

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIÁS – UNIGOIÁS
PRÓ-REITORIA DE ENSINO PRESENCIAL – PROEP
SUPERVISÃO DA ÁREA DE PESQUISA CIENTÍFICA – SAPC
CURSO DE FARMÁCIA

**ESTRATÉGIAS DE DESPRESCRIÇÃO PARA REDUÇÃO DOS RISCOS
ASSOCIADOS À POLIFARMÁCIA EM IDOSOS COM MULTIMORBIDADES**

ENZA RAFAELA MORAIS PINHEIRO
LUCIELLY CHRISTINE DE OLIVEIRA GOMES
ORIENTADOR: DR. FLÁVIO SILVA DE CARVALHO

GOIÂNIA – GOIÁS
Junho/2026

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIÁS–UNIGOIÁS
PRÓ-REITORIA DE ENSINO PRESENCIAL-PROEP
SUPERVISÃO DA ÁREA DE PESQUISA CIENTÍFICA-SAPC
CURSO DE FARMÁCIA

**ESTRATÉGIAS DE DESPRESCRIÇÃO PARA REDUÇÃO DOS RISCOS
ASSOCIADOS À POLIFARMÁCIA EM IDOSOS COM MULTIMORBIDADES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Farmácia do Centro Universitário
de Goiás – UNIGOIÁS como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel em
Farmácia.

Orientador: Dr. Flávio Silva de Carvalho

GOIÂNIA – GOIÁS
Junho/2026

ESTRATÉGIAS DE DESPRESCRIÇÃO PARA REDUÇÃO DOS RISCOS ASSOCIADOS À POLIFARMÁCIA EM IDOSOS COM MULTIMORBIDADES

Enza Rafaela Morais Pinheiro¹
 Lucielly Christine de Oliveira Gomes²
 Dr. Flávio Silva De Carvalho³

Resumo: O envelhecimento e a elevada prevalência de multimorbidades crônicas consolidaram o uso simultâneo de múltiplos fármacos como um marcador crítico de vulnerabilidade e risco em geriatria. Diante do aumento de eventos adversos, cascatas prescritivas e elevados custos assistenciais associados à inadequação medicamentosa, este estudo teve como objetivo analisar as estratégias de desprescrição, discutindo sua aplicabilidade, padronização e efetividade na prática clínica. A pesquisa caracterizou-se como uma revisão integrativa da literatura, delineada metodologicamente a partir de buscas combinadas por descritores padronizados nas bases de dados SciELO, PubMed e Google Acadêmico. Selecionaram-se 17 artigos publicados em português e inglês, entre os anos de 2020 e 2026, os quais foram submetidos a análise descritiva e temática. Os resultados demonstraram que as intervenções focadas na desprescrição reduziram significativamente a complexidade farmacoterapêutica e a exposição a medicamentos potencialmente inapropriados. Evidenciou-se, ainda, que o impacto positivo na redução da mortalidade ocorreu de forma mais efetiva em idosos com idades entre 65 e 79 anos, não apresentando significância estatística em faixas etárias iguais ou superiores a 80 anos. A eficácia metodológica do processo de interrupção medicamentosa demandou a sistematização por meio de critérios explícitos validados, a exemplo das ferramentas STOPP/START e Critérios de Beers, associados a protocolos estruturados de desmame gradual. Identificaram-se, contudo, expressivas barreiras multifatoriais à sua translação para o cenário brasileiro, como inércia prescritiva, resistência dos pacientes ao abandono do medicamento e falhas estruturais sistêmicas na Atenção Primária à Saúde. Conclui-se que a consolidação da desprescrição como rotina segura e sustentável exige a implementação de políticas institucionais robustas. A integração interprofissional, com evidente destaque para a atuação do farmacêutico clínico nas equipes de saúde da família figura como estratégia indispensável para assegurar o uso racional de medicamentos e a segurança do paciente idoso.

Palavras-chave: Desprescrição. Idoso. Polifarmácia.

DEPRESCRIPTION STRATEGIES FOR REDUCING THE RISKS ASSOCIATED WITH POLYPHARMACY IN ELDERLY PATIENTS WITH MULTIMORBIDITIES

Abstract: Aging and the high prevalence of chronic multimorbidity have established the simultaneous use of multiple medications as a critical marker of vulnerability and risk in geriatrics. Given the rise in adverse events, prescribing cascades, and high healthcare costs associated with inappropriate medication use, this study aimed to analyze deprescribing strategies, discussing their applicability, standardization, and effectiveness in clinical practice. The research was conducted as an integrative literature review, methodologically designed using combined searches with standardized descriptors in the SciELO, PubMed, and Google Scholar databases. Seventeen articles published in Portuguese and English between 2020 and 2026 were selected and subjected to descriptive and thematic analysis. The results demonstrated that deprescribing-focused interventions significantly reduced pharmacotherapeutic complexity and exposure to potentially inappropriate medications. Furthermore, the positive impact on mortality reduction was most effective among older adults aged 65 to 79, showing no statistical significance in age groups of 80 years and older. The methodological efficacy of the medication discontinuation process required systematization through validated explicit criteria, such as the STOPP/START tools and Beers Criteria, combined with structured gradual tapering protocols. However, significant multifactorial barriers to implementing these practices in the Brazilian context were identified, including prescribing inertia, patient resistance to discontinuing medication, and systemic structural flaws in Primary Health Care. It is concluded that establishing deprescribing as a safe and sustainable routine requires the implementation of robust institutional policies. Interprofessional integration, with particular emphasis on the role of the clinical pharmacist within family health teams, stands out as an indispensable strategy for ensuring the rational use of medicines of elderly patients.

Keywords: Deprescribing. Elderly. Polypharmacy.

¹ Discente do curso de Nome do Curso do Centro Universitário de Goiás – UNIGOIÁS. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9627828696281749>. Orcid: 0009-0004-78724110. E-mail: enza_morais@hotmail.com.

² Discente do curso de Nome do Curso do Centro Universitário de Goiás – UNIGOIÁS. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9430537531298793>. Orcid0009-0005-9561-0198. E-mail: lucygomes0612@hotmail.com.

³ Professor Adjunto do Centro Universitário de Goiás - UNIGOIAS. Doutor em Química pela UFG da IES que se titulou. Mestre em Farmácia pela UFG que se titulou. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5389429297712684>. Orcid: 0000-0003-3581-0663. E-mail: flavio.silva@unigoias.com.br.

INTRODUÇÃO

Com o aumento do envelhecimento populacional em escala mundial, observa-se um aumento significativo da prevalência de doenças crônicas na população idosa. A multimorbidade é caracterizada pela coexistência de duas ou mais doenças crônicas em um mesmo indivíduo, apresentando maior incidência entre os idosos, em decorrência da senescência (Pu *et al.*, 2026). Segundo a legislação brasileira, é considerada uma pessoa idosa qualquer indivíduo com mais de 60 anos (Brasil, 2003).

Segundo Satapathy *et al.* (2025), a polifarmácia pode ser definida pelo uso concomitante de cinco ou mais medicamentos, e denota um problema comum entre os idosos, sobretudo aqueles em condições crônicas. No contexto da multimorbidade, a polifarmácia exerce um papel relevante no controle sintomático e na redução da progressão das doenças.

O envelhecimento populacional está diretamente ligado com o aumento da multimorbidade, tendo em consideração que cerca de 40% da população com mais de 65 anos manifesta duas ou mais doenças crônicas, o que contribui para que 53% façam uso de múltiplas classes de medicamentos. A polifarmácia está associada a impactos negativos como o aumento de 30% nos custos em saúde, interações medicamentosas em até 80% dos idosos hospitalizados e o aumento de 88% no risco de eventos adversos (Gatt Bonanno *et al.*, 2025).

A polifarmácia está diretamente associada ao uso inapropriado de medicamentos, contribuindo para o aumento de hospitalizações e uso de serviços de urgência. Neste contexto existe um aumento significativo dos custos em saúde, podendo chegar ao dobro em relação àqueles que não utilizam múltiplos medicamentos, gerando um impacto econômico, já que um terço dos idosos com multimorbidades chega a comprometer cerca de 20% da sua renda com cuidados médicos (Hung *et al.*, 2024).

Assim, a desprescrição apresenta-se como uma estratégia no manejo da polifarmácia, que consiste na interrupção ou redução do uso de fármacos desnecessários ou potencialmente prejudiciais, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida ao paciente (Robinson-Barella *et al.*, 2024). A intervenção visa a uma análise criteriosa realizada por um profissional de saúde de toda a farmacoterapia (Wen Quek *et al.*, 2024). A polifarmácia inadequada pode ser minimizada por intervenções de desprescrição, porém sua adoção ainda é limitada, existindo questionamentos sobre sua eficácia especialmente na atenção primária (Doherty *et al.*, 2020).

Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar as estratégias de desprescrição, bem como discutir sua aplicabilidade, padronização e efetividade na prática clínica.

MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura. A escolha por essa abordagem justifica-se pela análise de estudos científicos já publicados, buscando compreender o estado em que o tema se encontra acerca das práticas de desprescrição, seus benefícios, limitações e desafios na assistência à população idosa. Além disso, a revisão integrativa contribui para a identificação de evidências relevantes que possam subsidiar condutas clínicas mais seguras, individualizadas e baseadas em evidências no manejo da polifarmácia em idosos com múltiplas doenças crônicas.

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), PubMed e Google Acadêmico, selecionadas por sua relevância na área das Ciências da Saúde e pela ampla disponibilidade de artigos científicos nacionais e internacionais relacionados à geriatria, farmacoterapia, polifarmácia e segurança do paciente.

A busca pelos estudos foi conduzida entre os meses de março de 2026 e junho de 2026, considerando publicações indexadas no período de 2020 a 2026, com o objetivo de reunir evidências científicas recentes relacionadas à desprescrição, polifarmácia, multimorbidades e uso racional de medicamentos em idosos.

Foram utilizados descritores baseados nos vocabulários Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), combinados por meio dos operadores booleanos “AND” e “OR”, de acordo com a seguinte estratégia de busca: (“desprescrição” AND “polifarmácia” AND “idosos”) OR (“deprescribing” AND “polypharmacy” AND “older adults”) OR (“multimorbidade” AND “uso racional de medicamentos”) OR (“multimorbidity” AND “medication review” AND “elderly”)

Foram incluídos na revisão artigos que apresentavam relação direta com o tema proposto, publicados nos idiomas português e inglês, disponíveis em texto completo, e que abordassem estratégias de desprescrição, revisão da farmacoterapia, redução da polifarmácia, multimorbidades em idosos, segurança medicamentosa e efetividade de intervenções clínicas voltadas à otimização do uso de medicamentos.

Foram excluídas publicações duplicadas, resumos de eventos científicos, monografias, dissertações, teses, cartas ao editor, artigos indisponíveis na íntegra e estudos que não apresentavam dados relevantes para os objetivos da pesquisa ou que não abordavam especificamente a população idosa com polifarmácia e multimorbidades.

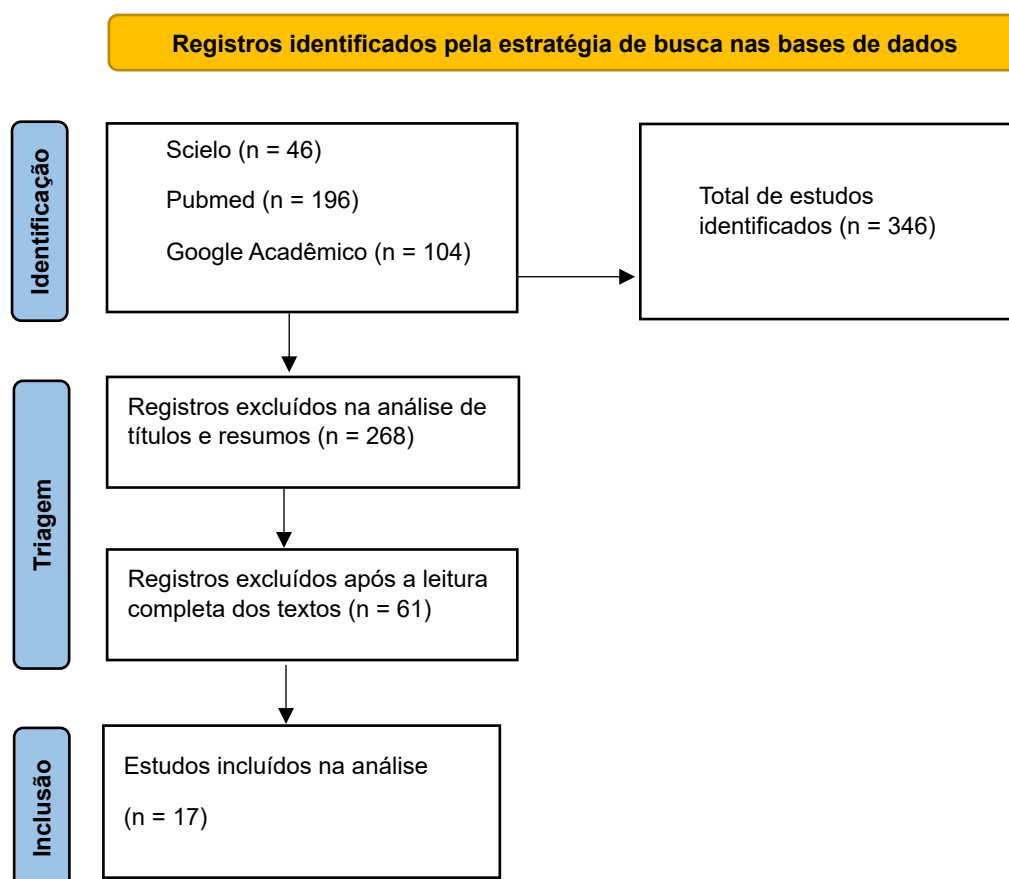
A seleção dos estudos ocorreu em duas etapas. Na primeira, realizou-se a leitura dos títulos e resumos, com o objetivo de identificar a pertinência dos trabalhos em relação ao tema da pesquisa. Na segunda etapa, os textos completos dos artigos previamente selecionados foram

analisados detalhadamente, considerando os critérios de inclusão e exclusão definidos. Inicialmente, foram identificados 346 achados, dos quais 17 atenderam aos critérios estabelecidos e compuseram a amostra final desta revisão.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva e temática, agrupando as informações conforme os principais eixos identificados na literatura: fatores relacionados à polifarmácia em idosos com multimorbidades, riscos associados ao uso simultâneo de múltiplos medicamentos, principais estratégias de desprescrição, instrumentos utilizados para revisão da farmacoterapia, barreiras e facilitadores para sua implementação e evidências sobre sua efetividade na prática clínica.

O Quadro 1 apresenta o fluxograma do processo de seleção dos estudos, evidenciando as etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão, conforme preconizado pelo modelo PRISMA.

Quadro 1. Fluxograma de PRISMA.



Fonte: Elaborada pelas autoras (2026).

Os resultados foram organizados em categorias temáticas, de modo a facilitar a comparação entre os estudos selecionados e evidenciar os principais achados sobre a

aplicabilidade, a padronização e os impactos das estratégias de desprescrição na redução de riscos relacionados à polifarmácia em idosos.

Por se tratar de uma revisão bibliográfica, não foi necessária a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, visto que não houve envolvimento direto de seres humanos ou animais, sendo utilizados apenas dados secundários provenientes de estudos científicos já publicados.

1. IMPACTOS CLÍNICOS DA DESPRESCRIÇÃO

A polifarmácia, definida como o uso de cinco ou mais medicamentos ao mesmo tempo, não representa apenas uma mera contagem numérica de prescrições, configurando-se atualmente como um marcador crítico de vulnerabilidade, complexidade clínica e risco de desfechos adversos em idosos (Gatt Bonanno, 2025; Nicholson, 2024).

A presença de multimorbidades agrava esse cenário, porque a adesão estrita a diretrizes clínicas focadas em doenças isoladas frequentemente resulta em cascatas prescritivas, interações medicamentosas perigosas e declínio funcional (Nicholson, 2024). Diante dessa situação, a desprescrição aparece como um processo sistemático, proativo e centrado no paciente, focado em otimizar a terapia quando os riscos superam os benefícios (Guimarães *et al.*, 2026).

Intervenções de desprescrição demonstram eficácia em desfechos intermediários, como a redução do número total de medicamentos, a diminuição da complexidade dos regimes terapêuticos e a mitigação da exposição a Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPIs) (Guimarães *et al.*, 2026). Contudo, ao sofisticar o raciocínio clínico e analisar os desfechos (mortalidade, hospitalizações e eventos adversos graves), observa-se um contraste entre os estudos.

Por um lado, revisões como a de Hung *et al.* (2024) e Thompson e McDonald (2024) apontam que a evidência sobre o efeito da desprescrição em desfechos clínicos, como qualidade de vida, função, quedas e mortalidade, tem sido mista e não significativa. Carvalho e Coutinho (2025) corroboram esse achado, destacando que a desprescrição melhora a adequação das prescrições, mas os ensaios clínicos randomizados ainda falham em demonstrar de forma consistente qual a redução nas taxas de mortalidade ou de readmissões hospitalares.

No entanto, um estudo apresentou um resultado diferente que ajuda a elucidar essa inconsistência. Os autores demonstraram que a desprescrição resulta, sim, em uma redução da mortalidade, mas apenas em subgrupos específicos: houve uma redução da mortalidade no grupo de "jovens idosos" (65 a 79 anos), mas esse fator não foi significativo para pacientes com 80 anos ou mais. Além disso, a redução da mortalidade só foi observada quando intervenções

específicas e centradas no paciente foram aplicadas, em contraste com intervenções generalizadas, que não alteraram a mortalidade. Esse contraste sugere que os danos a longo prazo da polifarmácia inadequada podem se tornar irreversíveis a partir de certa idade, reforçando que a desprescrição deve ser iniciada precocemente no processo de envelhecimento (Quek *et al.*, 2024).

No contexto da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Santos *et al.* (2020) demonstraram que a retirada supervisionada de anti-hipertensivos (especialmente diuréticos e betabloqueadores) em idosos polimedicados é segura: embora a Pressão Arterial Sistólica (PAS) possa sofrer um leve aumento inicial, a longo prazo os níveis pressóricos não apresentam alterações substanciais ou clinicamente prejudiciais, reduzindo concomitantemente o risco de quedas e hipotensão ortostática.

Em contrapartida, no manejo do Diabetes Mellitus, Satapathy *et al.* (2025) demonstrou que a própria definição e a prevalência de polifarmácia na literatura são extremamente heterogêneas, o que dificulta a padronização de intervenções e exige modelos de cuidado altamente integrados e centrados no paciente para equilibrar o controle glicêmico e garantir o monitoramento de segurança.

2. A PADRONIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS CLÍNICAS

Para que a desprescrição deixe de ser uma decisão empírica e se consolide como uma prática padronizada, o uso de ferramentas clínicas baseadas em evidências é mandatório. Guimarães *et al.* (2026) enfatizam o papel central das ferramentas de rastreio explícitas, como os critérios *STOPP/START* e os Critérios de Beers (atualizados em 2023), que permitem a triagem sistemática de prescrições inadequadas, como o uso de sulfonilureias de longa ação ou a manutenção injustificada de inibidores da bomba de prótons (IBPs).

A aplicabilidade clínica é fortalecida pelo protocolo sequencial de desprescrição proposto por Scott *et al.* (*apud* Dantas e Braga, 2026), que envolve cinco etapas: revisão medicamentosa, avaliação de risco, decisão compartilhada, planejamento da retirada e monitoramento. O desmame gradual é uma estratégia crucial para evitar Reações Adversas de Retirada (ADWRs).

Estudos indicam protocolos específicos de alta relevância: para benzodiazepínicos (BDZs), recomenda-se a redução gradual de 25% da dose a cada duas semanas para evitar convulsões e ansiedade de rebote; para os IBPs, o desmame deve ser feito reduzindo a dose pela metade por 4 semanas para prevenir a hipersecreção ácida de rebote; e para antipsicóticos no

contexto de demência, a redução deve ser de 25% a 50% quinzenalmente sob rigoroso monitoramento comportamental (Dantas e Braga, 2026).

Essa aplicabilidade clínica é fortalecida por protocolos estruturados que sistematizam a retirada de fármacos. O Quadro 2 sintetiza este processo sistemático, evidenciando como a desprescrição atua como uma oportunidade de reavaliar opções terapêuticas de forma supervisionada, garantindo a melhoria na qualidade de vida contínua do paciente e de seus cuidadores.

Quadro 2 – Sumário de um processo de desprescrição voltado para idosos

Etapas	Considerações	Exemplos
Individualizar a abordagem	Quais são os objetivos da intervenção? Trajetória do cuidado. O que é mais importante para o paciente/cuidador? Quem são os profissionais de saúde importantes?	
1. Avaliação	Lista completa de medicamentos com indicações e experiência, por exemplo, data de início, resposta e efeitos adversos. Condições médicas. Avaliação física. Avaliar função, fragilidade e cognição. Exames laboratoriais e testes diagnósticos. O que é mais importante para o paciente/cuidador? Objetivos da intervenção, trajetória do cuidado.	Pessoa com transtorno neurocognitivo maior e seu cuidador desejam maximizar a qualidade de vida e minimizar a carga de comprimidos. O histórico medicamentoso revela que o paciente está tomando aspirina e clopidogrel há 4 anos após colocação de stent coronariano. O histórico medicamentoso revela que o edema no tornozelo começou 1 semana após o início da gabapentina, sendo posteriormente tratado com furosemda.
2. Há alguma oportunidade de desprescrição?	Com base na avaliação, considerar se os medicamentos atuais são necessários e benéficos. Considerar se os benefícios atuais, como tratar sintomas, superam danos presentes ou potenciais danos futuros. Considerar se os benefícios futuros potenciais, como prevenir doença, superam danos presentes ou futuros. Considerar se os medicamentos atuais estão alinhados com o que é mais importante para o paciente/cuidador.	O docusato de sódio não é melhor que placebo para constipação crônica. Inibidores da bomba de prótons são comumente continuados por muitos anos sem indicação contínua e com evidência de dano em nível populacional. A combinação de codeína e gabapentina está associada a aumento do risco de morte. A desprescrição de estatinas em doença avançada pode melhorar a qualidade de vida e não

		tem efeito sobre a mortalidade.
3. Desenvolver um plano, priorizar	Juntamente com o paciente/cuidador, pensar sobre qual medicamento ou quais medicamentos têm o maior risco de dano. Pensar sobre qual medicamento ou quais medicamentos proporcionam o menor benefício. Pensar sobre qual medicamento ou quais medicamentos têm pouco valor agregado, considerando a carga de comprimidos. Pensar sobre o que o paciente gostaria de interromper primeiro.	Gliburida causando hipoglicemia frequente, levando a quedas e confusão, é alta prioridade para desprescrição. Vitaminas podem ser “vitórias rápidas” para reduzir a carga de comprimidos. O cálcio é um comprimido grande e difícil de engolir; o paciente gostaria de interrompê-lo.
4. Implementar o plano, monitorar	Juntamente com o paciente/cuidador, concordar sobre o que interromper e como, por exemplo, se é necessária uma redução gradual. Concordar sobre um plano de monitoramento, por exemplo, sintomas de rebote a observar, quando e como fazer o acompanhamento, e quando reiniciar um medicamento se necessário. Comunicar o plano aos profissionais de saúde relevantes.	Para um paciente que usa lorazepam há 20 anos, motivado a interromper, mas preocupado com insônia de rebote: iniciar uma redução gradual lenta, com acompanhamentos regulares. Revisar possíveis sintomas de abstinência e ter um plano sobre como abordá-los, com intervenções não farmacológicas. Comunicar o plano ao psicólogo do paciente.

Fonte: Adaptado de Thompson e McDonald (2024, p. 116).

A ideia é começar entendendo o paciente como um todo, quais doenças possui, quais medicamentos usa, por que usa, há quanto tempo usa, se teve benefício, se apresentou efeitos adversos, qual sua funcionalidade, fragilidade, cognição e quais são seus objetivos de cuidado. Assim, é possível transformar a desprescrição em uma decisão clínica estruturada, baseada em segurança, benefício real, preferências do paciente e objetivos de cuidado. O foco não deve ser apenas em quantos medicamentos o paciente toma, e sim como cada medicamento continua sendo necessário, eficaz, seguro e coerente com o que mais importa para o paciente e cuidador (Quek *et al.*, 2024).

Outro contraste importante na literatura diz respeito aos sistemas eletrônicos de suporte à decisão. Segundo Carvalho e Coutinho (2025), estudos baseados no software

MedSafer mostraram um aumento significativo de 24% nas taxas de desprescrição em instituições de longa permanência. No entanto, um ensaio avaliando uma intervenção agrupada de hiperpolifarmácia não demonstrou redução significativa na contagem de medicamentos, pois a intervenção ocorreu em um cenário que já possuía fluxos de trabalho de desprescrição consolidados. Esse achado revela que a eficácia da padronização tecnológica não é absoluta, sendo altamente dependente da infraestrutura e cultura institucional pré-existentes.

A efetividade dessas ferramentas depende intrinsecamente da colaboração interprofissional. Matos e Tufic-Garutti (2024) destacam a figura do geriatra na avaliação pré-operatória e no manejo holístico, enquanto Poelgeest *et al.* (2023) e Carvalho e Coutinho (2025) reforçam que as intervenções lideradas ou co-gerenciadas por farmacêuticos clínicos (como reconciliação medicamentosa e educação em saúde) reduzem drasticamente as discrepâncias de medicação e os erros prescritivos nas transições de cuidado.

3. BARREIRAS FRENTE A REALIDADE BRASILEIRA

Apesar das evidências a favor, a translação da desprescrição para a prática clínica enfrenta várias dificuldades, como a inércia terapêutica, a falta de tempo nas consultas, a fragmentação do cuidado entre especialistas, o medo de causar consequências adversas (recidiva de sintomas) e o receio de que a retirada seja interpretada pelo paciente como um "abandono do cuidado". Por parte dos pacientes, a resistência advém do medo da síndrome de abstinência e da crença na necessidade contínua da pílula (Robinson-Barella, 2024).

Para superar esses obstáculos, os principais facilitadores envolvem a tomada de decisão compartilhada e a educação em saúde. Pacientes demonstram ampla disposição para descontinuar medicamentos quando a decisão é comunicada de forma clara, alinhada aos seus objetivos de cuidado, e quando se garante o monitoramento de segurança (Poelgeest *et al.*, 2023; Robinson-Barella, 2024)

Ao transpor essas estratégias de intervenção para a realidade brasileira, deparamo-nos com um cenário de alta vulnerabilidade. No Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), Dantas e Braga (2026) destacam que aproximadamente 45,3% dos pacientes idosos utilizam pelo menos um Medicamento Potencialmente Inapropriado, e a inércia prescritora é agravada pela alta carga de trabalho, falta de diretrizes nacionais traduzidas e fragmentação do cuidado (comum entre médicos com menos tempo de formação).

O impacto não é apenas clínico, mas farmacoeconômico. Alves Junior *et al.* (2026), em um estudo conduzido em um hospital filantrópico no Brasil, constataram uma prevalência

de polifarmácia em 94,2% das prescrições avaliadas. Ao aplicar algoritmos clínicos internacionais, descobriram que mais de 70% dos custos totais com as classes de IBPs (Inibidores da Bomba de Prótons), BDZs (Benzodiazepínicos) e antipsicóticos correspondiam a medicamentos plenamente elegíveis para desprescrição, com destaque absoluto para o omeprazol intravenoso. Tais dados revelam um gigantesco desperdício de recursos financeiros que poderiam ser redirecionados no sistema de saúde brasileiro.

Para promover melhorias nessa realidade, o Brasil precisa adotar políticas públicas que institucionalizem a otimização terapêutica. As Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS reforçam a necessidade de avaliação multidimensional da pessoa idosa, com identificação de vulnerabilidades, capacidade funcional, fragilidade, necessidades assistenciais e organização do cuidado de forma integrada, o que inclui a revisão da farmacoterapia como medida estratégica para prevenir agravos evitáveis, eventos adversos e declínio funcional. Assim, a desprescrição deve ser compreendida não apenas como retirada de medicamentos, mas como parte da linha de cuidado do idoso, articulada à avaliação clínica, funcional, cognitiva e social do paciente (Brasil, 2018).

Esse entendimento também dialoga com a Portaria MS nº 529/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Embora a norma não utilize expressamente o termo “desprescrição”, ela estabelece diretrizes voltadas à gestão de riscos, mitigação de eventos adversos, integração dos processos de cuidado e fortalecimento da cultura de segurança nos serviços de saúde (Brasil, 2013).

Nesse sentido, a desprescrição pode ser interpretada como ferramenta essencial de farmacovigilância clínica e prevenção de erros relacionados a medicamentos, especialmente em idosos submetidos à polifarmácia, nos quais a manutenção de fármacos sem indicação atual amplia o risco de interações, duplicidades terapêuticas, quedas, hospitalizações e reações adversas.

Em 2026, o Ministério da Saúde anunciou o Padi Brasil, Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa. A proposta fortalece a atenção domiciliar por equipes multiprofissionais, com cuidado longitudinal no território, suporte às famílias e acompanhamento de pessoas idosas em situação de maior vulnerabilidade. Nesse cenário, a conciliação medicamentosa, a revisão periódica das prescrições e a redução do fardo terapêutico tornam-se ações centrais para qualificar o cuidado domiciliar, evitar eventos adversos e alinhar o tratamento aos objetivos reais do paciente idoso.

Com isso, também é possível incluir como recomendações:

- (1) a inserção obrigatória do farmacêutico clínico nas Equipes de Saúde da Família (ESF) para realizar revisões medicamentosas domiciliares e reconciliação em altas hospitalares;
- (2) a capacitação continuada de médicos e equipes multidisciplinares no uso de ferramentas como o STOPP/START e criação de um procedimento operacional padrão para melhorar a interação com o paciente frente a prática de desprescrição; e
- (3) a implementação de Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP) unificados no SUS, dotados de suporte à decisão clínica que alertem sobre cascatas prescritivas e sugiram a desprescrição de MPIs.

Tais estratégias poderiam permitir a redução de quedas e casos de hospitalizações evitáveis, garantindo um envelhecimento populacional sustentável e pautado na segurança do paciente. Embora o corpo de evidências sobre o tema venha se consolidando, é imperativo reconhecer as limitações metodológicas dos estudos atuais.

Pu *et al.* (2026), em sua análise bibliométrica, revelam uma assimetria global: a esmagadora maioria das pesquisas provém de países de alta renda (EUA, Europa), havendo escassez de dados robustos em países em desenvolvimento (como o Brasil), o que limita a generalização global das estratégias de implementação.

Além disso, a literatura sofre com a elevada heterogeneidade metodológica nas definições de polifarmácia e nos desfechos primários escolhidos (Hung, 2024; Nicholson, 2024). A grande maioria dos ensaios clínicos possui amostras pequenas e períodos de acompanhamento curtos (geralmente menores que 12 meses), inviabilizando a avaliação definitiva de desfechos clínicos a longo prazo e da relação custo-efetividade real da desprescrição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional e o aumento das multimorbidades tornaram a polifarmácia um desafio clínico e econômico do sistema de saúde. A desprescrição se mostra nesse cenário como uma intervenção sistemática, proativa e centrada no paciente, indispensável para otimizar a terapia quando os riscos iatrogênicos passam a superar os benefícios esperados.

As estratégias de desprescrição são eficazes em desfechos intermediários, reduzindo a complexidade dos regimes terapêuticos e o uso de Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPIs). Para garantir a segurança dessa prática, a padronização exige a aplicação de ferramentas clínicas validadas, como os critérios STOPP/START e de Beers, atreladas a protocolos de desmame gradual supervisionado para mitigar as Reações Adversas de Retirada (ADWRs).

A aplicabilidade da desprescrição no cotidiano clínico ainda enfrenta barreiras multifatoriais na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Nesse cenário, nota-se um impacto farmacoeconômico substancial gerado pela manutenção indevida de classes como inibidores da bomba de prótons e benzodiazepínicos.

Para reverter esse cenário, a implementação de políticas públicas que institucionalizem a inserção do farmacêutico clínico nas Equipes de Saúde da Família (ESF) e a capacitação contínua das equipes multidisciplinares com a adoção de Prontuários Eletrônicos dotados de suporte tecnológico são necessários para uma decisão clínica sistemática das prescrições do paciente.

Por fim, para pesquisas futuras, recomenda-se a realização de ensaios clínicos pragmáticos no Sistema Único de Saúde (SUS), visando avaliar como os profissionais trabalham com essa relação da desprescrição para pacientes idosos, e, se de fato, algum trabalho ocorre nesse cenário. Assim, pode-se criar estratégias para implementação e intervenções educativas adaptadas para otimização terapêutica como uma rotina segura e escalável em todo o sistema de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

- ALVES JUNIOR, Joseilson Sousa *et al.* **Desprescrição de medicamentos em pacientes hospitalizados: análise de elegibilidade e impacto econômico potencial**. Periódicos Brasil. Pesquisa Científica (PBPC), 2026.
- BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Brasília, 2003.
- BRASIL. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília : Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, 1 abr. 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 22 jun. 2026.
- BRASIL. **Ministério da Saúde lança programa inédito de cuidado domiciliar à pessoa idosa**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/junho/ministerio-da-saude-lanca-programa-inedito-de-cuidado-domiciliar-a-pessoa-idosa>>. Acesso em: 22 jun. 2026.
- CARVALHO, Antonio Henrique Matides; COUTINHO, Franks Marques Silva. Intervenções farmacêuticas na polifarmácia de idosos e seus efeitos na qualidade de vida. **Research, Society and Development**, 2025.

DANTAS, Andrey de Araujo; BRAGA, Kassandra Lins. A desprescrição de medicamentos na atenção primária: polifarmácia, modelos clínicos e segurança do paciente idoso - uma revisão da literatura. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, 2026.

DOHERTY, Alison Jayne *et al.* Barriers and facilitators to deprescribing in primary care: a systematic review. **BJGP Open**, 2020.

GATT BONANNO, Elena *et al.* Polypharmacy Prevalence Among Older Adults Based on the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: An Update. **Journal of Clinical Medicine**, 2025.

GUIMARÃES, Yure. Otimização terapêutica e desprescrição segura: estratégias para o manejo da polifarmácia no idoso com multimorbidades. **Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales**, 2026.

HUNG, Anna; KIM, Yoon Hie; PAVON, Juliessa M. Deprescribing in older adults with polypharmacy. **BMJ**, 2024.

MATOS, Adna Salgado; TUFIC-GARUTTI, Samantha dos Santos. Abordagens para a polifarmácia e seus riscos na terceira idade. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, 2024.

NICHOLSON, Kathryn *et al.* Multimorbidity and Polypharmacy: A Systematic Review of Global Prevalence. **The Lancet Healthy Longevity**, v. 5, n. 4, 2024.

POELGEEST, Eveline van *et al.* Optimizing pharmacotherapy and deprescribing strategies in older adults living with multimorbidity and polypharmacy: EuGMS SIG on pharmacology position paper. **European Geriatric Medicine**, 2023.

PU, Jia *et al.* Bibliometric analysis of polypharmacy in elderly patients with chronic comorbidities from 2013 to 2023. **Medicine**, 2026.

QUEK, Hui Wen *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**, 2024.

ROBINSON-BARELLA, Anna *et al.* “Starting to think that way from the start”: approaching deprescribing decision-making for people accessing palliative care - a qualitative exploration of healthcare professionals views. **BMC Palliative Care**, 2024.

SANTOS, W. H. V. *et al.* A desprescrição previne complicações associadas à polifarmácia em idosos hipertensos. In: **VII Congresso Internacional de Envelhecimento Humano (CIEH)**, 2020.

SATAPATHY, Prakasini *et al.* Prevalence of polypharmacy among older adults with diabetes: A systematic review and Meta-Analysis. **Aging Clinical and Experimental Research**, 2025.

THOMPSON, Wade; MCDONALD, Emily G. Polypharmacy and Deprescribing in Older Adults. **Annual Review of Medicine**, 2024.