

Desprescrição

Deprescription

Deprescripción

Vanessa Sgnaolin ¹ ✉, Paula Engroff ¹

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Porto Alegre, RS, Brasil.

ARTICLE INFO

Article history

Received: 20/06/2019
Accepted: 28/06/2019
Published: 29/08/2019

✉ Correspondent Author

Vanessa Sgnaolin
Instituto de Geriatria e Gerontologia/PUCRS
Av. Ipiranga, 6690, prédio 81, sala 703
90610-000, Porto Alegre, RS, Brasil
vanessa.sgnaolin@pucrs.br

© 2019 All rights reserved

Editors

Alfredo Cataldo Neto
Newton Luiz Terra

Assistant Editors

Paula Engroff
Vanessa Sgnaolin

A Desprescrição é recente na prática clínica, mas representa um tema que ganha grande destaque e relevância, principalmente quando é pensada para pacientes geriátricos. (Des)Prescrever adequadamente é uma arte, um processo extremamente complexo e individualizado, principalmente quando considerado que a literatura científica não fornece evidências seguras sobre a utilização dos medicamentos em idosos, principalmente naqueles frágeis. O ato de “não fazer” ou “desfazer”, ou ainda de pensar que “menos é mais”, é a base da desprescrição. (Des)Prescrever contempla de uma forma muito harmoniosa a dualidade terapêutica, onde prescrever e desprescrever tem o mesmo impacto na melhoria da saúde do idoso¹.

Por definição, desprescrição é um processo supervisionado e sistemático de identificar e suspender ou reduzir medicamentos quando o risco potencial de prejuízo supera os benefícios, considerando os objetivos individuais do cuidado, o nível de funcionalidade, a expectativa de vida, os valores e as preferências do paciente^{2,3}. Ou seja, consiste na revisão criteriosa da prescrição com o objetivo de identificar medicamentos inapropriados para os idosos, passíveis de serem retirados⁴.

Em contraste com abordagens centradas em medicamentos potencialmente inapropriados, como os critérios de Beers⁵ e START/STOPP⁶, uma estrutura de desprescrição centrada no paciente foi proposta como um novo método para considerar a lista abrangente de medicamentos e saúde dos idosos. Nessa perspectiva a desprescrição pode ser rotulada como uma intervenção reversa, que consiste na suspensão de medicamentos que podem estar causando danos atuais (medicamentos inapropriados) ou danos futuros (medicamentos potencialmente inapropriados) ou ainda que não ofereçam benefícios (medicamentos fúteis). A redução da dose de medicamentos para ajustar a relação risco-benefício também são consideradas estratégias nesse processo de desprescrição¹.

A desprescrição faz parte também das intervenções ativas e estruturadas, que precisam ser planejadas, monitoradas e implementadas individualmente, sempre observando a melhor relação risco-benefício, as preferências, os desejos e as expectativas do idoso, a presença de comorbidades, a utilização de polifarmácia, a idade, a expectativa de vida e a funcionalidade do indivíduo^{7,8}. Todos os idosos

podem se beneficiar da desprescrição, mas os idosos frágeis são aqueles onde os maiores benefícios são esperados, isso por serem mais vulneráveis e apresentarem menor reserva homeostática, tornando-os mais susceptíveis aos efeitos adversos dos medicamentos¹.

Algoritmos de desprescrição já foram desenvolvidos, mas ainda não há evidências claras sobre a superioridade de qualquer um deles. O processo de desprescrição é empírico para a maioria dos medicamentos, mas parte de um importante pressuposto, que é conhecer profundamente o diagnóstico geriátrico-gerontológico e estabelecer uma relação de confiança entre a equipe de saúde, o idoso e sua família⁸. A desprescrição lenta e gradual é o método mais recomendado. Scott e colaboradores (2015)² sugeriram uma abordagem gradual para a desprescrição, que fornece um processo estruturado para considerar riscos e benefícios relativos⁹.

A estrutura que compõe essa intervenção deve começar por averiguar todos os medicamentos atuais de um idoso, tarefa que parece simples, mas pode ser um desafio. Os benefícios e malefícios de cada medicamento devem ser avaliados individualmente¹⁰. O processo de desprescrição envolve as seguintes etapas⁴ (Figura 1):

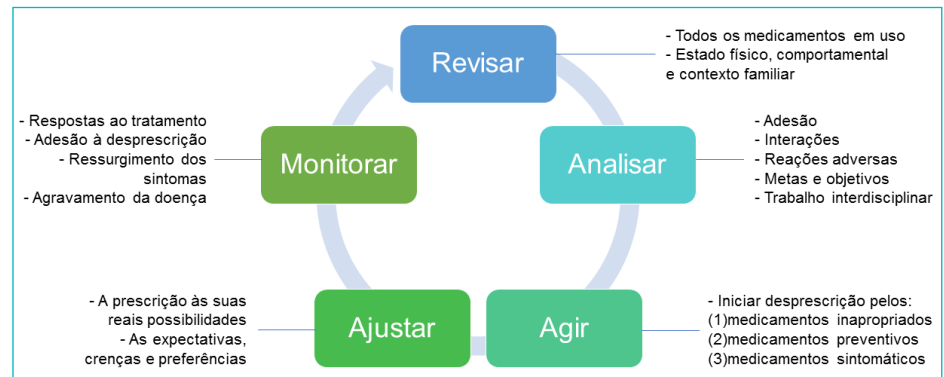


Figura 1. Ciclo da Desprescrição.

Um dos algoritmos de desprescrição mais conhecidos é o desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa *Bruyère* no Canadá. As diretrizes de desprescrição foram baseadas em evidências para cinco classes de medicamentos. Cada uma é acompanhada por um algoritmo de apoio à decisão, panfleto do paciente, infográfico e, para alguns, um vídeo sobre como usar o algoritmo¹¹.

Outro exemplo é a ferramenta *Medstopper*, criada por médicos canadenses especialistas em medicina baseada em evidências e administrada pela *University of British Columbia*. O *Medstopper* auxilia na tomada de decisão sobre a redução ou interrupção de medicamentos. A lista de medicamentos do paciente é inserida na ferramenta e ele sequencia os medicamentos como “mais propensos a parar” e “menos propensos a parar”, com base em três critérios principais, que são o potencial do medicamento para melhorar os sintomas, seu potencial para reduzir a risco de doença futura e sua probabilidade de causar danos¹².

Quando a desprescrição é realizada de forma gradual e progressiva, sob supervisão atenta, as reações adversas de retirada são raras. No entanto os profissionais devem estar atentos à possibilidade de ocorrência de abstinência, que é representada por sintomatologia orgânica, física e/ou psíquica resultante da interrupção de um medicamento. Os medicamentos mais associados a essa complicação são anticonvulsivantes, benzodiazepínicos e levodopa. Pode ocorrer também a síndrome rebote, quando é observada uma exacerbação da

sintomatologia em níveis superiores aos anteriores ao tratamento. São citados nesse contexto os alfa-agonistas central e os beta-bloqueadores. Como também reações de recrudescência, que é o reaparecimento da sintomatologia que estava sendo tratada pelo medicamento, neste tópico podemos mencionar os anticolinesterásicos, antidepressivos, anti-hipertensivos, antidiabéticos, antivertiginosos, ou seja, todo medicamento com ação sintomática intrínseca¹. Atenção deve ser dada às possíveis interações medicamentosas (ex: a retirada de omeprazol em paciente com dose estável de warfarina pode levar a aumento da ação da warfarina, que poderia estar reduzida em função da interação com o omeprazol)¹³. Desta forma, o monitoramento do paciente é essencial no processo de desprescrição.

Desprescrição é uma temática em construção e evolução, mas que requer interação interdisciplinar, onde médicos, farmacêuticos e demais profissionais da saúde trabalham de forma conjunta para o sucesso terapêutico e a melhoria da qualidade de vida do idoso. A medida que novos dados de estudos são publicados, maiores informações são contempladas para enriquecer o entendimento nessa nova área. No entanto os algoritmos são cada vez mais usados e podem auxiliar na identificação de qual o melhor protocolo a seguir.

REFERÊNCIAS

1. Moraes EN. A arte da (des) prescrição no idoso: a dualidade terapêutica. Belo Horizonte: Folium; 2018.
2. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, Gnjdic D, Del Mar CB, Roughhead EE, Page A, Jansen J, Martin JH. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med.* 2015;175(5):827-34. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.0324>
3. Krishnaswami A, Steinman MA, Goyal P, Zullo AR, Anderson TS, Birtcher KK, Goodlin SJ, Maurer MS, Alexander KP, Rich MW, Tjia J; Geriatric Cardiology Section Leadership Council, American College of Cardiology. Deprescribing in older adults with cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol.* 2019;73(20):2584-95. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.03.467>
4. Moraes EN, Moraes FL. Avaliação multidimensional do idoso. 5. ed. Belo Horizonte: Folium; 2016.
5. American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(4):674-94. <https://doi.org/10.1111/jgs.15767>
6. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing.* 2015;44(2):213-8. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu145>
7. Page AT, Potter K, Clifford R, Etherton-Ber C. Deprescribing in older people. *Maturitas.* 2016;91:115-34. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.06.006>
8. Salahudeen MS. Deprescribing medications in older people: a narrative review. *Drugs Today (Barc).* 2018;54(8):489-98. <https://doi.org/10.1358/dot.2018.54.8.2856495>
9. Kim J, Parish AL. Polypharmacy and medication management in older adults. *Nurs Clin North Am.* 2017;52(3):457-68.
10. Scott IA, Gray LC, Martin JH, Mitchell CA. Minimizing inappropriate medications in older populations: a 10-step conceptual framework. *Am J Med.* 2012;125(6):529-37. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2011.09.021>
11. Deprescribing.org. Deprescribing guidelines and algorithms [Internet]. c2019 [capturado em 18 jun. 2019]. Disponível em: <http://deprescribing.org/resources/deprescribing-guidelines-algorithms/>. <https://doi.org/10.1891/9780826195197.ap04>

12. Beta MedStopper [Internet]. 2019 [capturado em 18 jun. 2019]. Disponível em: <http://www.MedStopper.com>.
13. Le Couteur L, Banks E, Gnjjidic D, McLachlan A. Deprescribing. *Austr Prescr*. 2011; 34:182-5. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2011.095>

AUTHORS:

VANESSA SgNAOLIN

Pós-doutoranda em Gerontologia Biomédica (PNPD/CAPES). Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: vanessa.sgnaolin@pucrs.br

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-9914-7146>

PAULA ENGroFF

Doutora em Gerontologia Biomédica (PUCRS). Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: paula.engroff@pucrs.br

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-3639-545X>