

Triagem para desprescrição de medicamentos em idosos na Atenção Primária à Saúde.

Screening for drug deprescribing in older adults in Primary Health Care.

Maria Gabrielle dos Santos Corrêa¹, Amanda Cezário Nakamura¹, Priscila Torres França Ramos², Ramon Moraes Penha¹, Suzi Rosa Miziara Barbosa¹, Camila Guimarães Polisel¹

RESUMO

A desprescrição de medicamentos é uma das estratégias de intervenção disponíveis para reduzir a polifarmácia e seus riscos associados. O objetivo deste estudo foi realizar a triagem para polifarmácia e desprescrição de medicamentos em idosos na Atenção Primária à Saúde (APS) de Campo Grande, MS. Tratou-se de um estudo transversal e quantitativo, cuja coleta de dados ocorreu no período de janeiro a outubro de 2022. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (parecer 4.211.316). Participaram do estudo 101 idosos com idade média de 69,5 ($\pm 7,52$) anos. Do total, 48 (47,5%) estavam em polifarmácia e 55 (54,5%) estavam em uso de pelo menos um medicamento com algoritmo de desprescrição disponível. As classes com maiores oportunidades de desprescrição foram os Inibidores de Bomba de Prótons (76,9%) e os anti-hiperglicêmicos (70,7%). Os algoritmos de desprescrição utilizados neste estudo foram de fácil aplicação. Os resultados deste estudo sugerem que oportunidades de desprescrição podem estar sendo perdidas com idosos na APS.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Polimedicação; Atenção Integral à Saúde do Idoso.

ABSTRACT

Drug deprescription is one of the intervention strategies available to reduce polypharmacy and its associated risks. The objective of this study was to screen polypharmacy and drug deprescribing for the elderly in Primary Health Care (PHC) in Campo Grande, MS. It was a cross-sectional and quantitative study, whose data collection took place from January to October, 2022. The study was approved by the Ethics Committee of Mato Grosso do Sul (4.211.316). A total of 101 older adults with a mean age of 69.5 (± 7.52) years old participated in the study. Of the total, 48 (47.5%) were in polypharmacy and 55 (54.5%) were using at least one drug that could be deprescribed. Drugs with the greatest opportunities for deprescription were Proton Pump Inhibitors (76.9%) and antihyperglycemic (70.7%). The deprescription method used in this study was easy to apply. The results suggested that opportunities for description may be being lost with older adults in PHC.

Keywords: Pharmaceutical assistance; Polymedication; Comprehensive Health Care for the Elderly.

1. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, Brasil. Email: camila.guimaraes@ufms.br
2. Prefeitura Municipal de Campo Grande. Campo Grande, MS, Brasil.

INTRODUÇÃO

No Brasil, idoso é o indivíduo que apresenta idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015), a projeção para 2060 é de aproximadamente 70 milhões de idosos, atingindo 25,5% da população brasileira. Além disso, estima-se um aumento de 1 milhão de idosos por ano nos próximos 10 anos. A transição demográfica supracitada, que o Brasil vem atravessando desde meados do século 20, é caracterizada por modificações da população de um perfil de alta fecundidade, alta mortalidade e predomínio de jovens para um perfil caracterizado por baixa fecundidade, baixa mortalidade e predomínio de pessoas idosas (ALVES, 2008).

O processo de envelhecimento humano é heterogêneo, complexo e influenciado por fatores genéticos, estilo de vida e exposições ambientais. A nível biológico, ele é caracterizado por alterações diversas e progressivas que estão associadas à perda gradual das reservas fisiológicas e aumento da suscetibilidade a diversas doenças e a um declínio da funcionalidade global do indivíduo, o que aumenta a demanda por serviços de saúde e pelo uso de medicamentos (BLOKZIIL, 2016). Por outro lado, o processo de prescrição de medicamentos para idosos é complexo e apresenta desafios únicos, muitas vezes relacionados às síndromes geriátricas, ou seja, condições de saúde frequentes em pessoas idosas, geralmente multifatoriais, que não se encaixam nas categorias de doenças e que podem gerar incapacidades e grande impacto negativo na qualidade de vida do idoso (WARD; REUBEN, 2018).

Considera-se iatrogenia como a síndrome geriátrica em que há algum dano à saúde do paciente causado por qualquer tipo de intervenção (medicamentosa, procedimento ou comunicação) da equipe multiprofissional de saúde. Entre os danos potenciais estão o comprometimento da funcionalidade e o aumento do risco de hospitalização, contribuindo com a morbimortalidade. Entre as iatromedicinas estão as reações adversas a medicamentos (RAM), a cascata iatrogênica e a prescrição de medicamentos inapropriados ou contraindicados (OLIVEIRA et al., 2016).

Polifarmácia pode ser definida como o uso de vários medicamentos por um paciente. Não existe um consenso exato sobre o número mínimo de medicamentos para definir tal prática, mas em geral ele varia de 5 a 10 (FERNER; ARONSON, 2006). Além

dos medicamentos prescritos, é necessário incluir na lista os medicamentos não prescritos, os suplementos alimentares e os fitoterápicos (ROCHON; SCHMADER, 2019). A polifarmácia responsável ocorre quando a prescrição dos medicamentos é imprescindível para controlar os sintomas, limitar a progressão da doença e prolongar a vida do paciente (FRANK, 2014). Por outro lado, a polifarmácia está associada a eventos adversos potencialmente graves na pessoa idosa, uma vez que contribui com a ocorrência e gravidade de RAM, interações e intoxicações medicamentosas, não adesão, quedas, possibilidade de cascata iatrogênica e hospitalização, o que favorece a morbimortalidade no idoso (DE OLIVEIRA; CORRADI, 2018; ROCHON; SCHMADER, 2019).

Uma das estratégias de intervenção disponíveis para reduzir a polifarmácia e seus riscos associados é a desprescrição de medicamentos, que consiste no processo planejado de redução ou interrupção de medicamentos que podem não ser mais benéficos ou podem causar danos aos usuários. O objetivo é reduzir a demanda associada ao uso de múltiplos fármacos e/ou os danos potenciais relacionados ao uso do medicamento e, ao mesmo tempo, melhorar a qualidade de vida do usuário (*Bruyère Research Institute*, c2021). Para tanto, é imprescindível considerar os benefícios e riscos do medicamento, o objetivo do tratamento, a expectativa de vida, a comodidade posológica e as preferências do paciente. Além disso, a desprescrição deve ser realizada envolvendo a colaboração entre o paciente e a equipe multiprofissional de saúde, a fim de melhorar a adesão ao tratamento (MCGRATH et al., 2017; REEVE; THOMPSON; FARRELL, 2017). De forma geral, a desprescrição deve ser considerada após um evento significativo como queda, hospitalização, reação adversa grave, terminalidade, demência avançada e dependência completa, fragilidade extrema, uso de medicamentos de alto risco, inapropriado ou contraindicado e tempo prolongado do uso de medicamentos (SCOTT et al., 2015; PAGE et al., 2016).

Uma das propostas de desprescrição de medicamentos mais conhecidas é a do Instituto de Pesquisa *Bruyère*, no Canadá, liderada pela farmacêutica Bárbara Farrell. As diretrizes de desprescrição foram baseadas em evidências para cinco classes de medicamentos: inibidores da bomba de prótons (IBP), anti-hiperglicemiantes, antipsicóticos, agonistas do receptor de benzodiazepina e inibidores da colinesterase e memantina. Cada diretriz é acompanhada por um algoritmo de apoio à decisão, panfleto do paciente, infográfico e, para algumas classes, um vídeo sobre como utilizar o algoritmo. Além disso, o endereço eletrônico (*website*) também disponibiliza

publicações, relatos de caso e depoimentos, links relacionados ao tema e um aplicativo para otimizar a prática da desprescrição (*Bruyère Research Institute, c2021*).

No âmbito internacional, existe um crescente número de estudos mostrando que a desprescrição de medicamentos tem alcançado benefícios potenciais na cognição, qualidade de vida e mortalidade da pessoa idosa (PAGE et al., 2016; MECCA et al., 2019; EARL et al., 2020). Nos Estados Unidos, um grupo de idosos em polifarmácia passou por triagem para desprescrição e os resultados incluíram redução da dose/frequência em 49,0% dos pacientes e interrupção dos medicamentos em 85,0% dos pacientes, sendo as classes terapêuticas mais comumente envolvidas na desprescrição os fármacos cardiovasculares, neuropsiquiátricos e urológicos (MECCA et al., 2019).

No Brasil, a prática da desprescrição de medicamentos na Atenção Primária à Saúde (APS) foi poucas vezes documentada. Um estudo realizado em Minas Gerais identificou oportunidades de desprescrição de psicotrópicos em função da duplicidade de medicamentos em 11,1% dos idosos e a subdosagem em 13,7% dos pacientes. Percebeu-se, ainda, que além da população idosa estar em uso constante de medicamentos potencialmente inapropriados, houve oportunidades perdidas para a desprescrição de benzodiazepínicos (DA SILVEIRA, 2020). Outro estudo, realizado também em Minas Gerais, avaliou a viabilidade de um protocolo para desprescrição de clonazepam em idosos, sendo que 81,5% dos idosos tiveram o medicamento desprescrito (DA SILVA et al., 2022).

Considerando que há atualmente na literatura nacional uma discreta produção de conhecimento acerca da desprescrição de medicamentos e que a atenção à saúde do idoso deve ter como porta de entrada a APS, este estudo se debruçou na triagem para a desprescrição de medicamentos em idosos usuários da APS de Campo Grande/MS, a fim de contribuir com intervenções junto à equipe multiprofissional de saúde que possam reduzir a demanda associada ao uso de múltiplos fármacos e/ou os danos potenciais relacionados ao uso do medicamento e, ao mesmo tempo, melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de caráter transversal e quantitativo, cuja coleta de dados foi realizada no período de janeiro a outubro de 2022 em Unidades em Saúde da Família

da APS de Campo Grande/MS, a saber: USF Oliveira – Benedito Martins Gonçalves, USF Dra. Jeanne Elizabeth Wanderley Tobaru – Jardim Botafogo e UBS Dra. Eleonora Moura Quevedo Neves – Silvia Regina.

A população do estudo foi constituída por idosos usuários da APS de Campo Grande/MS e que estavam nas unidades de saúde supracitadas no momento da coleta de dados. Para a inclusão no estudo, os indivíduos deveriam ter idade igual ou superior a 60 anos, ter diagnóstico de pelo menos uma doença crônica não transmissível, realizar tratamento farmacológico e ter disponível a prescrição medicamentosa. Já os critérios de não inclusão foram limitações físicas e/ou clínicas que impedissem a adequada coleta dos dados e populações vulneráveis como indígenas, quilombolas e privados de liberdade.

A estratégia de seleção dos participantes foi realizada por amostragem de conveniência, a partir do método de seleção aleatória dos participantes durante a consulta farmacêutica nas unidades de saúde, considerando os critérios de inclusão estabelecidos. Os indivíduos que demonstraram interesse em participar do estudo somente puderam fazê-lo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados com o auxílio de um instrumento de coleta desenvolvido pelos pesquisadores. Os dados de interesse incluíram o perfil do participante, histórico social, história clínica e história medicamentosa. Os dados relacionados ao perfil do participante, bem como à história social e clínica compreenderam: sexo, idade, escolaridade, profissão ou ocupação, etilismo, tabagismo, prática de atividade física, limitações físicas, presença ou não de cuidador, autonomia para a gestão dos medicamentos e identificação dos problemas de saúde. Considerando a história medicamentosa, os seguintes dados foram avaliados: fármacos utilizados (prescritos e não prescritos) e posologia (prescrita e utilizada). Além da entrevista clínica, o prontuário eletrônico e a prescrição medicamentosa de cada participante foram acessados para a coleta dos dados previstos no estudo, a fim de reduzir ao máximo o tempo necessário para a entrevista com o participante.

A identificação, nas prescrições medicamentosas, das classes farmacológicas prioritárias para a desprescrição foi realizada a partir das recomendações de Farrell et al (2015) e dos algoritmos de desprescrição disponíveis no endereço eletrônico www.deprescribing.org (*Bruyère Research Institute, c2021*). As classes de medicamentos prioritárias para a desprescrição incluem: IBP, anti-hiperglicêmicos, antipsicóticos,

agonistas do receptor de benzodiazepina e inibidores da colinesterase (ChEIs) e memantina.

O percentual (%) de participantes em uso de medicamentos com algoritmo de desprescrição disponível, bem como o percentual de participantes elegíveis para a desprescrição de cada classe farmacológica foi calculado considerando o número total de participantes do estudo (n=101). Já a taxa de elegibilidade para a desprescrição de cada classe farmacológica foi calculada por meio da seguinte fórmula:

$$B*100/A$$

A = Participantes em uso de medicamentos com algoritmo de desprescrição disponível;

B = Participantes elegíveis para a desprescrição de cada classe farmacológica.

Os dados foram tabulados e interpretados por meio de análises estatísticas descritivas. Para tanto, o Programa Excel®, versão 2010, foi utilizado. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, de acordo com o parecer 4.211.316.

RESULTADOS

Ao todo, 101 idosos com idade média de 69,5 ($\pm 7,52$) anos participaram do estudo e, portanto, tiveram suas prescrições medicamentosas avaliadas. Desses, a maioria era do sexo feminino (n=63; 62,4%), com faixa etária entre 60-69 anos (n=48; 47,5%), cor/raça branca (n=54; 53,5%), com ensino fundamental incompleto (n=42; 41,6%) e sedentários (n=56; 55,4%), conforme apresenta a tabela 1.

Tabela 1 - Perfil dos idosos usuários da Atenção Primária à Saúde participantes deste estudo. Brasil, 2022.

Dados		
	n	(%)
Sexo		
Feminino	63	62,4
Masculino	38	37,6
Idade média ($\pm DP$)		
69,5 ($\pm 7,52$)		
60 a 69	48	47,5
70 a 79	41	40,6
80 a 89	12	11,9
>90	0	0,0

Raça		
Branco	54	53,5
Pardos	33	32,7
Negros	14	13,9
Consumo de Tabaco		
Fuma	4	4,0
Não Fuma	87	86,1
Ex-fumante	10	9,9
Escolaridade		
Analfabeto	7	6,9
Fundamental Incompleto	42	41,6
Fundamental Completo	22	21,8
Ensino Médio Incompleto	7	6,9
Ensino Médio Completo	16	15,8
Ensino Superior Incompleto	3	3,0
Ensino Superior Completo	3	3,0
Pós- Graduação	1	1,0
Necessidade de cuidador		
Sim	9	8,9
Não	92	91,1
Realiza Exercício Físico		
Sim	45	44,6
Não	56	55,4
Uso de Bebida Alcoólica		
Sim	24	23,8
Não	77	76,2
Limitações Físicas		
Locomoção	23	22,8
Visão	4	4,0
Audição	14	13,9
Fala	1	1,0
Nenhuma	59	58,4
Total	101	100
Necessita de Auxílio para utilização de medicamentos		
Sim	13	12,9
Não	88	87,1

Nota: Cada participante poderia ter mais de uma Limitação física encontrada.

Fonte: os autores (2022).

No total, foram identificados 43 diagnósticos médicos diferentes nos idosos, a partir do autorrelato dos mesmos, sendo os mais frequentes: hipertensão arterial sistêmica (n=74, 73,3%), diabetes *mellitus* tipo II (DM2) (n=41, 40,6%) e dislipidemias (n=32,7%). Do total, 17 (16,8%), 32 (31,7%) e 51 (50,5%) participantes relataram um, dois ou três ou mais diagnósticos médicos.

Considerando os aspectos relacionados à farmacoterapia, o número médio de medicamentos em uso por idoso foi igual a 4,6 ($\pm 2,42$). Do total de participantes do estudo, 48 (47,5%) estavam em polifarmácia, ou seja, utilizavam 5 ou mais medicamentos. Os mais comumente prescritos foram losartana (n=52; 51,5%), hidroclorotiazida (n=35; 34,7%) e metformina (n=34; 33,7%). Além disso, 44 idosos (43,6%) relataram fazer uso de medicamentos por automedicação, sendo os mais utilizados a dipirona (n=35), a dipirona associada a orfenadrina e cafeína (n=8) e o ibuprofeno (n=5).

Do total os idosos avaliados, 54,5% (n=55) eram usuários de pelo menos um medicamento com algoritmo de desprescrição disponível e, desses, 69,1% (n=38) eram elegíveis para a desprescrição. Além disso, 30 (29,7%), 20 (19,8%) e 5 (4,6%) relataram estar em uso de um, dois ou três ou mais medicamentos com algoritmo de desprescrição disponível. Finalmente, 20 (19,8%), 15 (14,9) e 3 (3,0%) eram idosos elegíveis para desprescrição de um, dois ou três ou mais medicamentos com algoritmo de desprescrição disponível publicado. As classes farmacológicas elegíveis para a desprescrição mais utilizadas pelos participantes foram os anti-hiperglicêmicos (n=41; 40,6%), seguidos pelos IBP, benzodiazepínicos, antipsicóticos e inibidores da colinesterase e memantina, conforme mostra a tabela 2.

As classes farmacológicas com maior quantidade de participantes elegíveis para a desprescrição foram: anti-hiperglicêmicos (n=29; 28,7%) e IBP (n=10; 9,9%). No entanto, considerando a taxa de elegibilidade para a desprescrição dentro de cada classe, os IBP apresentaram 76,9% de oportunidades de desprescrição. Além disso, dos 48 participantes idosos em polifarmácia, 85,4% (n=41) estavam em uso de medicamentos com algoritmo de desprescrição disponível e dois terços (n=30; 62,5%) eram elegíveis para a desprescrição.

TABELA 2 - Participantes em uso de medicamentos com algoritmo de desprescrição disponível e elegíveis para a desprescrição. Brasil, 2022.

Classe farmacológica	A. Participantes em uso de medicamentos com algoritmo de desprescrição disponível n (%)	B. Participantes elegíveis para a desprescrição de cada classe farmacológica n (%)	Taxa de elegibilidade para a desprescrição dentro de cada classe farmacológica (%)*
Inibidor da Bomba de Prótons	13 (12,9)	10 (9,9)	76,9
Anti-hiperglicêmico	41 (40,6)	29 (28,7)	70,7
Antipsicótico	2 (2,0)	0 (0,0)	0,0

Agonistas do receptor de benzodiazepina	11 (10,9)	7 (6,9)	63,6
Inibidores da ChEIs e memantina	2 (2,0)	1 (1,0)	50,0

Notas: Cada participante poderia ter mais de uma classe farmacológica com algoritmo de desprescrição disponível e mais de um medicamento elegível para a desprescrição; N total da amostra = 90; *porcentagem de participantes elegíveis para desprescrição de cada classe farmacológica em relação aos participantes em uso desses medicamentos.

Fonte: os autores (2022).

Os medicamentos com algoritmo de desprescrição disponível que predominaram nas prescrições dos idosos avaliados foram a metformina (n=33; 32,7%), a insulina (n=18; 17,8%) e o omeprazol (n=13; 12,9%), conforme apresenta a Tabela 3.

TABELA 3 – Medicamentos com algoritmo de desprescrição disponível em uso pelos participantes do estudo. Brasil, 2022.

Classes farmacológicas e medicamentos	Participante(s) em uso do medicamento	
	n	%
Inibidor da Bomba de Prótons		
Omeprazol	13	12,9
Anti-hiperglicêmico		
Metformina	33	32,7
Insulina	18	17,8
Glibenclamida	9	8,9
Gliclazida	2	2,0
Alogliptina	1	1,0
Antipsicóticos		
Haloperidol	1	1,0
Clorpromazina	1	1,0
Agonista do Receptor de Benzodiazepina		
Clonazepam	5	5,0
Diazepam	3	3,0
Alprazolam	1	1,0
Clobazam	1	1,0
Zolpidem	1	1,0
Inibidores da ChEIs e memantina		
Donezepil	1	1,0

Memantina	1	1,0
Galantamina	1	1,0

DISCUSSÃO

Uma das estratégias de intervenção disponíveis para reduzir a polifarmácia e seus riscos associados é a desprescrição de medicamentos. Há muitas razões para desprescrever classes específicas de medicamentos, dentre elas a falta de evidências que comprovem a eficácia do medicamento no idoso e o aumento do risco de interações medicamentosas e RAM. Os benefícios incluem a melhora na adesão ao tratamento e qualidade de vida, além da redução de eventos adversos e redução do custo com medicamentos, tanto para o usuário como para o sistema (REEVE et al., 2017).

Este estudo apresentou uma maior prevalência de participantes do sexo feminino, sedentários e com baixa escolaridade. A maior prevalência de mulheres pode ser explicada pela maior busca de auxílio e preocupação com a sua saúde, quando comparadas com os homens (FARIAS, 2021; LUTZ; MIRANDA; BERTOLDI, 2017). Além disso, a feminização da velhice é um fenômeno de grande impacto social na transição demográfica, relacionado à diferença na expectativa de vida entre os sexos, levando em consideração que as mulheres vivem em média de 6 a 8 anos a mais que os homens (IBGE, 2016; MAIA, 2006).

O baixo nível de escolaridade traz consigo alguns desafios, uma vez que a literatura da área mostra que uma maior escolaridade está relacionada a um melhor entendimento das informações sobre a sua própria saúde e ao aumento da adesão ao tratamento e às mudanças de estilo de vida (DE CARVALHO BESARRIA et al., 2016). Considerando o sedentarismo, a prática regular de atividades físicas apresenta inúmeros benefícios ao idoso, uma vez que ajuda na mobilidade, diminui o risco de quedas, reduz o desenvolvimento de comorbidades, melhora a cognição e o humor e aumenta a longevidade (DE OLIVEIRA et al., 2019).

A maioria dos idosos avaliados neste estudo apresentava comorbidades múltiplas (50,5%) e aproximadamente metade deles (47,5%) estava em polifarmácia. O estudo de Nunes et al. (2018), realizado com base nos resultados da linha de base do *Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros* (ELSI-Brasil), conduzido em 70 municípios localizados nas cinco macrorregiões do Brasil, mostrou resultados

semelhantes, ou seja, elevada prevalência de idosos com três ou mais diagnósticos médicos (52,0%). Ressalta-se, ainda, que a multimorbidade é uma realidade para a maioria dessa população (RODRIGUES et al., 2019). Apesar de a polifarmácia estar intimamente relacionada ao número de comorbidades, faz-se importante lembrar que a automedicação também é um fator relevante e que deve ser questionada e incluída na lista de medicamentos em uso pelo paciente, o que contribui para a polifarmácia. Os fatores que mais contribuem para a automedicação incluem a ausência de informações relacionadas à farmacoterapia durante a consulta médica, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sobras de tratamentos anteriores, propagandas de medicamentos e conselho de leigos no assunto (GRANDO; BECKER, 2022).

Alguns estudos recentes sobre polifarmácia realizados com idosos na APS do Brasil também apresentaram elevada prevalência de polifarmácia (50,0% a 64,0%) (MARQUES et al., 2018; REZENDE et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2021). Assim, o acompanhamento da pessoa idosa pela equipe multiprofissional de saúde faz-se essencial para prevenir os impactos negativos da polifarmácia no idoso (BOLETIM ISMP BRASIL, 2018). Sugere-se, ainda, como intervenção para reduzir a polifarmácia e seus riscos associados, a prática da desprescrição de medicamentos, quando apropriada. No âmbito internacional, estudos previamente publicados mostram que as intervenções de desprescrição de medicamentos parecem ser eficazes na redução da polifarmácia em idosos, alcançando benefícios potenciais para mortalidade, qualidade de vida e cognição (PAGE et al., 2016; EARL et al., 2020). Já no Brasil, nenhum estudo delineado com esse propósito foi identificado.

Os resultados da triagem para desprescrição de medicamentos mostrou que a maioria dos participantes (54,5%) fazia uso de pelo menos uma classe de medicamentos com algoritmo de desprescrição disponível. Além disso, daqueles que faziam uso dos medicamentos supracitados, 69,1% era elegível para a desprescrição. O número encontrado é significativo e preocupante, pois revelam que muitas oportunidades de desprescrição podem estar sendo perdidas na APS. Dessa forma, ressalta-se a importância de sensibilizar e capacitar os prescritores e demais profissionais da saúde para a triagem e/ou para a prática da desprescrição de medicamentos no âmbito da APS.

Muitos participantes (40,6%) estavam em uso de anti-hiperglicemiantes, medicamentos considerados potencialmente inapropriados para idosos em função de desfechos secundários como hipoglicemia, que pode resultar em quedas, perda da

consciência, convulsões e hospitalizações, entre outros. Seus critérios de desprescrição incluem: risco de hipoglicemia (idade avançada, uso de sulfonilureias e/ou insulina, multicomorbidades, função renal prejudicada e histórico de hipoglicemia), apresentar efeitos adversos aos fármacos (náusea, tontura, diarreia, hipoglicemia, infecção urinária) e incerteza do benefício clínico (fragilidade no idoso, expectativa de vida limitada e demência) (FARRELL et al., 2017). Dos participantes que utilizam essa classe, 70,7% eram elegíveis para a sua desprescrição, especialmente em função de os participantes terem relatado episódios recentes de hipoglicemia e serem classificados como frágeis, considerando a vulnerabilidade clínico-funcional.

Um estudo de revisão, que avaliou os efeitos da desprescrição versus o uso contínuo de anti-hiperglicêmicos, mostrou que a desprescrição de medicamentos anti-hiperglicêmicos em idosos com DM2 é provavelmente viável e segura, e que os benefícios podem superar os danos. No entanto, a evidência indica preocupações com o risco de viés e imprecisão, o que sugere que estudos adicionais são necessários (DENG et al., 2022).

A classe farmacológica dos IBP, com algoritmo de desprescrição disponível, também foi comumente utilizada pelos participantes (n=13; 12,9%), sendo o omeprazol o único medicamento em uso relatado. O uso de IBP em idosos está associado ao risco de baixos níveis sanguíneos de vitamina B12 e magnésio, cefaleia, náusea, diarreia, erupção cutânea, fraturas ósseas, pneumonia e infecções intestinais (FARRELL et al., 2017). Assim, a sua desprescrição é recomendada em casos de esofagite leve a moderada, doença do refluxo gástrico tratada por 4-8 semanas, úlcera péptica tratada por 2-12 semanas, sintomas gastrointestinais assintomáticos há 3 dias, profilaxia de úlcera por estresse tratada na UTI e infecção por *H. pylori* tratado por 2 semanas e assintomático (FARRELL et al., 2017).

Dos idosos que utilizavam IBP, 76,9% foi elegível para a sua desprescrição, resultado que está de acordo com estudos previamente publicados, como o de Chia e Beck (2018), que relatam um alto número de idosos com desprescrição recomendada e conclui que a classe dos IBP é viável para iniciar a desprescrição na APS. Durante a coleta de dados, observou-se que muitos participantes utilizavam os IBP há anos, sem saber o motivo, ou como profilaxia de desconforto gástrico. Assim, sugere-se o acompanhamento farmacoterapêutico dos idosos da APS pelo farmacêutico, de forma a realizar a triagem para desprescrição e contribuir com o uso racional de medicamentos no idoso.

A terceira classe farmacológica com algoritmo de desprescrição disponível mais utilizada pelos participantes foi a dos agonistas do receptor de benzodiazepina. Um estudo previamente publicado mostrou benefícios potenciais da desprescrição dessa classe, incluindo menos sedação diurna, melhora da cognição e menos quedas (POTTIE et al., 2018). No total, 6,9% dos participantes deste estudo foram elegíveis para a sua desprescrição, especialmente em função de o medicamento ser usado para insônia. Também foram identificados idosos que utilizavam os agonistas do receptor de benzodiazepina para ansiedade e depressão, sem que eles estivessem utilizando outros medicamentos para o tratamento dessas doenças. Nesses casos, a desprescrição não é recomendada, uma vez que os participantes devem ser tratados adequadamente para suas condições primárias antes de considerar a desprescrição dessa classe farmacológica ou ser encaminhado a um psicólogo ou psiquiatra.

Os inibidores da colinesterase e memantina possuem sua desprescrição recomendada por causarem efeitos indesejados nos idosos tais como efeitos gastrointestinais, tonturas, confusão, cefaleia, insônia, agitação, perda de peso e quedas (REEVE et al., 2018). Já os antipsicóticos são fármacos potencialmente inapropriados para os idosos em função do aumento do risco de acidente vascular cerebral (AVC), maior taxa de declínio cognitivo e mortalidade em pessoas com demência (AGS Beers Criteria®, 2019). Neste estudo, 2,0% dos participantes utilizavam essas classes farmacológicas. Considerando os inibidores da colinesterase e memantina, a desprescrição foi poucas vezes recomendada, pois os motivos justificavam o uso (estabilidade da doença, sem declínio de função cognitiva). Já a desprescrição de antipsicóticos pode ser realizada quando os medicamentos da classe forem prescritos em função de insônia, psicose, agressão e agitação, o que não foi o encontrado nos participantes deste estudo. Assim, a desprescrição de antipsicóticos não foi recomendada para nenhum participante.

Outros estudos mostraram que além dos idosos usuários da APS, idosos de ambientes domiciliares, de instituições de longa permanência e de instituições hospitalares também mostraram oportunidades de desprescrição (CHAN et al., 2018; DOELL et al., 2018; WAN et al., 2018; BREDHOLD et al., 2021). Ainda assim, há uma variedade de barreiras à implementação de práticas de desprescrição em qualquer ambiente, o que poderia ser fortalecido por meio da atuação de farmacêuticos clínicos capacitados para essa prática (MCCARTHY, 2017; GILLESPIE; HARRISON;

MULLAN, 2018; PELTON; KNIHTILA, 2018). Há ainda, por vezes, resistência dos próprios pacientes em função da falta de conhecimento sobre os objetivos da farmacoterapia e os benefícios da desprescrição (HOISNARD, 2019). Assim, envolver o paciente na tomada de decisão relacionada à farmacoterapia e à desprescrição é imprescindível. Entretanto, vale lembrar que antes de ser considerada definitiva, a desprescrição do medicamento deve ser testada. Caso os sintomas reapareçam e houver suspeita ou retorno das condições de saúde, pode haver indicação de tratamento não medicamentoso, início de medicamento alternativo ou o tratamento com o medicamento deve ser reiniciado com o devido acompanhamento da equipe de saúde (REEVE et al., 2018).

Os resultados deste estudo mostraram que a maioria dos idosos da APS é elegível para a desprescrição; entretanto, as oportunidades de desprescrição nessa população não estão sendo identificadas na prática clínica. Tais resultados reforçam a necessidade de um cuidado integral e continuado do sistema de saúde, direcionado para a população idosa e realizado por meio de uma equipe multiprofissional e que atue de maneira colaborativa. A partir desse entendimento, os serviços farmacêuticos clínicos podem contribuir sobremaneira para a desprescrição responsável, auxiliando no seu manejo, assim como na gestão das comorbidades, evitando novos problemas de saúde e otimizando desfechos clínicos e econômicos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014).

Os algoritmos de desprescrição utilizados neste estudo foram de fácil aplicação prática e podem ser utilizados por todos os profissionais da saúde para identificar medicamento não essenciais ao paciente, como forma de contribuir para a redução da polifarmácia e seus riscos associados. Até o momento poucos estudos comparáveis a este foram identificados, devido à escassez de trabalhos publicados sobre o tema, o que demonstra a relevância e ineditismo da proposta.

Considerando as limitações do estudo, ressalta-se a coleta de determinados dados por meio de autorrelato, o que pode comprometer a veracidade dos mesmos em casos em que o idoso não tinha certeza ou tenha se confundido. Algum viés relacionado ao julgamento do pesquisador pode ter ocorrido, uma vez que alguns algoritmos exigiam informações não disponíveis no momento da coleta de dados. Além disso, a falta de estudos semelhantes previamente publicados na literatura da área prejudicou a comparação e discussão dos resultados. Contudo, apesar das limitações, ressaltam-se as contribuições deste estudo para a literatura da área no sentido de mostrar a realidade

relacionada às oportunidades de desprescrição de medicamentos em idosos usuários da APS e contribuir com a construção de evidências científicas que sustentem os benefícios da implementação dessa prática no SUS, considerando melhores desfechos clínicos e econômicos.

CONCLUSÃO

Os resultados mostraram que a maioria dos idosos participantes deste estudo era do sexo feminino, de cor/raça branca, com ensino fundamental incompleto, sedentários, com alguma limitação física e sem cuidador. Aproximadamente metade dos idosos avaliados eram polimedicados. O uso de medicamentos com algoritmo de desprescrição disponível foi comumente identificado nas prescrições avaliadas, especialmente os anti-hiperglicêmicos e os IBP. Além disso, muitos participantes eram elegíveis para a desprescrição do(s) medicamento(s). Os algoritmos de desprescrição utilizados neste estudo foram de fácil aplicação em idosos na APS. Os resultados deste estudo sugerem que oportunidades de desprescrição podem estar sendo perdidas na APS. Os resultados sugerem, também, a importância do farmacêutico clínico, integrado à equipe multiprofissional, na triagem e no manejo de oportunidades de desprescrição de forma a contribuir com o uso racional de medicamentos, com melhores desfechos clínicos e econômicos e com a qualidade de vida da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY BEERS CRITERIA® UPDATE EXPERT PANEL et al. American Geriatrics Society 2019 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 67, n. 4, p. 674-694, 2019.

ALVES, José Eustáquio Diniz. A transição demográfica e a janela de oportunidade. **São Paulo: Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial**, p. 3, 2008.

BLOKZIIL, Francis et al. Tissue-specific mutation accumulation in human adult stem cells during life. **Nature**, v. 538, n. 7624, p. 260-264, 2016.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741compilado.htm. Acesso em: 14 nov. 2021.

Brasil, Ministério da Saúde (MS). Cuidado Farmacêutico na atenção básica Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde [Internet]. 2014 [citado 15 de dezembro de 2021]; Vol. 1. Brasília: MS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf.

BREDHOLD, Benjamin E. et al. Deprescribing opportunities for elderly inpatients in an academic, safety-net health system. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 17, n. 3, p. 541-544, 2021.

Bruyère Research Institute, “**What Is Deprescribing?**” Deprescribing.org, c2021. Disponível em: <https://deprescribing.org/what-is-deprescribing/>. Acesso em: 14 nov 2021.

Bruyère Research Institute. **Deprescribing Guidelines and Algorithms**. Deprescribing.org, c2021. Disponível em: <https://deprescribing.org/resources/deprescribing-guidelines-algorithms/>. Acesso em: 28 out. 2021.

CHAN, Adriel et al. Is there a reason for the proton pump inhibitor? An assessment of prescribing for residential care patients in British Columbia. **The Canadian Journal of Hospital Pharmacy**, v. 71, n. 5, p. 295, 2018.

CHIA, Hui Shan; BEK, Esther Siew Joo. Deprescribing in primary care in Singapore: Barriers and facilitators. **The Consultant Pharmacist**, v. 33, n. 11, p. 637-648, 2018.

DA SILVA, Luanna Gabriella Resende et al. Deprescribing clonazepam in primary care older patients: a feasibility study. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 44, n. 2, p. 489-498, 2022.

DA SILVEIRA, Jássia Lopres Freitas et al. Deprescribing opportunities and potentially inappropriate medications in older adult among the Psychotropic medications prescriptions. **Tópicos em ciência da saúde**, v. 20, 2020.

DE CARVALHO BESARRIA, Valéria Siqueira et al. Análise da relação entre escolaridade e a saúde da população brasileira. **Revista ESPACIOS| Vol. 37 (Nº 02) Año 2016**, 2016.

DENG, ZhiDi et al. Benefits and Harms of Deprescribing Antihyperglycemics for Adults with Type 2 Diabetes: A Systematic Review. **Canadian Journal of Diabetes**, 2022.

DE OLIVEIRA, Henrique Souza Barros et al. Baixos níveis de atividade física associados a declínio cognitivo, sintomas depressivos e dificuldade de mobilidade em

idosos vinculados a uma operadora de saúde. **Geriatr., Gerontol. Aging (Impr.)**, p. 205-210, 2019.

DE OLIVEIRA, Henrique Souza Barros; CORRADI, Maria Luiza Galoro. Aspectos farmacológicos do idoso: uma revisão integrativa de literatura. **Revista de Medicina**, v. 97, n. 2, p. 165-176, 2018. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i2p165-176>

DOELL, Alanna et al. Quantifying candidacy for deprescribing of proton pump inhibitors among long-term care residents. **The Canadian journal of hospital pharmacy**, v. 71, n. 5, p. 302, 2018.

EARL, Tara R. et al. Using deprescribing practices and the screening tool of older persons' potentially inappropriate prescriptions criteria to reduce harm and preventable adverse drug events in older adults. **Journal of patient safety**, v. 16, n. 3 1 Suppl, p. S23, 2020.

FARIAS, Andrezza Duarte et al. Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos: um estudo na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1781-1792, 2021.

FARRELL, Barbara et al. Deprescribing antihyperglycemic agents in older persons: evidence-based clinical practice guideline. **Canadian Family Physician**, v. 63, n. 11, p. 832-843, 2017.

FARRELL, Barbara et al. Deprescribing proton pump inhibitors: evidence-based clinical practice guideline. **Canadian Family Physician**, v. 63, n. 5, p. 354-364, 2017.

FERNER, R. E.; ARONSON, J. K. Communicating information about drug safety. **Bmj**, v. 333, n. 7559, p. 143-145, 2006.

FRANK, Christopher. Deprescribing: a new word to guide medication review. **Cmaj**, v. 186, n. 6, p. 407-408, 2014.

GILLESPIE, Robyn J.; HARRISON, Lindsey; MULLAN, Judy. Deprescribing medications for older adults in the primary care context: a mixed studies review. **Health science reports**, v. 1, n. 7, p. e45, 2018.

GRANDO, Allyne Cristina; BECKER, THAIANE LUÍSA APARECIDA DE AZEVEDO. AUTOMEDICAÇÃO EM IDOSOS: UMA REVISÃO DA LITERATURA. **Revista Brasileira De Biomedicina**, v. 2, n. 1, 2022

HOISNARD, Léa et al. Do older adults know the purpose of their medications? A survey among community-dwelling people. **European journal of clinical pharmacology**, v. 75, n. 2, p. 255-263, 2019.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções das populações. Ervati LR, Borges GM, Jarsim AP. **Rio de Janeiro: IBGE**; 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>. Acesso em: 29 out. 2021.

Instituto para Práticas seguras do Uso de Medicamentos [publicação na web];2018 acesso em 05 de novembro de 2021. Disponível em <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/12/BOLETIM-ISMP-NOVEMBRO.pdf>

LUTZ, Bárbara Heather; MIRANDA, Vanessa Iribarem Avena; BERTOLDI, Andréa Dâmaso. Inadequação do uso de medicamentos entre idosos em Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública** , v. 51, p. 52, 2017.

MAIA, Flávia de OM et al. Risk factors for mortality among elderly people. **Revista de saúde pública**, v. 40, p. 1049-1056, 2006.

MARQUES, Gabrielle Ferreira Melo et al. Polifarmácia e medicamentos potencialmente inapropriados para idosos na enfermagem gerontológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2440-2446, 2018.

MCCARTHY, D. Reducing Inappropriate Medication Use by Implementing Deprescribing Guidelines. **Institute for Healthcare Improvement**. www.ihp.org/resources/Pages/Publications/Evidence-Based-Medication-Deprescribing-Innovation-Case-Study.aspx, 2017.

MCGRATH, Kathryn et al. Deprescribing: a simple method for reducing polypharmacy. **J Fam Pract**, v. 66, n. 7, p. 436-445, 2017.

MECCA, Marcia C. et al. Assessing an interprofessional polypharmacy and deprescribing educational intervention for primary care post-graduate trainees: a quantitative and qualitative evaluation. **Journal of general internal medicine**, v. 34, n. 7, p. 1220-1227, 2019.

NUNES, Bruno Pereira et al. Multimorbidade: o estudo longitudinal brasileiro do envelhecimento (ELSI-Brasil). **Revista de saúde pública** , v. 52, 2018. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000637>. Acesso em: 29 out. 2021.

OLIVEIRA, Márcio Galvão et al. Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. **Geriatr Gerontol Aging**, v. 10, n. 4, p. 168-81, 2016.
OLIVEIRA, Patrícia Carvalho de et al. Prevalência e Fatores Associados à Polifarmácia em Idosos Atendidos na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte-MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1553-1564, 2021.

PAGE, A. T. et al. Medication appropriateness tool for co-morbid health conditions in dementia: consensus recommendations from a multidisciplinary expert panel. **Internal medicine journal**, v. 46, n. 10, p. 1189-1197, 2016.

PELTON, L.; KNIHTILA, M. Reducing Inappropriate Medication Use by Implementing Deprescribing Guidelines—**Implementation Guide**. 2018.

POTTIE, Kevin et al. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists: evidence-based clinical practice guideline. **Canadian Family Physician**, v. 64, n. 5, p. 339-351, 2018.

REEVE, Emily et al. A narrative review of the safety concerns of deprescribing in older adults and strategies to mitigate potential harms. **Expert opinion on drug safety**, v. 17, n. 1, p. 39-49, 2018.

REEVE, Emily et al. Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing cholinesterase inhibitors and memantine in people with dementia. **Recommendations. The University of Sydney, Sydney, Australia**, 2018.

REEVE, Emily; THOMPSON, Wade; FARRELL, Barbara. Deprescribing: a narrative review of the evidence and practical recommendations for recognizing opportunities and taking action. **European journal of internal medicine**, v. 38, p. 3-11, 2017.

REZENDE, Danielle Mayara Rodrigues Palhão et al. Polypharmacy and potentially inappropriate medications in older adults in primary health care. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, p. 48497-48515, 2020.

ROCHON, Paula A.; SCHMADER, K. E. Drug prescribing for older adults. Disponível na <https://www.uptodate.com/contents/drug-prescribing-for-older-adults>. **Pristupljeno**, 2019. Acesso em: 17 out. 2021.

RODRIGUES, Letícia Hellen Pereira et al. MULTIMORBIDADE EM IDOSOS PARTICIPANTES DE UMA UNIVERSIDADE DA MATURIDADE. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 11, p. 98-108, 2019.

SCOTT, Ian A. et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. **JAMA internal medicine**, v. 175, n. 5, p. 827-834, 2015.

SITHAMPARANATHAN, K.; SADERA, A.; LEUNG, L. Adverse effects of benzodiazepine use in elderly people: a meta-analysis. **Asian J Gerontol Geriatr**, v. 7, n. 2, p. 107-11, 2012.

WAN, Andrea et al. Evaluation of prescribing appropriateness and initiatives to improve prescribing of proton pump inhibitors at Vancouver General Hospital. **The Canadian journal of hospital pharmacy**, v. 71, n. 5, p. 308, 2018.

WARD, Katherine T.; REUBEN, David B. Comprehensive geriatric assessment. **UpToDate2013**. <http://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment>, 2016.

Recebido em: 10/11/2022

Aprovado em: 15/12/2022

Publicado em: 29/12/2022