a uma indicação atual e a um objetivo terapêutico. Fármacos sem indicação identificável, tratamentos iniciados temporariamente e mantidos sem reavaliação e duplicidades se tornam candidatos imediatos à análise. Depois, estima-se benefício esperado no perfil individual: o medicamento reduz sintomas presentes? Prevê benefício preventivo em prazo relevante? Há evidência aplicável a pessoas com a idade, fragilidade e comorbidades daquele paciente? Esse raciocínio evita que tratamentos sejam mantidos apenas porque “sempre foram usados”.

O terceiro componente é a avaliação de dano. Revisam-se eventos adversos atuais, histórico de quedas, pressão ortostática quando pertinente, função renal e hepática, risco de hipoglicemia, carga anticolinérgica e sedativa, interações e dificuldade de adesão. Também se avaliam fatores práticos, como custo, número de tomadas diárias e capacidade de deglutição. Um medicamento com benefício modesto pode se tornar prioritário para retirada se contribui fortemente para um problema clínico atual.

Após identificar candidatos, estabelece-se uma ordem de prioridade. Deve-se definir se a estratégia será interrupção direta, redução de dose, mudança para uso sob demanda ou redução gradual. O plano deve antecipar o que monitorar, em que prazo e quais sinais indicam necessidade de pausar,

acelerar, desacelerar ou reverter a retirada. Medicamentos com possibilidade de abstinência ou rebote merecem cronograma específico. A documentação precisa registrar não apenas “suspenso”, mas a justificativa e o plano de seguimento.

A decisão compartilhada reduz conflitos e melhora compreensão. Muitos pacientes têm receio de que retirar medicamento signifique abandono ou piora inevitável. Explicar que a revisão faz parte do cuidado, que a meta é manter apenas o que oferece benefício líquido e que haverá monitoramento muda o significado da intervenção. Perguntas sobre objetivos pessoais também importam: evitar sonolência e manter equilíbrio pode ser mais relevante para um idoso do que perseguir determinada meta numérica, desde que a decisão seja clinicamente segura.

O seguimento encerra o ciclo. A retirada não deve ser considerada concluída no momento em que a prescrição é alterada. É necessário observar recorrência da condição tratada, sintomas de abstinência, novos eventos adversos, pressão arterial, glicemia ou outros parâmetros conforme o medicamento. Se o problema retornar e a relação benefício-risco voltar a favorecer o tratamento, a reintrodução não representa fracasso, mas parte de um processo iterativo de ajuste terapêutico.

Quadro 5. Sequência clínica sugerida para desprescrição

1. RECONCILIAR: obter lista completa e confiável de todos os medicamentos e produtos usados.
2. CONFIRMAR INDICAÇÃO: relacionar cada medicamento a uma condição, objetivo e duração prevista.
3. ESTIMAR BENEFÍCIO E RISCO: considerar idade, fragilidade, função renal/hepática, eventos adversos e tempo para benefício.
4. IDENTIFICAR CANDIDATOS: priorizar ausência de indicação, duplicidade, MPI, interações e fármacos associados a sintomas.
5. PLANEJAR: decidir retirada direta, redução de dose ou desmame; definir parâmetros de monitoramento.
6. COMPARTILHAR A DECISÃO: discutir objetivos, receios, preferências e sinais de alerta com paciente e cuidador.
7. MONITORAR E DOCUMENTAR: registrar resposta, ajustar o plano e reintroduzir quando clinicamente necessário.

Fonte: Elaboração própria, baseada em Hung, Kim e Pavon (2024) e em princípios de revisão medicamentosa geriátrica.

3.8 BARREIRAS E FACILITADORES

Apesar do reconhecimento crescente, a desprescrição enfrenta barreiras em todos os níveis. Profissionais podem recear descompensar doenças estáveis, provocar abstinência ou assumir responsabilidade por retirar medicamento iniciado por outro especialista. Consultas curtas dificultam revisão completa, e prontuários fragmentados reduzem acesso à indicação original. Pacientes podem associar quantidade de medicamentos à qualidade do cuidado, temer retorno de sintomas ou receber mensagens conflitantes de diferentes prescritores.

A inércia terapêutica também ocorre no sentido de manter. Uma prescrição repetida por anos deixa de ser questionada e passa a ser percebida como parte fixa do tratamento. Esse fenômeno é

relevante para medicamentos iniciados durante internações, fármacos profiláticos sem duração definida e tratamentos sintomáticos que se tornam crônicos. Criar “datas de revisão” no momento da prescrição pode prevenir essa perpetuação.

Entre os facilitadores estão consultas específicas de revisão, participação do farmacêutico clínico, disponibilidade de listas explícitas e sistemas eletrônicos, comunicação entre especialistas e atenção primária e envolvimento de familiares/cuidadores quando apropriado. Revisões lideradas ou apoiadas por farmacêuticos podem melhorar identificação de problemas relacionados a medicamentos, mas sua efetividade depende de integração com o prescritor e capacidade de implementar as recomendações.

A linguagem usada com o paciente também facilita. Em vez de perguntar apenas se ele “quer parar” um medicamento, é mais útil apresentar o balanço atual: por que foi iniciado, o que ainda se espera que faça, quais riscos estão presentes e como seria uma tentativa monitorada de redução. O caráter experimental e reversível de algumas mudanças pode diminuir resistência, desde que não minimize riscos de suspensão.

Por fim, a cultura de segurança precisa reconhecer que iniciar, manter e suspender são decisões igualmente ativas. Prescrever mais não é necessariamente cuidar melhor, e retirar não é necessariamente oferecer menos cuidado. A meta é adequar a farmacoterapia ao estado clínico atual.

3.9 PAPEL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E CONTINUIDADE DO CUIDADO

A desprescrição é favorecida por trabalho multiprofissional. O médico integra diagnóstico, prognóstico, metas terapêuticas e decisão de prescrição; o farmacêutico contribui com conciliação, interações, duplicidades, adequação de dose, carga anticolinérgica e elaboração de planos de redução; a enfermagem identifica eventos no cotidiano, adesão e mudanças funcionais; e outros profissionais podem oferecer alternativas não farmacológicas para dor, sono, ansiedade, mobilidade e controle de sintomas. O paciente e o cuidador são fontes essenciais de informação sobre uso real, efeitos percebidos e prioridades.

Transições de cuidado representam momentos críticos. Na admissão hospitalar, medicamentos podem ser suspensos temporariamente; durante a internação, novos fármacos são adicionados; e na alta, alguns itens temporários podem ser inadvertidamente mantidos. A reconciliação precisa diferenciar mudanças deliberadas de discrepâncias. Uma lista de alta que simplesmente acumula medicamentos prescritos em diferentes momentos pode transformar um episódio agudo em polifarmácia crônica.

A comunicação deve registrar a razão da retirada, o responsável pelo acompanhamento e os parâmetros que indicariam reintrodução. Isso é especialmente importante quando vários especialistas acompanham o mesmo idoso. Sem esse registro, outro profissional pode reiniciar o medicamento por desconhecer o raciocínio anterior, perpetuando ciclos de retirada e reintrodução sem coordenação.

Na atenção primária, revisões periódicas permitem reavaliar tratamentos preventivos à medida que o estado funcional e as prioridades mudam. Em instituições de longa permanência, onde a polifarmácia é frequente, protocolos de revisão podem reduzir medicamentos e MPI, embora a evidência recente não demonstre redução uniforme de quedas, hospitalizações ou mortalidade (Carollo *et al.*, 2026). Isso reforça a necessidade de definir indicadores que incluam adequação e carga medicamentosa, e não apenas eventos clínicos raros.

4 DISCUSSÃO

A desprescrição emerge como resposta racional a um problema produzido pela combinação entre multimorbidade, especialização do cuidado e maior sobrevida. O crescimento da farmacoterapia baseada em diretrizes trouxe benefícios substanciais, mas a aplicação simultânea de várias recomendações em um mesmo idoso pode gerar regimes que não foram avaliados como conjunto. Diretrizes de doenças isoladas frequentemente partem de populações mais homogêneas do que os pacientes muito idosos, frágeis e multimórbidos encontrados na prática.

Os critérios Beers e STOPP/START oferecem uma linguagem comum para reconhecer situações de risco. Sua utilidade é maior quando entendidos como gatilhos para revisão, e não como listas de medicamentos “proibidos”. Um fármaco classificado como potencialmente inapropriado pode permanecer indicado em um paciente específico após discussão de alternativas e riscos; da mesma forma, um medicamento não presente em lista alguma pode ser inadequado por ausência de indicação ou incompatibilidade com as prioridades do paciente. Essa diferença entre adequação populacional e adequação individual é central.

As evidências recentes também exigem precisão ao comunicar benefícios. A redução de carga medicamentosa e MPI é um achado recorrente em revisões de desprescrição. Já mortalidade, quedas, internações e qualidade de vida apresentam resultados heterogêneos. Em 2024, Quek *et al.* não observaram redução global significativa da mortalidade nos ECR de desprescrição de polifarmácia, mas identificaram sinal de benefício em intervenções específicas para o paciente. Em 2026, Carollo *et al.* demonstraram redução de medicamentos em instituições de longa permanência sem redução agregada de quedas, hospitalizações ou mortalidade. Isso não invalida a intervenção; demonstra que

retirar medicamentos inadequados é um objetivo de segurança por si só e que desfechos clínicos são influenciados por múltiplos fatores.

Outro ponto é que a desprescrição não deve ocorrer apenas quando o paciente já sofreu um evento adverso. A prevenção é desejável. Identificar duplicidades, ausência de indicação, doses excessivas e interações durante revisões regulares pode evitar o dano. Por outro lado, excesso de zelo pode levar a retirada de terapias benéficas. A presença do componente START no STOPP/START é um lembrete de que a boa prescrição inclui tanto eliminar excesso quanto corrigir omissões.

Intervenções mais promissoras compartilham elementos: revisão abrangente do regime, priorização individualizada, participação do paciente, definição clara do que será monitorado e integração entre profissionais. Estratégias exclusivamente educacionais ou alertas isolados tendem a ter impacto limitado se não houver oportunidade de modificar a prescrição e acompanhar as consequências. A desprescrição é, portanto, mais bem compreendida como processo de cuidado do que como ato único.

No Brasil, esses princípios são particularmente relevantes em um sistema no qual o idoso pode utilizar simultaneamente serviços públicos e privados, consultar especialistas de diferentes redes e adquirir medicamentos sem prescrição. A lista farmacológica real pode ser mais extensa do que a lista disponível no prontuário. A conciliação e a educação do paciente sobre manter uma relação atualizada de medicamentos são medidas simples que fortalecem a segurança.

As limitações desta revisão decorrem do caráter narrativo e da heterogeneidade dos estudos incluídos. Não foi realizada metanálise própria, e diferentes revisões utilizaram definições variadas de polifarmácia e desprescrição. Além disso, resultados obtidos em países com sistemas de saúde e disponibilidade de medicamentos diferentes não são automaticamente transferíveis ao contexto brasileiro. Ainda assim, a convergência entre critérios explícitos, diretrizes e revisões sistemáticas sustenta princípios robustos de avaliação individualizada, redução de MPI e monitoramento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desprescrição deve ser compreendida como parte da prescrição de qualidade. Em idosos polimedicados, seu papel principal é revisar continuamente se cada medicamento ainda apresenta indicação, benefício provável e segurança compatíveis com o estado clínico atual. Intervenções bem estruturadas reduzem de forma consistente a carga medicamentosa e a exposição a MPI, enquanto seus efeitos sobre mortalidade, quedas e hospitalizações permanecem variáveis entre populações e cenários.

A prática segura exige reconciliação medicamentosa, uso criterioso de ferramentas como AGS Beers e STOPP/START, avaliação de interações e função orgânica, priorização de candidatos, decisão

compartilhada e acompanhamento após a mudança. Classes com risco de abstinência ou rebote não devem ser interrompidas abruptamente sem avaliação. A meta não é alcançar o menor número possível de medicamentos, mas o regime mais simples capaz de preservar benefício e reduzir dano.

Assim, incorporar revisões periódicas e momentos formais de desprescrição ao cuidado longitudinal pode reduzir exposição desnecessária, prevenir eventos adversos e tornar a farmacoterapia mais coerente com funcionalidade, fragilidade, prognóstico e preferências da pessoa idosa. A qualidade da desprescrição depende menos de uma lista fixa de medicamentos e mais de um processo clínico sistemático, interdisciplinar e centrado no paciente.

REFERÊNCIAS

AL RIHANI, S. B. *et al.* Quantifying anticholinergic burden and sedative load in older adults with polypharmacy: a systematic review of risk scales and models. Drugs & Aging, v. 38, n. 11, p. 977–994, 2021. DOI: 10.1007/s40266-021-00895-x.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY BEERS CRITERIA® UPDATE EXPERT PANEL. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. Journal of the American Geriatrics Society, v. 71, n. 7, p. 2052–2081, 2023. DOI: 10.1111/jgs.18372.

BLOOMFIELD, H. E. *et al.* Deprescribing for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. Journal of General Internal Medicine, v. 35, n. 11, p. 3323–3332, 2020. DOI: 10.1007/s11606-020-06089-2.

CAROLLO, M. *et al.* Evaluating the impact of medication review and deprescribing on prescribing appropriateness and clinical outcomes in older people residing in long-term care facilities: a systematic review and meta-analysis. Age and Ageing, v. 55, n. 4, afag084, 2026. DOI: 10.1093/ageing/afag084.

DAVIES, L. E. *et al.* Adverse outcomes of polypharmacy in older people: systematic review of reviews. Journal of the American Medical Directors Association, v. 21, n. 2, p. 181–187, 2020. DOI: 10.1016/j.jamda.2019.10.022.

FARRELL, B. *et al.* Deprescribing proton pump inhibitors: evidence-based clinical practice guideline. Canadian Family Physician, v. 63, n. 5, p. 354–364, 2017a. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5429051/. Acesso em: 4 out. 2026.

FARRELL, B. *et al.* Deprescribing antihyperglycemic agents in older persons: evidence-based clinical practice guideline. Canadian Family Physician, v. 63, n. 11, p. 832–843, 2017b. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5685444/. Acesso em: 4 out. 2026.

HUNG, A.; KIM, Y. H.; PAVON, J. M. Deprescribing in older adults with polypharmacy. BMJ, v. 385, e074892, 2024. DOI: 10.1136/bmj-2023-074892.

MEHDIZADEH, D. *et al.* Associations between anticholinergic medication exposure and adverse health outcomes in older people with frailty: a systematic review and meta-analysis. Drugs - Real World Outcomes, v. 8, n. 4, p. 431–458, 2021. DOI: 10.1007/s40801-021-00256-5.

O'MAHONY, D. *et al.* STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. European Geriatric Medicine, v. 14, n. 4, p. 625–632, 2023. DOI: 10.1007/s41999-023-00777-y.

OMUYA, H.; NICKEL, C.; WILSON, P.; CHEWNING, B. A systematic review of randomised-controlled trials on deprescribing outcomes in older adults with polypharmacy. International Journal of Pharmacy Practice, v. 31, n. 4, p. 349–368, 2023. DOI: 10.1093/ijpp/riad025.

PAGE, A. T.; CLIFFORD, R. M.; POTTER, K.; SCHWARTZ, D.; ETHERTON-BEER, C. D. The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis. British Journal of Clinical Pharmacology, v. 82, n. 3, p. 583–623, 2016. DOI: 10.1111/bcp.12975.

POTTIE, K. *et al.* Deprescribing benzodiazepine receptor agonists: evidence-based clinical practice guideline. Canadian Family Physician, v. 64, n. 5, p. 339–351, 2018. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5951648/. Acesso em: 4 out. 2026.

QUEK, H. W. *et al.* The effect of deprescribing interventions on mortality and health outcomes in older people: an updated systematic review and meta-analysis. British Journal of Clinical Pharmacology, v. 90, n. 10, p. 2409–2482, 2024. DOI: 10.1111/bcp.16200.

REEVE, E.; GNJIDIC, D.; LONG, J.; HILMER, S. A systematic review of the emerging definition of "deprescribing" with network analysis: implications for future research and clinical practice. British Journal of Clinical Pharmacology, v. 80, n. 6, p. 1254–1268, 2015. DOI: 10.1111/bcp.12732.

SHEPPARD, J. P. *et al.* Effect of antihypertensive medication reduction vs usual care on short-term blood pressure control in patients with hypertension aged 80 years and older: the OPTIMISE randomized clinical trial. JAMA, v. 323, n. 20, p. 2039–2051, 2020. DOI: 10.1001/jama.2020.4871.

STEWART, C. *et al.* Anticholinergic burden measures predict older people's physical function and quality of life: a systematic review. Journal of the American Medical Directors Association, v. 22, n. 1, p. 56–64, 2021. DOI: 10.1016/j.jamda.2020.05.065.

VALZ GRIS, A. *et al.* Polypharmacy management interventions in older adults: an umbrella review of meta-analyses of randomized controlled trials. Public Health, v. 250, 106077, 2026. DOI: 10.1016/j.puhe.2025.106077.

ZHOU, D.; CHEN, Z.; TIAN, F. Deprescribing interventions for older patients: a systematic review and meta-analysis. Journal of the American Medical Directors Association, v. 24, n. 11, p. 1718–1725, 2023. DOI: 10.1016/j.jamda.2023.07.016.