



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Verónica Andreia Cláudio Mota Apolónia
Colaço

**POLIFARMÁCIA E DESPRESCRIÇÃO
NA POPULAÇÃO GERIÁTRICA**

VOLUME 1

Dissertação no âmbito do Mestrado em Geriatria da Faculdade de Medicina da
Universidade de Coimbra

Orientada pelo Professor Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro e apresentada à
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Janeiro de 2023

POLIFARMÁCIA E
DESPRESCRIÇÃO NA
POPULAÇÃO
GERIÁTRICA

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos são para a minha família, especialmente ao Nuno, por todo o seu apoio e incentivo durante todo o mestrado, mas em especial durante a elaboração da dissertação.

Um agradecimento especial ao senhor professor Fontes Ribeiro, pela sua disponibilidade.

Por último um agradecimento a todos os utentes idosos com os quais tenho o prazer diário de trabalhar e que me motivaram a seguir este caminho.

ABREVIATURAS

ADR- Reação Adversa Fármaco

AINE- Anti-inflamatório não esteroide

ARA II-Antagonista Recetor Angiotensina II

BDZ- Benzodiazepina

CCR-Cancro Colo Retal

CV-Cardiovascular

CSP-Cuidados de Saúde Primários

DBI- Drug Burden Index

DGS- Direção Geral de Saúde

DCV-Doença Cardiovascular

DPOC-Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECG- Eletrocardiograma

ERPI-Estrutura Residencial para Idosos

EUA – Estados Unidos América

GI-Gastrointestinal

HBA1C-Hemoglobina glicosilada

HIV-Vírus Imunodeficiência Humana

HTA-Hipertensão Arterial

IBP-Inibidor da bomba de protões

IECA-Inibidor da enzima de conversão da Angiotensina

IM- Interação medicamentosa

MAI-Medication Appropriateness Index

MPI/PIM-Medicação potencialmente inapropriada

PPO- Possível Omissão de Prescrição

RAM-Reação adversa a medicamento

SNC-Sistema Nervoso Central

SNRI-Inibidor Recaptação Noradrenalina

TFG-Taxa Filtração Glomerular

USF-Unidade Saúde Familiar

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	3
ABREVIATURAS.....	4
RESUMO	8
ABSTRAT.....	10
INTRODUÇÃO	11
POLIFARMÁCIA.....	13
Consequências da Polimedicação e do uso de medicação inapropriada	15
<i>Fatores de risco para polifarmácia</i>	19
Ferramentas de apoio polifarmácia.....	20
Critérios de Beers.....	21
Lista EU-PIM	21
Critérios START/STOP.....	22
MAI	23
Lista PRISCUS.....	23
Good Palliative-Geriatric Practice algorithm	23
Swedish National Board of Health and Welfare	24
DBI.....	24
DESPRESCRIÇÃO.....	25
Evidência de eficácia na desprescrição.....	25
Barreiras a desprescrição.....	27
Processo de Desprescrição	30
Efeitos adversos após suspensão de farmacos.....	34
Suspensão de Medicação utilizada para controlo de sintomas	35
Suspensão de Medicação preventiva	36
Suspensão de Medicação cardiovascular	38
GUIDELINES.....	41
GUIDELINES DE DESPRESCRIÇÃO HIPOGLICEMIANTES	41
GUIDELINES DE DESPRESCRIÇÃO IBP	44
DESPRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPINAS	46
GUIDELINES DE DESPRESCRIÇÃO DE ANTISPICÓTICOS	49
GUIDELINES DE DESPRESCRIÇÃO DE INIBIDORES DAS COLINESTERASAS E MEMANTINA.....	51
DESPRESCRIÇÃO DE ESTATINAS.....	54
CONCLUSÕES.....	59
BIBLIOGRAFIA.....	62

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Consequências da polifarmácia.....	15
Tabela 2- Reações adversas.....	16
Tabela 3- Interações medicamentosas	18
Tabela 4 – Fatores determinantes da polimedicação inadequada	19
Tabela 5- Barreiras à desprescrição.....	29
Tabela 6 – Ferramentas de apoio à desprescrição.....	30
Tabela 7 O processo de desprescrição	33
Tabela 8- Recomendações de desmame para inibidores colinesterases e memantina	52
Tabela 9- Monitorização do desmame	52
Tabela 10 Recomendações para descontinuação de estatinas segundo várias guidelines internacionais	54
Tabela 11- Guidelines tratamento hipercolesterolemia.....	56

RESUMO

O objetivo deste trabalho visa fazer uma revisão sistemática da polifarmácia e do processo de desprescrição, no sentido de contribuir para uma abordagem clínica para reduzir a polimedicação e as consequências nefastas no idoso.

Metodologia: Pesquisa na PUBMED entre Janeiro e Abril de 2022, usando as palavras chave: polifarmácia, medicação inapropriada, interações medicamentosas, idosos, desprescrição, orientações clínicas, ferramentas de desprescrição. Foram incluídos artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola; guidelines e outras orientações, publicados nos últimos 10 anos.

Da pesquisa efetuada foram selecionadas 88 publicações, que após leitura, análise e eliminação de duplicados foram incluídas 40 para realizar a presente revisão.

Resultados/conclusões: Nos países desenvolvidos cerca de 30% das pessoas com idade maior ou igual a 65 anos tem prescritos 5 ou mais fármacos (polifarmácia). Embora a maioria beneficie dessas terapêuticas, estas estão associadas com aumento do risco de efeitos nefastos. Estes efeitos estão relacionados com os medicamentos prescritos, precipitados por alterações fisiológicas do processo de envelhecimento e de doença, que alteram a resposta farmacocinética e farmacodinâmica dos fármacos, contribuindo para a ocorrência de efeitos adversos, interações medicamentosas e de toxicidade do próprio medicamento.

A desprescrição é um processo sistemático e contínuo de otimização do regime terapêutico de um doente através da cessação de fármacos potencialmente inapropriados ou desnecessários. Consiste em identificar e descontinuar fármacos em circunstâncias em que os danos reais ou potenciais ultrapassam os benefícios reais ou potenciais, tendo em conta um conjunto de objetivos de cuidados individualizados. Esses objetivos de cuidados deverão ser formulados de acordo com as patologias, o nível de autonomia, a esperança de vida, valores e preferências, entre outros.

Na ausência de um processo gold standart para desprescrever, Woodward foi pioneiro em 2003 e desenvolveu um processo com 5 princípios: Rever toda a medicação atual; Identificar potencial medicação que será alvo de suspensão; Planificar a desprescrição; Planear em parceria com o médico/utente/cuidador; Avaliação e monitorização regular do processo.

Para este processo ser bem-sucedido necessita de um seguimento cuidadoso e regular, com envolvimento do utente/ cuidador bem como de outros profissionais de saúde que também prestem cuidados e que podem ser intervenientes ativos e vigilantes.

Para alguns fármacos a suspensão é realizada facilmente, sem necessidade de grande vigilância e sem efeitos secundários após suspensão (exemplos: aspirina, estatinas, multivitamínicos, fosfonatos, ferro).

A nível internacional existem diretrizes de desprescrição baseadas na evidência desenvolvidas pelo Instituto de Investigação Bruyère e a Universidade de Montreal que abrangem 5 classes de fármacos: IBP, Hipoglicemiantes, benzodiazepinas, antipsicóticos e inibidores da colinesterase e memantina.

No entanto as guidelines são insuficientes, não incluem todas as classes terapêuticas e muitas vezes não orientam a forma como se deverá fazer o desmame.

ABSTRAT

The objective of this work is to carry out a systematic review of polypharmacy and the deprescription process, in order to contribute to a clinical approach to reduce polypharmacy and the harmful consequences in the elderly.

Methodology: Search in PUBMED between January and April 2022 using the keywords: polypharmacy, inappropriate medication, drug interactions, elderly, deprescription, guidelines, deprescription tools. Were Included articles in portuguese, english and spanish, guidelines and other recommendations, published in the last 10 years.

From the research 88 publications were selected and after reading, analysis and removal of duplicates, 40 were included to carry out this review.

Results/conclusions: In developed countries, around 30% of people aged 65 years or older are prescribed 5 or more drugs (polypharmacy). Although most benefit from these therapies, they are associated with an increased risk of adverse effects. These effects are related to medications, precipitated by physiological changes in the aging and disease process, which alter the pharmacokinetic and pharmacodynamics response of drugs, contributing to the occurrence of adverse effects, drug interactions and drug toxicity.

Deprescribing is a systematic and ongoing process of optimizing a patient's therapeutic regimen by discontinuing potentially inappropriate or unnecessary drugs. Consists of identifying and discontinuing drugs in circumstances where actual or potential harm outweighs actual or potential benefits, taking into account a set of individualized care goals. These care objectives should be formulated according to the pathologies, level of autonomy, life expectancy, values and preferences, among others.

In the absence of a gold standard process to deprescribe, Woodward was a pioneer in 2003 and developed a process with 5 principles: Review all current medication; Identify potential medication that will be suspended; Plan the deprescription; Plan in partnership with the user/caregiver/doctor; Evaluation and regular monitoring of the process.

For this process to be successful, it needs a careful and regular follow-up, with the involvement of the user/caregiver as well as other health professionals who also provide care and who can be active and vigilant.

For some drugs, suspension is easily performed, without the need for great vigilance and without side effects after suspension (examples :aspirin, statins, multivitamins, bisphosphonates, iron).

At the international level, there are evidence-based deprescription guidelines developed by the Bruyère Research Institute and the University of Montreal that cover 5 classes of drugs: PPIs, Hypoglycemic Agents, Benzodiazepines, Antipsychotics and Memantine Cholinesterase Inhibitors. However, they are insufficient, do not include all therapeutic classes and often do not guide the way in which weaning should be carried out.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento progressivo da população que se observa em todo o mundo deve-se ao aumento da esperança de vida e melhoria das condições de saúde e de vida. A percentagem de idosos tem vindo a aumentar à medida que a população vive mais tempo. Viver durante mais tempo não significa que se viva de forma saudável. Com a longevidade aumenta o risco de se sofrer de uma doença crónica. Estima-se que 98% dos idosos vivam com 2 ou mais doenças crónicas.⁽¹⁾

À medida que se privilegia maior sobrevida com maior qualidade, as intervenções para atrasar a progressão das doenças e reduzir sintomatologia levam a aumento do uso de fármacos. A polifarmácia é comum nos idosos e estima-se que 3 em cada 4, tomam 5 ou mais fármacos por dia.⁽¹⁾

Os idosos constituem um grupo heterogéneo relativamente a aspetos físicos, cognitivos e funcionais, variando de robustos a frágeis, consoante as suas características.

Os idosos frágeis são um grupo vulnerável, com diminuição da reserva e aumento da suscetibilidade ao stress.

Os ensaios clínicos normalmente excluem os idosos, ao impor limites de idade e assim excluindo participantes com comorbilidades e que façam polimedicação. Daqui resulta que as populações em estudo acabam por diferir da população geral com doença.

Um revisão da literatura mostrou que 35% da população incluída num ensaio clínico para novos fármacos na área da oncologia tinha mais de 65 anos, sendo que 50% das pessoas com neoplasias pertence a esse grupo etário. Por outro lado nesses ensaios 10% tem mais de 75 anos, quando cerca de 30% das pessoas nesse grupo etário tem patologia oncológica.⁽¹⁾

Esta falta de representatividade nos ensaios clínicos contribui para a incerteza do risco/benefício, face ao uso de fármacos em idosos.

O risco de efeitos adversos é maior em idosos frágeis, e apesar de poderem beneficiar dos efeitos positivos da medicação, estão também em maior risco de efeito adverso nefasto.

Com a idade ocorrem alterações fisiológicas na composição corporal, nos órgãos, nos alvos celulares, que alteram a resposta do organismo aos fármacos. Com o envelhecimento há aumento na gordura corporal, diminuição da água e massa muscular. Os rins e fígado diminuem em tamanho e há redução no seu fluxo sanguíneo. A síntese proteica e de enzimas diminuem, incluindo alguns recetores celulares que se ligam aos fármacos.

Todas estas alterações contribuem para uma resposta alterada dos idosos aos fármacos que originam alterações na farmacocinética, com redução do metabolismo hepático e da eliminação renal de fármacos. Estas alterações contribuem para a diminuição do efeito de primeira passagem e aumento da biodisponibilidade oral desses fármacos. A diminuição da taxa metabólica resulta numa conversão mais lenta dos pró-fármacos nos seus metabolitos ativos.

A redução da síntese proteica hepática leva a diminuição da albumina plasmática, que irá afetar a ligação às proteínas e a concentração de fármacos livre no plasma.

As alterações descritas demonstram que não se podem extrapolar para os idosos os efeitos dos fármacos nos resultados clínicos realizados em estudos com população mais jovem. Não podemos ter a certeza dos benefícios ou riscos, podendo não ser apropriado o seu uso na mesma dose ou formulação terapêutica.

Os idosos estão em risco de experienciar efeitos adversos dos fármacos, que podem ir desde reações ligeiras a efeitos graves. Estes efeitos muitas vezes não são identificados como tal, podendo até necessitar de tratamento, levando a uma cascata de prescrição ou ser confundidos como consequência do envelhecimento.

O aumento do risco de efeitos adversos é multifatorial, inclui fragilidade, fatores fisiológicos e comorbilidades associadas.

POLIFARMÁCIA

A polifarmácia, que usualmente se refere ao uso concomitante de vários medicamentos, é comum entre idosos com multimorbidade e está associada a desfechos negativos em saúde, como efeitos adversos a medicamentos, quedas, fraturas, hospitalizações, aumento do tempo de permanência no hospital, readmissão ao hospital logo após a alta e óbito.

Os eventos adversos a medicamentos, podem ocorrer quer por reações adversas ou por interações medicamentosas e têm a polifarmácia como protagonista, uma vez que, quanto maior é o número de medicamentos utilizados, maior é o risco de eventos adversos. Esse risco é maior entre pacientes idosos, devido a diversas alterações decorrentes da idade, como diminuição da função renal e hepática, redução da audição, visão, cognição e mobilidade, além de menor massa magra.

Portanto, esses pacientes são mais vulneráveis a alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, estando mais sensíveis à farmacoterapia.

Na literatura não existe um consenso, sendo utilizadas diversas definições para polifarmácia: sendo considerada uma simples contagem numérica isolada ou associada ao tempo de duração de um determinado tratamento ou à adequação à situação clínica do indivíduo.

Embora o termo polifarmácia definido como “o uso de cinco ou mais medicamentos” seja o mais relatado nos estudos, existem diversas definições numéricas de polifarmácia, variando desde “dois ou mais” até “11 ou mais” medicamentos.

Alguns estudos empregaram ainda o termo “polifarmácia excessiva”, definido como o uso concomitante de dez ou mais medicamentos.

Logo, não há uma definição padrão usada de forma consistente e universalmente aceite, o que dificulta a avaliação da efetividade e segurança de um determinado tratamento por parte dos profissionais de saúde e a comparação entre estudos realizados.

Existem 2 padrões diferentes de pacientes polimedicados: um que engloba pacientes com uma patologia mas que necessitam de vários medicamentos, por exemplo esquizofrenia; e outro o paciente com múltiplas comorbidades, onde cada uma necessita de vários fármacos, por exemplo a coexistência de diabetes, hipertensão e dislipidemia.

O segundo perfil é o mais comum entre os idosos e está associado a síndrome de fragilidade.

A polifarmácia constitui um problema de saúde pública nos países desenvolvidos, não só pela elevada prevalência entre os idosos, mas também pela suas consequências e pela tendência crescente.

Nos países desenvolvidos estima-se que 20-40% dos idosos utilizam múltiplos fármacos e no mínimo 90% das pessoas neste grupo recebem pelo menos 1, sendo estimada uma média de 4 por indivíduo. ⁽²⁾

Nas últimas décadas vários estudos monitorizaram o uso fármacos em idosos e todos concluíram um aumento da prevalência da polifarmácia. ⁽³⁾

Um desses estudos avaliou população nos EUA, Europa e Nova Zelândia. Verificou-se que na Suécia a prevalência de polifarmácia em pessoas com mais de 75 anos em 1988 era de 27%, em 2001 era de 54% e em 2006 era de 65%. ⁽³⁾

Nos EUA os estudos realizados mostram aumento da prevalência da polifarmácia, embora os resultados sejam muito diferentes consoante os estudos. ^(3, 4,5)

Num estudo realizado em Portugal na USF AlphaMouro, a prevalência polifarmácia acima 75 anos foi de 62.3 %, com uma média 5,5 medicamentos por utente. Eram utilizados pelo menos 1 MPI em 40,7%, sendo os mais prevalentes: 21,5% BDZ, 20 % IBP, 0,9% antidepressivos tricíclicos e 0,74% AINES. ⁽⁶⁾

Em outros 2 estudos realizados em Portugal em 2 USF diferentes a prevalência polifarmácia acima 65 anos foi de 77% ^(7,8). Na população com mais 75 anos foi de 82,7%, sendo a media 8,2 medicamentos. Pelo menos 1 MPI em 68,7%, sendo os mais prevalentes: IBP 45% , AINES em 34,5% e BDZ em 27,3 %. ⁽⁸⁾

No estudo SABE realizado no Brasil verificou-se 31% de polifarmácia na amostra estudada. Na cidade de Fortaleza 16,5 % dos idosos usava 5 ou mais fármacos. ⁽²⁾

Um estudo realizado na Europa (SHARE) que usou o mesmo método de avaliação em 18 países europeus em pessoas com mais de 65 anos e cujos resultados de prevalência de polifarmácia variaram entre 26% na Suíça e 40% na Republica Checa. ⁽³⁾

Estudo realizado na Austrália a prevalência da polifarmácia entre 2006 a 2017 aumentou de 33,2% para 36,2%. ⁽³⁾

Um estudo semelhante nos cuidados saúde primários na Escócia mostrou aumento da prevalência da polifarmácia entre 1995 e 2010 de 11,4% para 20,8% ⁽⁵⁾.

CONSEQUÊNCIAS DA POLIMEDICAÇÃO E DO USO DE MEDICAÇÃO INAPROPRIADA

A polifarmácia, que usualmente se refere ao uso concomitante de vários medicamentos, é comum entre idosos com várias comorbidades e está associado a um vasto leque de consequências de saúde negativas incluindo: quedas, fragilidade, morte, fraturas, incapacidade, declínio cognitivo, risco de hospitalização.

Para além dos efeitos clínicos não podemos descurar os efeitos na qualidade de vida, na dependência e funcionalidade, nas implicações éticas, económicas, legais e sociais. Na tabela seguinte estão representadas os vários tipos de consequências associadas a polifarmácia.

Consequências Clínicas
<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da aderência terapêutica • Efeitos adversos dos fármacos • Interações medicamentosas • Risco de hospitalização, hospitalização prolongada e de reinternamento após alta • Risco de quedas e suas consequências • Diminuição da funcionalidade • Deterioração da qualidade de vida • Aumento da mortalidade e morbidade
Consequências Legais
<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidade civil em caso de danos ressarcíveis • Responsabilidade penal por imprudência ou diminuição de funções que possam ocasionar dano a vida ou integridade física
Consequências éticas
<ul style="list-style-type: none"> • Deterioração da relação clínica • Perda de confiança na assistência médica
Consequências sociais
<ul style="list-style-type: none"> • Alteração do padrão social do indivíduo
Consequências económicas
<ul style="list-style-type: none"> • Custos diretos: farmácia, consultas, exames, hospitalizações... • Custos indiretos: adaptações no domicílio pela incapacidade, perda de produtividade... • Custos intangíveis: perda da qualidade de vida, deterioração do bem-estar, danos morais...
Consequências políticas e na saúde pública
<ul style="list-style-type: none"> • Medidas legislativas e administrativas • Políticas e planos de saúde

Tabela 1- Consequências da polifarmácia.⁽⁹⁾

É difícil determinar quais as consequências negativas relacionadas diretamente com a polifarmácia, uma vez que estas estão associadas a uma saúde já degradada. O desafio é demonstrar o efeito negativo da polifarmácia, sobre problemas de saúde já existentes e que a polifarmácia pretende tratar. Esta situação constitui um biés denominado: confusão por indicação. ⁽³⁾

A polifarmácia está associada ao aumento do risco e da gravidade da RAM (reações adversas medicamentosas), de precipitar IM (interações medicamentosas), de causar toxicidade cumulativa, de ocasionar erros de medicação, de reduzir a adesão e de elevar a morbidade.

O risco de RAM aumenta 3 a 4 vezes com polifarmácia, podendo simular síndromes geriátricas e ou precipitar quadros de confusão e quedas.

A incidência de erros de medicação como consequência da polifarmácia foi de 15% quando o idoso usa 1 fármaco e eleva-se para 35% quando usa 4 ou mais. ⁽²⁾

A RAM define-se como a resposta a um medicamento que seja prejudicial, não intencional e que ocorre com doses normalmente utilizadas no ser humano. Nos idosos as RAM são um importante problema de saúde pública, cuja relação de risco está bem estabelecida. Estima-se que o risco de hospitalização decorrente de RAM seja 4 a 7 vezes maior em idosos comparando com jovens. ⁽²⁾

Na Europa 20% dos idosos vão aos serviços de urgência por RAM e 10-20% dos internamentos estão associados as mesmas. Embora sejam mais graves nos idosos, muitas vezes nesta população não são identificadas ou relatadas, passando despercebidas. ⁽²⁾

A idade por si só não representa um fator de risco, mas um indicador para a comorbidade, neste grupo a farmacocinética alterada e a polifarmácia são variáveis diretamente associadas a RAM. Em muitos casos o tratamento da RAM inclui a introdução de novos fármacos, elevando o risco de cascata iatrogénica. O ideal quando possível é suspender ou reduzir a dose dos fármacos.

CLASSE TERAPÊUTICA	REAÇÕES ADVERSAS	CONSEQUÊNCIAS CLÍNICAS
AINES	Irritação e úlcera gástrica, nefrotoxicidade	Hemorragia, anemia, insuficiência renal, retenção de sódio.
Anticolinérgicos	Redução da motilidade GI, boca seca, hipotonia vesical, sedação, hipotensão ortostática, visão turva	Obstipação, retenção urinária, confusão, quedas.
Benzodiazepinas	Hipotensão, fadiga, náusea, visão turva, rash cutâneo	Fraturas, quedas, prejuízo na memória, confusão.
B-Bloqueantes	Redução da contratilidade miocárdica, da condução elétrica e da frequência cardíaca, sedação leve, hipotensão ortostática	Bradycardia, insuficiência cardíaca, confusão, quedas.
Digoxina	Redução da condução elétrica cardíaca, distúrbios GI.	Arritmias, náusea, anorexia
Neurolépticos	Sedação, discinesia tardia, redução dos efeitos anticolinérgicos, distonia	Quedas, fraturas, confusão, isolamento social

Tabela 2- Reações adversas

Alguns desses medicamentos envolvidos em RAM e que apresentam graves consequências nos idosos estão representados na tabela 2.

Uma interação medicamentosa (IM) ocorre quando um medicamento influencia a ação de outro.

A gravidade, prevalência e possíveis consequências das interações medicamentosas (IM) e reações adversas estão relacionadas a variáveis como condições clínicas dos indivíduos, número e características dos medicamentos.

Esses fatores são agravados pelo mau uso, não intencional, que ocorre devido a problemas visuais, auditivos e de memória. Deste modo, os idosos representam o grupo mais vulnerável, visto que a maioria das IM ocorre através de processos que envolvem a farmacocinética ou farmacodinâmica. Estima-se que o risco de apresentar IM seja de 13% para idosos que usam dois medicamentos, de 58% para aqueles que recebem cinco, a incidência sobe para 82% quando o número é igual ou superior a sete fármacos.⁽²⁾

Em pacientes de ensaios clínicos observou-se que a média de medicamentos prescritos na alta foi maior (6) do que na admissão (4.5), e que em 47,8% da amostra, o número de IM potenciais identificadas na admissão hospitalar foi igual à da alta.⁽²⁾

No Brasil, num estudo realizado em hospital público mostrou que 61,8% dos idosos apresentaram pelo menos uma RAM, sendo que 15% foram relacionadas à IM potenciais.⁽²⁾

Muitos medicamentos usados por idosos como por exemplo, anti-inflamatórios não esteroides (AINES), beta-bloqueantes, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), diuréticos, digoxina, estatinas, depressores do sistema nervoso central, são potencialmente interativos. Há ainda os indutores (fenitoína, carbamazepina) e inibidores enzimáticos como, por exemplo, omeprazol que, frequentemente, encontram-se envolvidos nas IM, que ameaçam a saúde dos idosos. Apesar do difícil estabelecimento de relação causal, é possível prever algumas IM.

Deste modo, é fundamental que os profissionais conheçam esses medicamentos, com intuito de prevenir eventos adversos decorrentes da combinação terapêutica. A amiodarona e a digoxina usadas por muitos idosos que apresentam doenças cardiovasculares são implicadas em IM graves que podem causar, respetivamente cardiotoxicidade e intoxicação digitálica. Muitas das IM são graves podendo resultar em morte, hospitalização, danos permanentes do paciente ou insucesso terapêutico.

Todavia há IM que não causam dano aparente no idoso, porém o impacto é silencioso, tardio e, às vezes irreversível. A terapia combinada dos AINE e diuréticos tiazídicos, bem como dos IECA e AINE podem causar alteração da função renal, desequilíbrio eletrolítico, além de afetar a eficácia da terapia anti-hipertensiva.

Alguns dos medicamentos, que apresentam características potencialmente interativas estão no quadro seguinte, bem como as respetivas interações potenciais e desfechos clínicos.

MEDICAMENTO	INTERAÇÃO COM:	DESFECHOS CLÍNICOS
Amiodarona	Anticoagulantes Cisaprida Tioridazina	Aumento do efeito anticoagulante Risco de arritmias cardíacas Risco de arritmias cardíacas
AINEs	Beta-bloqueantes Diuréticos tiazídicos (clortalidona, hidroclorotiazida) IECA (enalapril, captopril, lisinopril, ramipril) Anticoagulantes Antidepressivos ISRS (fluoxetina, paroxetina, sertralina)	Redução do efeito hipotensor Aumento do efeito anticoagulante Aumento de reações adversas GI
B-bloqueantes	Bloqueadores canais de cálcio (diltiazem, verapamil, amlodipina) Antidiabéticos orais	Hipotensão Alterações glicêmicas, hipotensão e sedação.
Digoxina	Amiodarona Benzodiazepinas Hidroclorotiazida Furosemida	Intoxicação digitálica
Captopril	Diurético poupador de potássio (espironolactona) Furosemida Antiácidos (hidróxido de Alumínio, Magnésio) Alimentos Sulfato ferroso Fenotiazidas (clorpromazina, flufenazina, prometazina)	Hipercalémia e alterações no ECG Hipotensão Redução do efeito hipotensor Redução do efeito hipotensor (redução da biodisponibilidade em 35-40%) Reações após injeção intravenosa, febre, artralgia e hipotensão. Após via oral redução do efeito hipotensor Efeito aditivo – hipotensão postural

Tabela 3- Interações medicamentosas ⁽²⁾

As RAM e IM são subestimadas no mundo inteiro. Muitos desses eventos não são reconhecidos pelo paciente, familiar e pelos profissionais, especialmente quando a polifarmácia é demasiadamente complexa.

Além disso, muitos profissionais consideram as RAM e IM em termos de desfechos catastróficos como arritmias, convulsões, morte, que embora sejam respostas possíveis, representam somente a ponta do iceberg.

No dia-a-dia, as consequências desses eventos como tontura, sedação, hipotensão postural, quedas, confusão, frequentes em idosos e aparentemente menos dramáticas, podem aumentar o perfil de morbidade deste grupo etário.

Não existem ferramentas ou estratégias validadas que mostrem ser superiores em melhorar ou reduzir o impacto negativo da polifarmácia.

Uma revisão baseada na evidência em 2018 da Cochrane não consegue mostrar que as intervenções para reduzir medicação inapropriada atenuem o impacto negativo da polifarmácia.

(10)

FATORES DE RISCO PARA POLIFARMÁCIA

Polifarmácia é identificada na maioria dos idosos especialmente nos que são seguidos por vários médicos de especialidades diferentes e que não tem médico de família. Também os que estão institucionalizados estão mais vulneráveis, normalmente fazem parte de populações mais frágeis, dependentes, com multipatologias e com disfunção cognitiva associada.

Estudos mostram que 91 % destes pacientes usam 5 ou mais fármacos diariamente. ⁽¹⁰⁾ Outras pessoas mais jovens mas com patologias como dor crónica, diabetes doença cardiovascular, neoplasia, patologia psiquiátrica, também estão mais propensos a polifarmácia.

No quadro seguinte estão identificados fatores que estão associados a polifarmácia e que dependem do paciente, dos profissionais e do sistema de saúde.

Dependentes do paciente
<ul style="list-style-type: none"> • Fatores biológicos: <ul style="list-style-type: none"> • Idade superior a 70 anos • Mulher • Fragilidade
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de fármacos específicos: ansiolíticos, sedativos, antidepressivos, analgésicos, anti espasmódicos.
<ul style="list-style-type: none"> • Morbilidades associadas: 3 ou mais doenças crónicas, doenças respiratórias, doenças cardiovasculares, diabetes...
<ul style="list-style-type: none"> • Fatores psicológicos: ansiedade, depressão, má perceção sobre a sua saúde, pobre capacidade de adaptação perante a doença, medo efeitos da suspensão
<ul style="list-style-type: none"> • Fatores sociais: baixo nível educativo e socioeconómico, solidão, situação de dependência, viver em zona rural.
<ul style="list-style-type: none"> • Residir ERPI
Dependentes do sistema de saúde e dos profissionais de saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Contato com sistema saúde nos últimos 3 meses
<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalização prévia
<ul style="list-style-type: none"> • Consultas em várias especialidades, com vários prescritores
<ul style="list-style-type: none"> • Frequentar diferentes farmácias
<ul style="list-style-type: none"> • Não ter médico de família
<ul style="list-style-type: none"> • Maus registos clínicos
<ul style="list-style-type: none"> • Má transição de cuidados

Tabela 4 – Fatores determinantes da polimedicação ^(9,10)

FERRAMENTAS DE APOIO À POLIFARMÁCIA

As reações adversas aos fármacos (ADRs) representam um problema sério e crescente nos idosos. A polifarmácia e a prescrição inapropriada são fatores de risco conhecidos para reações adversas, que conseqüentemente podem originar conseqüências negativas nos idosos.

O uso inadequado de medicamentos em idosos que sofrem de múltiplas doenças constitui um problema de saúde pública devido ao seu impacto na morbidade, na qualidade de vida e no uso acrescido de recursos de saúde.

Consideram-se medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) aqueles cujo potencial risco é superior ao potencial benefício, especialmente quando existem alternativas disponíveis mais eficazes.

O uso de MPI é um desafio à saúde pública tendo em conta as elevadas taxas de prevalência em diversos contextos de saúde e têm sido associados a um maior risco de reações adversas. Com o objetivo de reduzir o uso de MPI nesta população têm sido desenvolvidas ferramentas que permitem avaliar a medicação utilizada, identificar fármacos potencialmente inapropriados e desenvolver estratégias para reduzir a sua utilização.

As ferramentas/ critérios existentes podem ser classificados como explícitos, implícitos ou mistos.

Os explícitos constituem listas de medicamentos que podem ser aplicados com a mínima informação e julgamento clínico, não abordando as diferenças individuais entre os doentes. São rígidos e fáceis de aplicar para decisões rápidas. São focados em fármacos ou em classes terapêuticas potencialmente inapropriadas. A complexidade dos pacientes não é tida em conta no processo de decisão.

Estes critérios permitem comparar a lista dos medicamentos prescritos com uma lista de medicação potencialmente inapropriada, avaliar duplicação de medicação, avaliar interações, avaliar necessidade de ajustamento de dose perante certas condições clínicas.

São exemplos: os Critérios de Beers, Lista EU-PIM, critérios START e STOPP, DBI (Drug Burden Index), Critérios Austríacos, Critérios Taiwan, PRISCUS, Critérios de NORGE⁽¹⁾.

Os critérios implícitos consideram regime terapêutico do doente e são baseados no julgamento de um profissional de saúde, sendo específicos para o doente.

Estes são complexos e consomem mais tempo, pois são baseados em critérios clínicos individuais, são centrados nos pacientes e consideram a sua complexidade. São úteis para investigação, mas pouco úteis na prática clínica.

São exemplos de ferramentas implícitas: Good Palliative-Geriatric Practice Algorithm (GP-GP), Medication Appropriateness Index (MAI), ACOVE.

CRITERIOS DE BEERS

Apesar de não existirem critérios nacionais, Soares et. al publicaram em 2008 a operacionalização dos critérios de Beers para Portugal.

Os critérios de Beers são uma ferramenta de critérios explícitos desenvolvida pela Sociedade Americana de Geriatria e têm vindo a sofrer diversas alterações ao longo dos anos, sendo a última atualização de 2019.

Os critérios incluem uma lista de fármacos considerados potencialmente inapropriados nos idosos, pelo risco de eventos adversos. Os fármacos estão agrupados em cinco categorias: os potenciais inapropriados na maioria dos idosos; os que devem ser evitados nos idosos com certas condições; fármacos a ser usados com precaução; interações medicamentosas e fármacos com necessidade de ajuste pela função renal.

Os critérios de Beers incluem vários fármacos e classes que já não estão disponíveis em vários países da Europa, incluindo Portugal. Não tem em conta interações ou duplicação terapêutica, não tem em conta omissões potencialmente inapropriadas (PPO).

A última atualização de 2019 teve as seguintes alterações:

- Evitar uso de opióides e outros fármacos com ação no SNC como BDZ ou gabapentinoides, devido ao risco de sobredosagem e sedação severa, que podem originar depressão respiratória e morte;
- Usar com precaução trimetropim-sulfametoxazol em quem esteja a tomar IECAS ou ARAll, ou em pacientes com redução TFG, pelo risco de hipercaliemia;
- Evitar antagonistas recetores H2 em doentes com delírio;
- Uso com precaução de aspirina em prevenção primária de DCV ou prevenção CCR em pacientes com mais de 70 anos, pelo risco hemorrágico;
- Evitar uso de antidepressivos SNRI em pacientes com história de quedas ou fraturas;
- Evitar regimes intensivos de insulina pelo risco de hipoglicemias, preferir insulina basal ou de longa duração.

Os critérios de Beers são suportados pela evidência, mas a sociedade Americana de Geriatria aconselha os médicos a considerar vários fatores quando prescrevem, incluindo o senso comum e clínico, compreendendo que não é possível seguir sempre os critérios e recomendações.

Vários estudos mostram que alguns fármacos considerados pelos critérios de Beers como inapropriados são utilizados em larga escala em todo o mundo.

LISTA EU-PIM⁽¹¹⁾

Em 2015, foi criada a lista EU (7)-PIM, uma ferramenta de critérios explícitos, desenvolvida por especialistas de sete países europeus (Alemanha, Finlândia, Estónia, Holanda, França, Espanha e Suécia) que permite a identificação e comparação de PIM em idosos nestes países.

O processo de desenvolvimento da lista EU (7)-PIM teve por base a participação de vários especialistas europeus em rondas por método Delphi.

A lista final é constituída por 282 PIM, sendo que 275 correspondem a substâncias ativas (código ATC - Anatomical Therapeutic Chemical Classification de sete dígitos) e sete classes de medicamentos (código ATC de cinco dígitos), pertencentes a 55 classes terapêuticas e 34 grupos terapêuticos.

Alguns critérios de inclusão de PIM foram definidos tendo em conta a dose, o tempo de uso ou o esquema terapêutico. Nesta lista podemos também encontrar duas categorias de medicamentos: a categoria A que define os PIM que devem ser evitados na população idosa em qualquer circunstância, e a categoria B que define substâncias ativas como PIM apenas no caso de certas condições clínicas ou comorbilidades.

Da operacionalização da lista EU(7)-PIM para a realidade portuguesa obteve-se uma lista de critérios explícitos, dividida em três categorias: (i) substâncias ativas (código ATC de sete dígitos) com 178 PIM, (ii) classes de medicamentos (código ATC de quatro ou cinco dígitos) com cinco PIM, e, (iii) esquema terapêutico sliding scale usado nas insulinas, identificado como um PIM. ⁽⁷⁾

A lista completa estão presentes 47 classes terapêuticas (código ATC de quatro dígitos) e 30 grupos terapêuticos (código ATC de três dígitos). Segundo a classificação ATC, os grupos anatómicos com maior número de PIM são o N – sistema nervoso (n = 72), o grupo C – sistema cardiovascular (n = 29), A – aparelho digestivo, insulinas, antidiabéticos e glucagon (incluindo insulinas em esquema terapêutico sliding scale) (n = 28).

CRITÉRIOS START/STOP

Os critérios START e STOPP são utilizados para identificar medicação que pode ser inapropriada - PIMS (STOPP) ou medicação que pode ser iniciada de forma segura para tratar uma doença - PPO(START).

Foram inicialmente publicados em 2008 e tiveram última atualização em 2015. Estes critérios estão organizados de acordo com sistema fisiológico e grupo terapêutico. ⁽¹²⁾

Estes critérios incluem uma lista de PIMS –STOPP e de PPO-STARTT.

A versão 2 também inclui outras categorias muito relevantes nos idosos; fármacos que aumentam risco de quedas: analgésicos, opióides, antimuscarínicos, sedativos.

Os critérios START/STOPP foram criados especificamente para utilizar na lista terapêutica de idosos com multimorbilidade, com maior risco de polifarmácia e de sofrerem efeitos de prescrição inapropriada e de efeitos adversos dos fármacos. ⁽¹²⁾

Uma adaptação destes são os **Crítérios STOPP FRAIL** que foram desenvolvidos para ajudar os clínicos na decisão de desprescrição em idosos que se aproximam do fim de vida. ^(13,14)

Os critérios consistem em 27 indicadores com foco na prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados em particular nos idosos.

MAI (MEDICATION APPROPRIATENESS INDEX)⁽¹⁵⁾

O MAI mede a adequação da prescrição de acordo com 10 pontos considerados essenciais para uma prescrição apropriada, constando desses os seguintes: baixo custo, duração adequada do tratamento, existência/ausência de indicação, eficácia de acordo com as diretrizes, indicações práticas e corretas e ausência de duplicação terapêutica e de interações.

Cada critério possui definições operacionais que permitem avaliar um medicamento como "apropriado", "marginalmente apropriado" ou "inapropriado".

Cada classificação na categoria "inapropriada" recebe uma pontuação ponderada que gera uma medida de inadequação para cada medicamento. Esta pontuação varia de 0 a 18, ou seja, uma medicação que atende todos os 10 critérios de inadequação recebe a pontuação máxima de 18.

Este método é vantajoso uma vez que tem um largo espectro de aplicabilidade em ambulatório e está validado cientificamente.

No entanto, consome muito tempo, demorando no mínimo 10 minutos por medicamento para o aplicar e não tem em conta a subutilização de medicamentos, como os critérios START, por exemplo ⁽¹⁰⁾.

LISTA PRISCUS

A lista PRISCUS foi desenvolvida na Alemanha e tem por base uma análise a outras listas de PIM com origem em diferentes países e uma revisão da literatura para identificação de RAM.

Desta pesquisa resultou o desenvolvimento de uma lista preliminar de PIM em idosos, adaptada aos medicamentos que são comercializados na Alemanha e, posteriormente, por consenso obteve-se a lista PRISCUS final.

Esta lista é constituída por 83 medicamentos, agrupados em 18 classes de medicamentos classificados como PIM em idosos.

Para casos em que a administração de um PIM é clinicamente necessária, a lista PRISCUS final contém recomendações para prática clínica, para o seguimento de parâmetros laboratoriais, bem como alternativas terapêuticas.

GOOD PALLIATIVE-GERIATRIC PRACTICE ALGORITHM

The Good Palliative-Geriatric Practice algorithm é uma ferramenta, criada em 2004, com o objetivo de reduzir a polimedicação em idosos.

Este método combina a medicina baseada em evidências com julgamento clínico e dá prioridade a questões éticas e às preferências do doente/família.

Este método, implementado em residências para idosos, provou com eficácia que não só é possível a redução da polimedicação, mas também a melhoria da qualidade de vida do doente. A principal vantagem do método é a facilidade de aplicação para qualquer local onde seja realizada uma intervenção do género.

No entanto, requer conhecimento científico atualizado sobre os medicamentos e habilidades de avaliação crítica para cada doente. A aplicação do método requer o consentimento informado para limitar ao máximo o número de “nonlife-saving drugs”.

SWEDISH NATIONAL BOARD OF HEALTH AND WELFARE

O Swedish National Board of Health and Welfare é uma base de dados criada com o intuito de agregar toda a informação referente aos cuidados de saúde; informação científica atualizada relevante; relatórios periódicos sobre o funcionamento dos sistemas de saúde do país; apoio ao desenvolvimento de métodos de melhoria em saúde; monitorizar e avaliar o impacto de reformas e outras decisões políticas em matéria de saúde; emitir diretrizes nacionais de cuidado e tratamento e regulamentos ou conselhos gerais (em serviços médicos e de saúde, prevenção de doenças transmissíveis, saúde ambiental e serviços sociais); entre outras atividades de extrema pertinência para um serviço de saúde organizado e abrangente a toda a população.

Uma das funcionalidades desta base de dados é o Swedish Prescribed Drug Register que contém informações sobre todos os medicamentos prescritos dispensados nas farmácias desde 2005.

O Swedish Prescribed Drug Register estabelece indicadores de qualidade sobre o uso de medicamentos em idosos, criados a partir da literatura internacional.

Estes indicadores integram a seguinte informação: fármaco-específica (recomendações de qualidade em relação à escolha do fármaco, da posologia, da dose e combinações entre fármacos) e diagnóstico-específica (descreve o uso racional, irracional e inapropriado de medicação em pessoas idosos).

DBI (DRUG BURDEN INDEX)

O DBI é uma ferramenta que avalia o risco de efeito sedativo e anticolinérgico de fármacos em idosos. Alguns dos fármacos muito prescritos nos idosos, tem efeito sedativo e anticolinérgico, estando associados a vários efeitos adversos como agravamento da função cognitiva e disfunção funcional. Os efeitos colinérgicos são: boca seca, obstipação, visão turva, taquicardia, confusão mental.

A evidência mostra que os benefícios destes fármacos não ultrapassam os riscos associados.

O DBI mede o efeito cumulativo de exposição a anticolinérgicos e sedativos, nas funções física e cognitiva dos idosos.

Existe uma fórmula matemática que calcula o DBI sendo atribuído um score de 0 a 1 a cada fármaco. O score também depende da dosagem de cada fármaco.

Quanto maior for DBI maior risco de hospitalização e de dias de internamento, maior risco de delírio e de readmissão hospitalar. Este indicador já foi validado para vários países.

No futuro poderá ser integrado na prática clínica em software, ferramentas de prescrição e incluído em estudos. ^(16,17)

DESPRESCRIÇÃO

Uma das principais estratégias contra a polifarmácia é um conceito atual e cada vez mais usado, a desprescrição.

Existem várias definições para desprescrição, como um processo sistemático para identificar e descontinuar medicação em situações onde existe o risco de potencial prejuízo ou onde o benefício não é claro, tendo em conta objetivos individuais do paciente, o nível funcional, a expectativa de vida, os valores e preferências individuais.

A desprescrição faz parte do contínuo do processo de prescrição, que começa com iniciar uma terapia, titular doses, mudar ou adicionar outros fármacos, trocar ou sessar terapêuticas. Os médicos devem identificar e priorizar medicação para descontinuar e discutir o assunto com os pacientes e ou cuidadores.

Desprescrever não é negar um tratamento efetivo a um paciente. É um processo positivo, uma intervenção centrada no paciente, com incertezas, que necessita uma decisão partilhada, com consentimento informado e monitorização apertada, tal como se faz ao se iniciar uma terapêutica nova.

Envolve diagnosticar um problema (uso fármaco inapropriado), tomar uma decisão terapêutica (suspender fármaco com monitorização) e modificar a história natural (reduzir a incidência de efeitos adversos como: quedas, morte prematura, internamentos....).

É um processo onde se tem de ter em conta o risco do efeito individual de um fármaco, mas também o risco cumulativo de vários fármacos e associadas as interações, relacionadas com a farmacocinética e farmacodinâmica.

A desprescrição é um processo ativo, que envolve uma mudança de atitude e de paradigma não só dos prescritores, mas também dos sistemas de saúde, guidelines, sociedades médicas e de outros profissionais de saúde.

EVIDÊNCIA DE EFICÁCIA NA DESPRESCRIÇÃO

Uma revisão sistemática de estudos de desprescrição nos CSP mostrou que os psicotrópicos e IBP são 2 classes com baixas taxas de sucesso, apesar o aumento das intervenções para a sua suspensão e a evidência de segurança na suspensão destes fármacos. Isto demonstra que é necessária uma abordagem holística, incluindo a identificação das barreiras que podem impedir o sucesso da desprescrição.⁽⁵⁾

Uma revisão sistemática de 31 ensaios clínicos com classes específicas de fármacos em pessoas com mais de 65 anos, demonstraram que em grupos de pacientes selecionados e com medidas educacionais associadas, a descontinuação com monitorização de anti-hipertensores, psicofármacos, e benzodiazepinas pode ser feita de forma eficaz sem prejuízo em 20-100% dos pacientes dos estudos.⁽¹⁸⁾

A suspensão de benzodiazepinas e psicofármacos mostrou redução nas quedas e melhoria cognitiva e motora numa revisão mais recente.⁽¹⁸⁾

Outros 9 ensaios mostraram segurança na suspensão de antipsicóticos utilizados no controlo de sintomas psicológicos e comportamentais em 80 % de idosos com demência. ⁽¹⁸⁾

Um estudo realizado na Austrália com suspensão de hipertensores em idosos, mostrou que ao fim de 1 ano, 37% se mantinham normotensos. ⁽¹⁸⁾

Noutro estudo observacional a suspensão de anti-hipertensores inapropriados, mostrou redução de eventos cardiovasculares e morte, durante um seguimento de 5 anos. ⁽¹⁸⁾

Uma análise da Cochrane em 2013 que incluiu 5 ensaios clínicos randomizados, onde foram realizadas revisões terapêuticas por médicos, farmacêuticos e outros profissionais, envolvendo 1186 participantes, demonstrou uma redução de 36% em idas ao serviço de urgência durante seguimento de 30 dias a 1 ano. Não mostrou efeito em readmissões ou na mortalidade.

Num projeto de desprescrição realizado nos EUA em 2019 com população geriátrica em Nova Iorque, mostrou que esta foi eficaz em 90% das consultas, tendo sido suspensos em média 1,3 fármacos por consulta. Os que tiveram mais sucesso foram: analgésicos (32,2%), multivitamínicos (29,7%), estatinas (22,9%), anti-histaminicos(46,7%) e inibidores bomba de protões(26,2%).⁽⁴⁾

Fármacos como antipsicóticos, antidepressivos e colírios mostraram ser mais difíceis de suspender.

A evidência tem mostrado que a desprescrição é segura e fazível, e que esta pode reverter alguns riscos associados a polifarmácia como a redução de quedas em idosos que já tiveram uma queda inicial. ⁽¹⁾

Infelizmente a maioria dos estudos não mostra influencia na redução de vários efeitos negativos, como por exemplo na mortalidade. ⁽¹⁾

No geral os estudos são muito heterogéneos nas suas intervenções, na avaliação do número de fármacos, na análise e decisão de fármacos inapropriados. Nem sempre avaliam sobre uso de fármacos necessários, uso excessivo de fármacos desnecessários, a qualidade metodológica é variável, pouco impacto reportado na saúde e seguimento muito curtos.

No geral a evidencia mostra que desprescrever é fazível, seguro, e em muitos casos benéfico.

Nos poucos estudos que referem consequências em saúde, os efeitos positivos referidos foram verificados quando a revisão dos fármacos feita pelos médicos e foi acompanhada com cuidados paliativos envolvendo discussão entre família e equipas dos cuidados de saúde primários.

Não existe evidência que a redução estruturada do número de fármacos, face a descontinuação de PIMs melhore os resultados em saúde.

As guidelines indicam como iniciar terapêutica mas raramente abordam a questão da descontinuação. A prescrição sensata é tão importante quanto a desprescrição sensata.

Os médicos devem considerar a desprescrição como uma intervenção terapêutica, onde é fundamental considerar as perspetivas e objetivos terapêuticos do paciente/ cuidador, tendo

em conta as prioridades face a evolução clínica das doenças, prevenir declínio clínico e controlo de sintomas.

Apenas um terço dos idosos discute as suas prioridades face a sua saúde e relativas as suas patologias, com o seu médico de família.⁽¹⁰⁾ No entanto eles estão abertos a discutir e aceitar descontinuação terapêutica se o seu médico abordar esse assunto e recomendar.

Quando se considera desprescrição deve ser feito um plano com o paciente e um seguimento adequado.

BARREIRAS À DESPRESCRIÇÃO

Apesar da aceitabilidade da ideia de desprescrição foram identificadas muitas barreiras relacionadas com o prescritor, com o utente e com o sistema de saúde.

A maior, é a barreira emocional e psicológica: a crença da sociedade e do sistema de saúde que em cada interação entre o médico e o paciente tem de culminar na prescrição de um fármaco.

Desprescrição é uma intervenção bem aceite pelos idosos, mais de 90% aceitariam suspender medicação caso o seu médico dissesse que tal seria possível.⁽¹⁾

Vários são os fatores relativos aos médicos e aos pacientes que tem influência neste processo e na vontade de implementação.

Uma barreira que influencia ambas as partes está associada com o tempo limitado das consultas, que interfere com a comunicação e com a necessidade de monitorização do processo.

A vontade dos idosos é influenciada pela opinião que tem sobre a necessidade/benefício de determinado tratamento, bem como de experiências passadas de suspensão de fármacos. Idosos mais adversos a tomar fármacos aceitam mais facilmente a ideia de descontinuação de terapêuticas.

As barreiras incluem o medo de voltar a ter os sintomas ou doença inicial, medo de efeitos secundários após suspensão da medicação. Uma das forma de aliviar esses receios, é tranquilizar os pacientes e assegurar a possibilidade de voltar a tomar o fármaco caso seja necessário.

Uma das principais barreiras para os prescritores é a ausência/ insuficiência de orientações clínicas que suportem os processos decisivos: saber quando é o tempo ideal, qual o paciente ideal.

Um estudo realizado no Reino Unido a nível CSP mostrou que os médicos preferem manter a medicação em pacientes com polifarmácia.⁽⁵⁾ Um fator identificado está relacionado com as limitações associadas a falta de conhecimentos ou de experiência, que levam a falta de confiança no processo.

A perceção muitas vezes errada que os pacientes serão resistentes à desprescrição, o medo que seja considerado como um “abandono” dos cuidados, o medo que leve a um retorno dos sintomas ou agravamento das patologias, medo do efeito “rebound “ após suspensão de alguns fármacos são outras barreiras identificadas.

Como facilitador da desprescrição esta a percepção do risco de continuar a medicação exceder o risco da desprescrição. A confiança da desprescrição advém da existência de guidelines, de experiência, competência, treino, uso de sistemas de suporte para identificar medicação inapropriada, comunicação com outros profissionais e com os pacientes/cuidadores.

Muitas vezes a transição de cuidados pode ser um momento importante para conciliar e repensar terapêutica. Mas a suspensão de fármacos a nível hospitalar, sem uma comunicação e interação adequada com os pacientes, cuidadores e médicos assistentes, poderá não ser bem-sucedida a longo prazo.

A identificação das barreiras irá facilitar o processo de desprescrição e ajudará a identificar quais os fármacos a suspender em primeiro lugar.

Existem várias estratégias que já foram identificadas e que poderão ser uma ajuda importante no processo de desprescrição:

- Questionar a vontade dos pacientes e cuidadores e identificar fármacos que eles pretendam suspender;
- Promover a comunicação entre todos os intervenientes na prestação de cuidados, para que não existam preocupações, perante a suspensão de fármacos prescritos por outros médicos;
- Criar sistemas e programas que permitam identificar medicações que devem ser suspensas, ou pacientes que são candidatos a suspender medicação;
- Promover atividades e recomendações que visem a desprescrição envolvendo equipas multidisciplinares;
- Desenvolver ensaios clínicos e estudos que incluam o processo de desprescrição.

No quadro seguinte estão identificadas as principais barreiras à desprescrição, relacionadas com o prescritor, paciente e sistema de saúde.

Potenciais barreiras para desprescrever

Relacionadas com prescritor

- Ausência de guidelines e de suporte
- Assunção que o paciente/cuidador não está interessado
- Ausência de tempo
- Crenças sobre benefício e risco de medicação
- Ausência de evidência
- Registos médicos incompletos
- Inércia clínica
- Ausência de conhecimentos e de capacidade
- Necessidade de múltiplas consultas e contactos com utente
- Relutância em suspender medicação iniciada por outros médicos

Relacionadas com o paciente

- Ausência de capacidade de decisão
- Dificuldade de compreensão e de comunicação
- Necessidade de apoio pelo cuidador
- Desalinhamento dos objetivos de tratamento com o médico
- Medo de efeitos após suspensão de fármacos
- Medo de agravamento da sua situação clínica
- Experiências negativas

Relacionados com o sistema de saúde

- Ausência de coordenação entre os vários intervenientes
- Ausência de registos eletrónicos integrados
- Dificuldade na comunicação entre os facilitadores
- Fragmentação de informação durante transição de cuidados

Tabela 5- Barreiras à desprescrição

PROCESSO DE DESPRESCRIÇÃO

Vários fluxogramas tem sido criados para ajudar o processo de tomada de decisão.

Existem listas que identificam medicação com alto risco nos idosos e que podem ser um ponto de partida no processo de decisão.

Existem vários recursos disponíveis que os médicos podem utilizar e que servem para identificar potenciais problemas com a medicação prescrita, que estão identificados na tabela seguinte.

Ferramentas	Comentários
Critérios de Beers	Lista de medicação com potencial risco nos idosos e alternativas
Instituto de investigação Bruyere e Site Canadano de desprescrição http://deprescribing.org	Guidelines, fluxogramas, algoritmos para desprescrição de vários grupos de fármacos(inibidores bomba de protões, antidiabéticos, antipsicóticos, benzodiazepinas, inibidores de colinesterases, memantina)
Epocrates http://epocrates.com	Verifica interações entre fármacos, incluindo produtos “naturais”
Medstopper http://medstopper.com	Permite avaliar na lista de medicação se existem recomendações de medicação que deve ser suspensa ou substituída
Cuidados de saúde primários da Tasmânia https://www.primaryhealthtas.com.au/resources/deprescribing.resources/	Apresenta orientações para desprescrição de vários fármacos utilizados

Tabela 6 – Ferramentas de apoio à desprescrição. ^(10,19)

Os estudos sugerem que intervenções de desprescrição centradas no paciente são mais eficazes.

Os pacientes mostram-se interessados na redução do número de fármacos se o seu médico colocar essa hipótese.

Envolver o paciente/cuidador nesse processo é fundamental, terá que ser uma tomada de decisão partilhada entre todos os intervenientes e se possível incluir uma equipa multidisciplinar: médico, enfermeiro, farmacêutico, que ajudará a monitorizar o processo e contribuir para o sucesso da intervenção.

A literatura inclui várias abordagens para desprescrição, este processo pode desenvolver-se em vários locais e ter como alvo diferentes populações. (idosos, pacientes em fim de vida, pacientes com cancro, pacientes com HIV, com doença renal crónica, com disfunção cognitiva...)

PRINCÍPIO DE WOODWARD PARA DESPRESCREVER

Na ausência de um processo gold standart para desprecrever, Woodward foi pioneiro em 2003 e desenvolveu um processo com 5 princípios: ^(5,20)

- 1 Rever toda a medicação atual
- 2 Identificar potencial medicação que será alvo de suspensão
- 3 Planificar a desprescrição
- 4 Planear em parceria com o utente/cuidador/médico e outros profissionais de saúde
- 5 Avaliação e monitorização regular do processo

Este processo necessita um seguimento cuidadoso.

Existem estratégias que podem ajudar a identificar potenciais problemas com medicação e fármacos a serem suspensos: ⁽²¹⁾

- 1- Problemas associados a regimes que os utentes não conseguem seguir:
 - Não aderência reportada pelo paciente/ cuidador
 - Custo elevado medicação
 - Ausência de suporte social em pacientes com deficit cognitivo
 - Evidência de não toma de fármacos (através de farmácia, registos eletrónicos...)
- 2- Regimes que incluem fármacos sem evidência de benefício;
- 3- Regimes terapêuticos que colocam paciente em risco de efeitos adversos:
 - Medicação considerada inapropriada pelos critérios de Beers ou START/STOP
 - Polifarmácia
 - Controlo muito apertado da diabetes (HB A1C < 7,5 I% em pacientes com mais de 2 co morbilidades; HbA1C < 8% em pacientes com deficit funcional ou com esperança de vida < 5 anos)
 - Controlo muito apertado dos valores tensionais em pacientes com diabetes (< 130/80)
 - Tratamento hipertensão que resulte em hipotensão ortostática
- 4- Regimes que não estão de acordo com os objetivos do paciente:
 - Paciente reporta efeitos adversos da medicação
 - Paciente reporta que o regime terapêutico não está a atingir os objetivos pretendidos

Avaliar toda a medicação atual e a sua indicação é um dos primeiros passos.

Os pacientes devem trazer uma lista com toda a medicação que estão a tomar, incluindo suplementos, deve-se questionar a aderência sem juízos de valor e determinar motivos de não aderência.

Devem-se consultar registos clínicos e diagnósticos prévios que fundamentem ou não as prescrições.

Determinar o risco e o benefício de acordo com os fármacos e o paciente. É importante avaliar a esperança de vida, as comorbilidades, a existência de fragilidade.

Relativamente à prescrição atual deve-se avaliar a existência de fármacos prescritos para uma patologia não confirmada, que não são eficazes ou que não conferem benefício adicional após um certo período de tempo ou idade; Fármacos prescritos para tratar um efeito adverso; Fármacos que devem ser evitados nos idosos; Identificar fármacos que originam determinados efeitos adversos bem conhecidos. Medicação sem indicação, duplicação, dose inapropriada (função renal, hepática, idade....), interações com fármacos, alimentos ou doenças.

É importante questionar se a medicação teve influência nos sintomas e se querem manter a sua toma; questionar eventuais efeitos secundários. Alguns fármacos são usados para tratar situações transitórias e que podem responder a medidas não farmacológicas.

Questionar expectativas e preferências do paciente e da família, preocupações face a medicação.

É fundamental Identificar outros problemas associados com a medicação: tamanho, custo, número, dose.

Identificar fármacos que não são benéficos ou que podem provocar danos na restante esperança de vida.

Nesta fase existem varias ferramentas, já abordadas anteriormente e que são uteis na identificação de medicação potencialmente inapropriada nos idosos, como critérios de BEERS ou critérios STOPP.

Após identificar os vários fármacos potencialmente candidatos a desprescrever há que priorizar a sua suspensão e elaborar um plano, que deverá ser discutido com o paciente e ou cuidador.

As suspensões deverão ser bem fundamentadas de forma a ser atingido um consenso.

Deverá suspender-se um fármaco de cada vez, começando com fármacos que não provocam efeitos rebound, fármacos com mais prejuízo que beneficio, fármacos fáceis de parar e respeitando a vontade do paciente.

O plano deve ser difundido entre todos os intervenientes (cuidadores, profissionais, familiares).

Após a sua implementação deve ser agendada nova consulta de reavaliação e monitorização do processo. O paciente deverá ter forma de contactar com o médico caso surja algum problema ou dúvida, por exemplo contacto telefónico ou e-mail.

Para alguns fármacos onde são mais frequentes efeitos rebound o paciente deverá ser instruído de como deverá proceder ou até mesmo retomar a medicação caso os sintomas surjam e sejam incapacitantes.

Na tabela seguinte está resumido o processo de desprescrição segundo Scott em 5 passos.

Processo de Desprescrição	
Passo principal	Descrição do processo
1. Determinar toda a medicação atual e a sua indicação	<p>Pacientes devem trazer lista com toda a medicação que estão a tomar, incluindo suplementos;</p> <p>Questionar aderência sem juízos de valor e determinar motivos de não aderência</p>
2. Considerar risco individual e determinar a intensidade da desprescrição	Determinar o risco de acordo com os fármacos e paciente
3. Avaliar o potencial de descontinuidade de cada fármaco	<p>Fármacos prescritos para uma patologia não confirmada, ,não são eficazes ou que não conferem benefício adicional após um certo período de tempo ou idade;</p> <p>Fármacos prescritos para tratar um efeito adverso</p> <p>Fármacos que devem ser evitados nos idosos</p> <p>Identificar fármacos que originam determinados efeitos adversos bem conhecidos</p> <p>Questionar se a medicação teve influência nos seus sintomas e se querem manter a sua toma</p> <p>Questionar eventuais efeitos secundários</p> <p>Fármacos usados para tratar situações transitórias e que podem responder a medidas não farmacológicas</p> <p>Questionar expectativas e preferências</p> <p>Questionar preocupações face a medicação</p> <p>Identificar outros problemas associados com a medicação: tamanho, custo, nº doses...</p> <p>Identificar fármacos que não são benéficos ou que podem provocar danos na restante esperança de vida</p>
4. Priorizar fármacos a desprescrever	<p>Fármacos com mais prejuízo que benefício</p> <p>Fármacos fáceis de parar, sem efeito rebound</p> <p>Vontade do paciente</p>
5. Implementação e monitorização do plano de desprescrição	<p>Discutir o plano com o paciente e obter acordo e consentimento</p> <p>Parar 1 fármaco de cada vez</p> <p>Começar com fármacos que não provocam efeitos rebound</p> <p>Difundir o plano entre todos os intervenientes (cuidadores, profissionais, familiares)</p> <p>Fundamentar o plano</p>

Tabela 7 O processo de desprescrição – adaptado Scott⁽²¹⁾

EFEITOS ADVERSOS APÓS SUSPENSÃO DE FARMACOS

Os efeitos adversos que surgem após a suspensão de fármacos, são sinais ou sintomas, clinicamente significativos provocados pela suspensão da medicação: efeito rebound, sintomas fisiológicos da suspensão ou retorno dos sintomas originais.

Podem ser causados pelo retorno da situação médica inicial que o fármaco foi utilizado para tratar (indica que a medicação tinha um efeito positivo) ou por alteração fisiológica provocada pela medicação (reação pela suspensão/ efeito psicológico). Estes 2 tipos podem ser difíceis de diferenciar.

A maioria não são graves, mas em 1% podem levar a procurar urgência hospitalar. ⁽¹⁾Cerca de 50% estão associados a terapêutica da área cardiovascular, do sistema nervoso central ou gastrointestinal. A titulação gradual (desmame) e a monitorização cuidadosa podem reduzir o risco de fenómenos rebound ou dos efeitos fisiológicos da sua suspensão.

As reações fisiológicas podem manifestar-se como sintomas similares aos que o fármaco serve para tratar (por exemplo hipertensão rebound após suspensão de antagonista alfa; ansiedade após suspensão ansiolítico) ou como um novo sintoma (por exemplo náuseas e fraqueza após suspensão de corticoterapia). Um exemplo de efeito fisiológico após suspensão é a hipersecreção ácida após suspensão de IBP após uso prolongado.

Outros efeitos relatados são exacerbações das patologias pré-existentes para as quais a medicação foi inicialmente utilizada ou efeitos psicológicos após suspensão.

Varias classes de medicamentos estão associadas a efeitos após suspensão: corticoides, medicação que atua SNC (antidepressivos, antiparkinsonicos, antipsicóticos, benzodiazepinas, opióides).

Efeitos secundários após suspensão de fármacos são comuns nos idosos.

Num estudo observacional durante 1 ano após suspensão de fármacos, a prevalência de efeitos secundários foi de 26%, sendo que 42% foram efeitos associados a medicação cardiovascular e 18% a medicação do SNC. ⁽²²⁾

Estes efeitos podem ser reduzidos ou prevenidos fazendo desmame, ou seja a redução gradual da dose até suspensão.

Uma revisão sistemática de 7 publicações de intervenções para desprescrever benzodiazepinas e outros hipnóticos em idosos, mostrou que o desmame é a melhor estratégia para minimizar efeitos adversos de suspensão. Contudo não existe grande consenso de qual a melhor forma de realizar o desmame nesses casos. ⁽²²⁾

Esta conclusão é válida para várias classes de fármacos onde a redução gradual é recomendada.

Para minimizar este problema são necessárias guidelines para a desprescrição que incluam como realizar o desmame dos fármacos e que devem ter em conta a semivida dos fármacos, farmacocinética, farmacodinâmica.

A redução gradual pode ser utilizada para prevenir efeitos associados a suspensão não só para reduzir o desconforto do paciente, mas também para distinguir efeitos fisiológicos dos sintomas associados ao agravamento de patologia pré existente, que irá necessitar de reintrodução do fármaco suspenso.

Esta estratégia irá melhorar a confiança do paciente no profissional de saúde, contribuindo para o sucesso do processo de desprescrição.

Dependendo das características individuais pode ser possível a descontinuação simultânea de vários fármacos.

Num ensaio randomizado envolvendo desprescrição em idosos frágeis residindo em ERPI, até 3 medicamentos foram retirados, considerando a probabilidade de efeitos secundários após a sua suspensão. Os investigadores apenas suspenderam mais do que um fármaco, quando não eram espectáveis efeitos secundários após suspensão. ⁽²²⁾

Medicamentos que não necessitam de desmame quando descontinuados são: aspirina, estatinas, multivitamínicos, bifosfonatos, ferro, ARAlI. Estes são os que apresentam maior taxa de sucesso num ensaio clínico randomizado realizado recentemente. Também mostraram menos risco de efeitos fisiológicos associados a suspensão. ⁽²²⁾

A prevalência de sintomatologia associada a condição prévia após suspensão de um fármaco que necessita reintrodução do mesmo varia entre 2-80%, consoante os estudos considerados. Os resultados dos estudos analisados são muito variados, bem como a população estudada e o método que determinou a necessidade de reintrodução. ⁽²²⁾

Com aumento do envelhecimento, morbidades e fragilidade, o equilíbrio entre potencial risco benefício da medicação longo prazo é uma dúvida que leva os médicos a considerar se a medicação deve manter-se e se é justificada.

SUSPENSÃO DE MEDICAÇÃO UTILIZADA PARA CONTROLO DE SINTOMAS

Em indivíduos medicados com **IBP** para refluxo gastro esofágico, dispepsia ou outros sintomas gástricos intestinais, a recorrência de sintomas após suspensão que requer reintrodução da terapêutica ocorre em 30-70% casos, num seguimento a 12 meses. ⁽²²⁾

O uso intermitente IBP ou uso de fármacos alternativos, é uma opção para alguns casos. Para os que mantem a terapêutica, 20% tem sintomas recorrentes apesar da mesma. Os sintomas surgem normalmente 4 semanas apos suspensão, sendo mais frequente em homens e naqueles com uso durante vários anos. ⁽²²⁾

No tratamento de doença coronária em pessoas com angina, a desprescrição de **nitratos** resulta em cerca de 10 % com sintomas, comparados 2,5% dos que não suspenderam a medicação, num seguimento a 3 meses. Em todos ocorre no primeiro mês e a reintrodução resolve os sintomas. ⁽²²⁾

No tratamento dos sintomas psicológicos da demência com **anti psicóticos**, a sua suspensão mostra em alguns estudos agravamento dos sintomas em 13-25%. No entanto estes sintomas

são flutuantes e numa revisão da Cochrane realizada em 2012 não mostrou diferença nos sintomas comportamentais neuropsiquiátricos em indivíduos onde foi suspensa a medicação face ao grupo que a manteve. O agravamento dos sintomas verifica-se em pacientes com agitação e psicose que responderam ao tratamento e naquelas com sintomas mais severos. ⁽²²⁾

Também esta a ser considerado a desprescrição de **inibidores das colinesterases** em pessoas com doença de alzheimer.

A evidência não é clara em quais os indivíduos é lícito a descontinuar a medicação sem deterioração cognitiva. No entanto a deterioração é mais frequente em indivíduos com alucinações e delírio. Existem relatos de agravamento da função cognitiva após suspensão que não responderam a reinício da terapêutica. No entanto este estudo apresenta grandes limitações e os seus resultados não foram reproduzidos noutros estudos. ⁽²²⁾

Em pacientes medicados com **diuréticos** a suspensão levou ao retorno dos sintomas entre 0-60% dos casos, em 6 meses após suspensão. Estes também apresentaram sinais de insuficiência cardíaca, hipertensão, sintomatologia respiratória, ganho peso, edemas maleolares mais frequentemente do que nos que mantiveram a terapêutica. Estes sintomas foram mais frequentes em mulheres e em indivíduos com diuréticos pra tratamento de insuficiência cardíaca, do que em pacientes com uso de diurético para tratamento HTA ou edemas. A monitorização regular reduziu a incidência dos sintomas e a reintrodução dos diuréticos melhorou os sintomas para o estado prévio antes da suspensão. ⁽²²⁾

SUSPENSÃO DE MEDICAÇÃO PREVENTIVA

Em oposto a medicação para tratamento sintomático que os indivíduos podem identificar e reportar os sintomas que ocorrem, medicação preventiva como por exemplo para sistema cardiovascular, necessita de monitorização mais apertada, para identificação de sinais e sintomas de agravamento de uma patologia. Quando não é possível detetar retorno da patologia é possível monitorizar alguns indicadores que são usados durante o tratamento da patologia, por exemplo avaliação tensão arterial ou doseamento da glicémia.

Em estudos de desprescrição de **terapêutica anti-hipertensiva**, 20-85% dos participantes mantiveram-se normotensos, 4 a 260 semanas após suspensão. ⁽²²⁾

Uma revisão sistemática de vários estudos com suspensão destes fármacos mostrou que em média, 40% dos participantes após 1 ano e 26% após 2 anos se mantiveram normotensos. No entanto os estudos apresentados eram pequenos e heterogéneos. ⁽²²⁾

Estudos mais recentes mostraram resultados diferentes, com percentagens mais elevadas de retorno a valores considerados de hipertensão arterial. A recorrência foi menor em indivíduos com valores mais baixos de tensão arterial e naqueles que estavam com monoterapia prévia. ⁽²²⁾ Outros estudos mostraram menor probabilidade de retorno em indivíduos mais jovens, com diagnóstico mais recente ou sem história de doença cardiovascular.

Os B-bloqueantes são associados com efeitos secundários após suspensão, mas nos estudos tal não se verificou.

A hipertensão surge 3-4 meses após a suspensão, sendo por isso necessária monitorização apertada durante esse espaço de tempo. ⁽²²⁾

Após a suspensão as taxas de eventos cardiovasculares foram semelhantes entre os que suspenderam e os que mantiveram anti-hipertensores, num estudo. Outro estudo mostrou igual mortalidade, mas menor taxa de eventos nos que suspenderam a medicação. Os participantes de ambos os estudos foram elegíveis para desprescrever porque tomam a medicação de forma inadequada. ⁽²²⁾

Estudos de suspensão de **Digoxina** em idosos com ritmo sinusal, mostraram que 9-25% pioraram a sintomatologia, em geral nas primeiras 6 semanas. O retorno dos sintomas foi mais frequente em indivíduos com fibrilhação auricular. ⁽²²⁾

A desprescrição de **bifosfonatos** em mulheres pós-menopausicas tratadas entre 3 a 5 anos, mostraram que houve perda de massa mineral óssea, mas os valores mantiveram-se acima dos valores apresentados antes do início da terapêutica. Com a exceção das fraturas vertebrais, a desprescrição não parece aumentar o risco de fratura. Estes fármacos apresentam um efeito sustentado no tempo, pois mantem-se incorporado no osso, após a suspensão. Pensa-se que pode existir um efeito residual associado com a libertação local e sistémica, provocado pela reabsorção óssea. ⁽²²⁾

A desprescrição de medicação preventiva pode ser mais desafiante quando não há indicadores para monitorizar a evolução da doença, por exemplo no caso da **aspirina** para prevenção cardiovascular, dos **antiepiléticos** para prevenir epilepsia, uma vez que o surgimento de um evento pode ter graves consequências.

Numa revisão de estudos que avaliaram a suspensão de antiepiléticos em indivíduos sem crises há mais de 2 anos, estes recorreram em 34%, num seguimento de 3-4 anos. Poucos estudos incluíram idosos, pelo que a sua utilidade para decisões neste grupo etário são limitadas. ⁽²²⁾

A mitigação dos riscos associados com o retorno de condição, envolve monitorização cuidadosa, associada com a comunicação com o paciente e /ou seu cuidador dos sinais a que devem estar atentos e a possibilidade de reinício de terapêutica caso surjam.

Existem preditores para identificar os indivíduos mais suscetíveis e que já foram referidos anteriormente, de acordo com as várias classes terapêuticas e características individuais.

Mais estudos são necessários para termos a certeza e segurança na desprescrição.

Algumas questões continuam sem resposta relativas a suspensão de certos fármacos ou classe de fármacos. Por exemplo o potencial efeito negativo da descontinuação de fármacos preventivos em idosos não está esclarecido.

Kutner e all conduziram um ensaio clinico controlado e randomizado de suspensão de estatinas em indivíduos com esperança de vida inferior a 12 meses e concluíram que não houveram diferenças na mortalidade e nos eventos cardiovasculares nos 2 grupos. No entanto estudos como este são raros e como tal não existem certezas em quais os pacientes é lícito descontinuar determinada medicação.

A realização de ensaios clínicos com idosos com todos os fármacos normalmente utilizados neste grupo etário não são práticos. A preocupação com o retorno dos sintomas ou falta de proteção que resulte num evento, esta diretamente associada com a dificuldade em determinar se um fármaco é realmente inapropriado para um determinado indivíduo. Os idosos são uma população heterogénea e complexa.

A idade cronológica e a idade biológica podem não ser coincidentes, as várias combinações médicas, de fármacos e sociais, tornam impossível os médicos e investigadores definirem o idoso tipo.

Os prescritores reportam que esta complexidade é uma barreira a desprescrição, citando a falta de evidência e generalização da pouca evidência que existe para o indivíduo a tratar.

Várias ferramentas implícitas e explícitas foram desenvolvidas para ajudar profissionais de saúde a identificar medicação potencialmente inadequada e apesar de serem muito utilizados na investigação não tem sido adotados na prática clínica de forma rotineira.

De acordo com a evidência disponível e segundo uma matriz de risco, desprescrever é considerado com risco baixo a moderado.

No geral podemos considerar como incerta a adequação de uma terapêutica, bem como o potencial benefício da desprescrição para um determinado indivíduo. O conceito de incerteza esta inerente na maioria das decisões clínicas, sendo um desafio para os profissionais e pacientes prosseguir no sentido da incerteza. A incerteza na insegurança da desprescrição surge com origem de múltiplos conceitos incluindo a incerteza de um evento futuro, incerteza na força dos efeitos, questões não estudadas, dificuldades na realização dos estudos e na representatividade das amostras.

Médicos sentem-se desconfortáveis em discutir incerteza com os seus pacientes, mas esta é uma forma de comunicar com os seus pacientes e de tomar decisões partilhadas, que são essenciais para manter uma boa relação medico-utente.

SUSPENSÃO DE MEDICAÇÃO CARDIOVASCULAR

Com aumento do envelhecimento, morbidades e fragilidade, o equilíbrio entre potencial risco-benefício da medicação longo prazo é uma dúvida que leva os médicos a considerar se a medicação deve manter-se e se é justificada. Isto é especialmente verdadeiro quando falamos de medicação preventiva como a medicação cardiovascular.

As Guidelines de tratamento de doenças cardiovasculares oferecem indicações para início de terapêutica preventiva em pacientes de meia-idade, mas existe uma falta de consenso face aos idosos, uma vez que não estão representados na maioria dos ensaios clínicos.

Medicação para aparelho cardiovascular como anti-agregantes plaquetares, anti-hipertensores, estatinas, são das mais utilizadas no mundo, e os seus benefícios na redução de eventos estão

bem estabelecidos, o seu uso é recomendado por diferentes guidelines, mas também contribuíram para a polifarmácia e para efeitos adversos entre os idosos.

A terapêutica cardiovascular é a classes mais usada nos idosos. (Estatinas 50%; IECAS-30,4%; Diuréticos 29,5%, ARA II 13,2%; antagonistas cálcio-10%).⁽²³⁾

O perfil de risco destas terapêuticas vai-se modificando com o passar da idade e em alguns idosos deixam de ter benefício. Desprescrição passou a ser uma estratégia para reduzir o risco em idosos onde os objetivos foram alterados privilegiando-se o nível funcional, expectativa de vida, valores e preferências individuais.

Em indivíduos com esperança de vida limitada os benefícios de medicação aparelho cardiovascular estão diminuídos ou mesmo ausentes. Enquanto o risco de efeitos adversos são elevados agravando a capacidade funcional e cognitiva. (demência, deficit cognitivo e funcional)

O estudo ASPREE mostrou que a aspirina em prevenção primária em idosos é perigosa, no entanto ainda não se verifica uma mudança na prescrição / desprescrição neste grupo etário.⁽²⁴⁾

Uma ferramenta que pode ser muito útil nestes casos é STOPPFRAIL- screening tool of older persons in fral adults com mimited life expetancy, que pode ajudar identificar medicação com benefício limitado.

A DCV é a primeira causa de morte, maior causa de incapacidade e a doença mais comum nos idosos. A sua prevalência ronda 65-70% nas pessoas 60-79 anos e 79-86% acima 80 anos.⁽²³⁾

No entanto os estudos na área cardiovascular excluem idosos com mais de 75 anos, com múltiplas comorbidades, frágeis, mulheres e mais caucasianos do que outras raças. O resultado é que os médicos prescrevem fármacos do aparelho cardiovascular baseados em guidelines com pouca informação relativa a benefícios na maioria dos indivíduos observados na pratica clinica (mais 75 anos, várias patologias, mulheres, frágeis , com deficit funcional) .⁽²³⁾

Nas últimas décadas tem vindo a ser incluídos nos ensaios mais idosos, e alguns mostraram que alguns fármacos da área cardiovascular, como por exemplo os anti-hipertensores podem prevenir doença cardiovascular em maiores de 80 anos. No entanto é questionável generalizar resultados obtidos nos ensaios clínicos para a população idosa, com múltiplas patologias e ate mesmo frágil.

O seguimento destes ensaios clínicos é na maioria das vezes inferior a 5 anos e as taxas de mortalidade nesse espaço de tempo são relativamente baixas. Não é claro se medicação preventiva é eficaz em pessoas com esperança de vida limitada, por exemplo com cancro avançado, DPOC.

Nas estatinas os efeitos secundários aumentam com a idade. Nos idosos os objetivos como diminuir a mortalidade e morbilidade são substituídos por manter qualidade de vida e independência funcional. Outros aspetos estão relacionados com as hospitalizações associadas a fármacos inapropriados, aumento do risco de quedas, aumento da mortalidade e agravamento do estado funcional.

Os idosos tem maior risco de hospitalização por hemorragia quando tomam hipocoagulantes ou anti-agregantes, hipoglicemia com uso de insulina ou outros antidiabéticos orais. Estas hospitalizações acarretam elevados custos para estado e sociedade.

GUIDELINES

A inexistência de guidelines são uma das barreiras à desprescrição identificada pelos médicos.

A nível internacional existem diretrizes de desprescrição baseadas na evidência (guidelines) desenvolvidas pelo Instituto de Investigação Bruyère e a Universidade de Montreal que abrangem a desprescrição de 5 classes de fármacos: IBP, hipoglicemiantes, benzodiazepinas, antipsicóticos e inibidores das colinesterases e memantina.

Estas estão disponíveis on-line no site desprescribing.org.

Neste capítulo faço uma breve abordagem e resumo de cada uma.

GUIDELINES DE DESPRESCRIÇÃO DE HIPOGLICEMIANTES ⁽²⁶⁾

As guidelines desenvolvidas pelo Instituto de Investigação Bruyère e a Universidade de Montreal recomendam a desprescrição de antidiabéticos, que se sabe contribuírem para hipoglicemia em idosos de risco.

Deverão individualizar-se os alvos terapêuticos e desprescrever fármacos hipoglicemiantes em idosos frágeis, com demência ou esperança vida limitada porque não há evidência de benefício de controlo glicémico apertado nestes grupos.

A desprescrição inclui a redução das doses, substituição para medicação mais segura e suspensão de fármacos que contribuem para hipoglicemia.

O controlo apertado da diabetes aumenta risco de hipoglicemia com varias consequências associadas, a maioria com gravidade: alterações cognitivas, quedas, fraturas, acidentes, convulsões. Os custos destas complicações também são elevados.

A População alvo inclui Idosos com mais de 65 anos, medicados com pelo menos 1 fármaco antidiabético para tratamento diabetes tipo 2 e um dos seguintes critérios:

- Risco de hipoglicemia (idade avançada; controlo metabólico apertado, varias comorbilidades; risco de interações medicamentosas, historia de hipoglicemia ou de confusão; doença renal, uso sufunilureia ou insulina);
- Risco de outros efeitos adversos;
- Quando o benefício é incerto por serem frágeis, com demência ou esperança vida limitada.

Nestes casos recomenda-se:

- Desprescrição de antidiabéticos que se sabe contribuírem para hipoglicemias;
- Desprescrição em pacientes sofreram efeitos adversos ou em risco;
- Individualizar alvos glicémicos.

Nos idosos os sintomas de hipoglicemia incluem tonturas, fraqueza, delírio, ao contrário dos jovens que apresentam diaforese, tremor, palpitações.

Para avaliar o benefício deve considerar-se o tempo necessário para evitar complicações (retinopatia, nefropatia...) e o controlo de sintomatologia associada a hiperglicemia (poliúria, polidipsia, desidratação...).

A principal preocupação deve ser o equilíbrio entre a segurança da medicação e evitar uma diurese osmótica.

Para evitar complicações como risco de progressão de doença microvascular e enfarte não fatal, são necessários 5-10 anos de tratamento.

Evitar hiperglicemia sintomática é um objetivo importante em todos os idosos. Esta pode ser evitada se a glicemia em jejum se situar entre 90 e 216 mg/dl e a glicemia pré-prandial for mantida abaixo 216 mg/dl. Não está demonstrado que hiperglicemia assintomática seja prejudicial aos idosos frágeis ou com baixa esperança de vida. Estes valores correspondem a uma HBA1C < 8,5%.⁽²⁶⁾

Algumas guidelines recomendam valores mais baixos.

No final de vida valores de glicémia plasmática entre 162-270 mg/dl são considerados apropriados.⁽²⁶⁾

Se o paciente já experienciou hipoglicemias podem ser consideradas as seguintes abordagens:

- 1 Reduzir ou suspender medicação que provoca hipoglicemia: sulfonilureia, insulina. Pode-se substituir a insulina por uma com menor risco de hipoglicemia.
- 2 Considerar a hipótese de uma interação medicamentosa e nesse caso deve-se reduzir a dose do fármaco que provocou a interação ou do fármaco usado no tratamento da diabetes.
- 3 Considerar a possibilidade de nefropatia coexistente.

O plano de desprescrição deve ser discutido com paciente/cuidador e deve incluir um alvo de HBA1C e valores adequados para glicémia. Se o valor estiver abaixo de alvo e o risco hipoglicemia for grande a medicação deverá ser suspensa.

Se for mais confortável para paciente e /ou médico, podem-se reduzir doses gradualmente, cada 1-4 semanas, até suspensão.⁽²⁶⁾

Se os valores voltarem a subir (glicose entre 216 e 270 mg/dl) ou se hiperglicemia for sintomática poderá reiniciar os fármacos ou aumentar doses.⁽²⁶⁾

A monitorização deve ser mais apertada nas primeiras 2 semanas, depois deverá ser adaptada a cada caso. Paciente e familiares devem ser educados relativamente aos sinais e sintomas de hiperglicemia e como deverão proceder nesses casos.

Monitorização de HBA1C deverá ser após 3 meses. Em caso de anemia por deficiência de ferro, de folatos ou de vitamina b12, bem como na insuficiência renal os níveis HBA1C não são fiáveis.

A partir do momento em que os níveis HBA1C e de glicemia estejam estáveis, e o risco de hipoglicemia seja baixo, a monitorização pode ser alargada ou mesmo suspensa, podendo justificar-se em situação de doença, para eventual alteração das doses.

Se desenvolver hiperglicemia sintomática, poderá ser necessário reiniciar medicação, sendo preferível escolher fármacos com menor risco de hipoglicemia e na menor dose possível (por exemplo a metformina).

Se os valores se mantiverem acima do alvo, mas paciente estiver assintomático, devem-se reajustar os valores alvo com acordo do paciente e da família. (glicemia pós-prandial entre 162-279mg/dl e assintomática é aceitável) ⁽²⁶⁾

Alvos de glicemia em jejum entre 90 e 216 mg/dl para idosos moderada ou severamente frágeis são aceitáveis. O alvo de HBA1C de 8-8,5%.para idosos frágeis é aceitável. ⁽²⁶⁾

GUIDELINES DE DESPRESCRIÇÃO IBP (27)

As guidelines desenvolvidas pelo Instituto de Investigação Bruyère e a Universidade de Montreal recomendam desprescrever IBP(reduzir, suspender, ou toma “on –demand”) em adultos ,após 4 semanas de tratamento para azia, doença refluxo moderada ou esofagite , com resolução de sintomas.

Não se aplicam estas recomendações a quem tem esófago de Barret, esofagite grau B ou C, ou história documentada de hemorragia por úlcera gastrointestinal.

Os IBP são uma classe a considerar desprescrição dada a elevada prevalência de prescrição e de sobre uso. A sua principal indicação é doença refluxo gastroesofágico e o seu tratamento necessita de um ciclo curto de tratamento, de 4-8 semanas. Os IBP são vistos como uma medicação segura e bem tolerada, a incidência de efeitos secundários é baixa, mas os idosos estão em maior risco de as sofrerem.

O uso IBP para além das suas indicações, vai contribuir para polifarmácia com todos os riscos que daí advém e também com implicações económicas associadas.

Para quem tem doença de refluxo moderada ou sintomas gastrointestinais, a redução da dose IBP não leva a aumento significativo da sintomatologia, sendo esta uma boa estratégia para reduzir o risco de efeitos adversos e interações medicamentosas.

Em alguns pacientes a toma on demand é uma boa opção para reduzir os riscos e satisfazer os pacientes resolvendo a sintomatologia quando necessário. A troca para antagonistas receptores H2 também é possível, mas é mais frequente a recorrência de sintomas.

A toma on demand consiste na toma diária até desaparecimento dos sintomas. Após a melhoria a medicação é suspensa e retomada quando voltarem sintomas recorram.

Os efeitos secundários da toma prolongada IBP incluem: diarreia, deficit absorção vitamina b12, hipomagnesémia, aumento de risco de infeção por clostridium difícille, fratura da anca, pneumonia da comunidade, cancro gástrico, atrofia gástrica, metaplasia intestinal, cancro coloretal, peritonite bacteriana, síndrome proliferação bacteriana do intestino, aumento de eventos vasculares nos pacientes medicados com clopidogrel.

Perante alguém medicado com IBP é fundamental determinar a patologia pelo qual foi iniciada a terapêutica.

Para tratamento de refluxo ou esofagite tratamento IBP 4 semanas é suficiente, devendo considerar-se a descontinuação apos resolução dos sintomas. Se foi prescrito por outros motivos, exemplo tratamento infeção helicobacter pilory, logo que possível deve ser suspenso.

Não existe uma forma adequada para desmame IBP. Existe pouca evidência que a paragem abrupta, sem desmame, provoque surgimento de sintomas de novo. Deste modo pode ser prudente reduzir IBP para uma dose mais baixa e só depois descontinuar-se e fornecer aos pacientes uma opção caso surjam sintomas, podendo ser considerado o uso on-demand.

Outras estratégias podem ser utilizadas, como por exemplo a redução gradual, uso dia sim, dia não, de 3 em 3 dias, até suspensão total. Estabelecer um plano com o paciente/cuidador e explicar o que poderá acontecer e o que fazer nesses casos irá determinar o sucesso ou não da desprescrição.

O seguimento devera ser programado caso a caso, no entanto será recomendado consulta 4-12 semanas após a suspensão e nova avaliação 6-12 meses.

O ideal poderá ser consulta às 4 semanas, para avaliar os sintomas como azia, dispepsia, regurgitação, epigastria, e nova avaliação as 12 semanas para avaliar sintomas e eventual necessidade de toma IBP on demand, reinício do IBP ou de outro tratamento.

É importante diferenciar hipersecreção rebound após suspensão IBP longa duração ou retorno sintomatologia de refluxo gastroesofágico. Por vezes a diferenciação é difícil, pelo que é recomendado a monitorização dos sintomas e tratamento com IBP on demand, troca por outros fármacos (antiácidos, anti-histaminicos H2) ou medidas não farmacológicas.

As medidas não farmacológicas demonstraram redução de sintomas e incluem: perda de peso, evitar refeições 2-3 horas antes de deitar, elevação da cabeceira da cama, evitar alimentos que favorecem o refluxo.

Se os sintomas persistirem apesar dessas medidas e toma on demand IBP será importante deverá avaliar-se infeção por helicobacter pilory e seu tratamento.

DESPRESCRIÇÃO DE AGONISTAS DOS RECETORES DE BENZODIAZEPINAS ⁽²⁸⁾

Insónia é definida como dificuldade em iniciar ou manter o sono e que origina impacto na funcionalidade durante o dia. A sua prevalência no Canada é de 13%, nos EUA e Hong Kong ronda 10%.⁽²⁸⁾

O uso prolongado de agonistas dos recetores das benzodiazepinas, que inclui as benzodiazepinas, zolpidem e zopiclone para tratamento da insónia em idosos é frequente. Holbrook et al descrevem benefícios no tratamento curto (1-6 semanas de tratamento) com melhoria em 4 minutos no tempo de latência e 1 hora na duração do sono. Contudo o uso crónico pode originar dependência física e psicológica. A evidência também demonstra que a eficácia na insónia diminui ao fim de 4 semanas, mas os efeitos adversos persistem.⁽²⁸⁾

As guidelines sugerem o uso de curta duração de agonistas dos recetores das benzodiazepinas para tratamento da insónia, normalmente até 4 semanas. No entanto várias sociedades geriátricas, incluindo os critérios de Beers, desaconselham o seu uso nos idosos no tratamento de primeira linha da insónia, só devendo ser utilizado quando as intervenções não farmacológicas falham e por menor período de tempo possível.

Estes fármacos atuam num recetor do ácido gama-aminobutírico tipo A, mas quando utilizados por um período tempo excessivo, o recetor sofre modificações fisiológicas, originando menor potencial sedativo, mas persistem os efeitos mnésicos. Os estudos mostram perda do efeito terapêutico entre 7-28 dias.⁽²⁸⁾ Infelizmente os pacientes desconhecem este fato e utilizam estes fármacos infinitamente, podendo originar, especialmente nos idosos, quedas, fraturas, disfunção cognitiva.

Por este motivo nos últimos anos várias tem sido as recomendações e estudos no sentido de parar ou reduzir o uso de agonistas dos recetores das BDZ.

Este grupo farmacológico foi identificado como sendo fundamental desenvolver guidelines para desprescrição.

O alvo das guidelines de desprescrição do Instituto Bruyère, são adultos que tomam estes fármacos para tratamento da insónia primária ou insónia associada a outras comorbilidades que estão a ser alvo de tratamento. Inclui adultos de todas as idades, medicados com agonistas dos recetores das BDZ, independentemente da duração do tratamento.

Não se aplicam a outras patologias do sono ou ansiedade, depressão ou condições que provoquem ou agravem a insónia. Nesses casos devem ser tratadas as patologias de base antes de se suspender as BDZ ou referenciar para psiquiatria.

Uma revisão sistemática sugere que o desmame gradual destes fármacos, melhora as taxas de cessação, aos 3 e 12 meses.⁽²⁸⁾ Existem varias formas de como se podem suspender agonistas dos recetores das BDZ:

- Suspensão abrupta;
- Redução gradual da dose até cessação total:
 - Usar uma dose menor até suspensão;

- Usar agonistas dos recetores das BDZ só quando necessário;
- Terapia cognitivo-comportamental, com redução/suspensão dos fármacos no processo;
- Associar suspensão gradual ou abrupta com terapia cognitivo-comportamental;
- Usar terapêutica de substituição, descontinuar agonistas dos recetores das BDZ substituindo por fármaco alternativo como melatonina.

Uma estratégia para desprescrição deve ser apresentada aos pacientes elegíveis.

Não foram encontrados estudos que comparem as diferentes estratégias de desmame entre si. A redução gradual de pequenas doses, exemplo 12,5% cada 2 semanas, até suspensão total, foi usada com eficácia em vários ensaios clínicos. ⁽²⁸⁾

A troca para BDZ de longa duração de ação, como diazepam, não mostrou redução nos efeitos associados com a suspensão ou melhorou as taxas de cessação, comparando com a redução gradual da dose cada 2 semanas. Alguns médicos recomendam que o desmame se mantenha ao longo de meses. Alguns pacientes necessitam uma vigilância mais apertada.

Na maioria dos casos os sintomas associados a suspensão de BDZ são moderados e de curta duração (de alguns dias até 4 semanas). ⁽²⁸⁾

Alguns estudos mostram que surgem mais rapidamente, com um pico ao fim de 1-2 dias e são mais severos em pacientes com suspensão abrupta de BDZ de curta duração de ação, do que quando é feito desmame de BDZ de longa duração de ação.

Os pacientes devem ser informados de medidas não farmacológicas que possam melhorar o sono e ajudar no tratamento da insónia.

Outros sintomas associados a descontinuação incluem: irritabilidade, sudorese, sintomas gastrointestinais, ansiedade. Os pacientes devem ser alertados de que estes podem ocorrer, mas que em geral são moderados e autolimitados, podendo permanecer de dias até poucas semanas.

A terapia cognitivo-comportamental pode ser útil na desprescrição e uma alternativa às BDZ. Pode ser usada isoladamente ou associada ao desmame.

Esta opção não está disponível para todos os pacientes e tem elevados custos associados.

As intervenções breves e a terapia cognitivo-comportamental estão acessíveis na internet e também se mostraram eficazes.

O desmame minimiza, mas não evita os sintomas de suspensão. Por esse motivo é fundamental um plano de desprescrição e de monitorização desses efeitos. Deve ser desenvolvido em conjunto com o paciente. Cada uma ou 2 semanas devem ser avaliados os sintomas e a sua gravidade (ansiedade, irritabilidade, insónia....), à medida que se vão reduzindo as doses.

Também se devem avaliar os efeitos positivos, como a menor sedação diária, melhoria cognitiva, menos quedas e desequilíbrios; avaliar a qualidade do sono e as suas características.

A avaliação pode ser presencial ou à distância por telefone.

Se os sintomas de suspensão forem intensos em severidade e frequência, e incomodem o paciente, pode manter-se a mesma dose por mais 1-2 semanas até à próxima redução e continuar o desmame de forma mais prolongada e gradual.

Se a insónia persistir ou recorrer, poderá ser considerado o uso de terapia cognitivo-comportamental.

Não existe medicação para tratamento da insónia do idoso que mostre ser segura e eficaz. ⁽²⁸⁾

Quando se pondera ou inicia desprescrição, é essencial estar atento a patologias como ansiedade e depressão que possam coexistir. Estas comorbilidades estão muitas vezes associadas a insónia e são prevalentes nas pessoas com insónia e que tomam BDZ. Ao parar ou reduzir um fármaco com propriedades ansiolíticas como a maioria das BDZ, pode desmarcar-se uma patologia que não estava previamente diagnosticada.

Por outro lado a suspensão da BDZ pode aumentar a ansiedade como uma resposta fisiológica. Nestes casos terapia cognitivo-comportamental pode ser útil.

Nos casos de coexistência de patologia psiquiátrica (ansiedade e depressão) será necessário tratar a patologia de base e escolher um antidepressivo com propriedades sedativas.

As guidelines recomendam tratamento da insónia com BDZ por um período de 4 semanas, após o qual estas devem ser descontinuadas.

Em 2016 o Colégio Americano de Medicina emitiu guidelines para tratamento insónia recomendando como primeira linha uso de terapia cognitiva comportamental. ⁽²⁸⁾

Uma guideline para prevenção de quedas, emitida em conjunto pela Sociedade Americana de Geriatria e a Sociedade Britânica de Geriatria sugere que a redução ou cessação de hipnóticos sedativos como as BDZ deve fazer parte das medidas preventivas, em conjunto com outras intervenções como exercício e adaptação ambiental. ⁽²⁸⁾

Varias revisões sistemáticas e meta-análises mostram que a prevenção de quedas deve ser uma estratégia multifatorial, que inclua revisão terapêutica com redução ou suspensão de BDZ ⁽²⁸⁾

Em Portugal a DGS emitiu uma norma de orientação clínica nº 55/2011, intitulada “Tratamento Sintomático da Ansiedade e Insónia com Benzodiazepinas e Fármacos Análogos”, onde a problemática do uso prolongado de benzodiazepinas no tratamento da insónia e a sua desprescrição esta incluída. ⁽²⁹⁾

GUIDELINES DE DESPRESCRIÇÃO DE ANTIPSICÓTICOS ⁽³⁰⁾

Os antipsicóticos são utilizados nos idosos, em especial nos que residem em ERPI, para controlo de sintomas comportamentais e psicológicos na demência (alucinações, agressão, agitação psicomotora).

Em 2014 uma meta análise que utilizou 5 tipos diferentes de escalas, mostrou melhoria dos sintomas em pacientes medicados com antipsicóticos atípicos face aos que receberam placebo.

O seu uso acaba por ser crónico, apesar de não existir essa indicação. Este tipo de sintomas modificam-se a medida que a doença evolui, sendo importante a avaliação da necessidade de manutenção da terapêutica.

Por outro lado os antipsicóticos pelas suas propriedades sedativas, tem vindo a ser utilizados no tratamento da insónia.

Os antipsicóticos estão associados a vários efeitos secundários, como tonturas, cefaleias, sintomas extrapiramidais, ganho de peso, risco aumentado de diabetes, risco de morte e de eventos cerebrovasculares.

Por outro lado o seu uso prolongado contribui para polifarmácia e para os efeitos negativos associados.

O uso de antipsicóticos em idosos tem vindo a aumentar nos últimos anos, no Canadá o seu uso aumentou 32% em 4 anos. ⁽³⁰⁾

As recomendações/guidelines aqui referidas aplicam-se a idosos com demência medicados com antipsicóticos para tratamento de sintomas comportamentais e psicológicos e a doentes medicados com antipsicóticos para tratamento de insónia primária ou secundária.

Estas recomendações não se aplicam quando estes fármacos são usados no tratamento da: esquizofrenia, distúrbio psicoafectivo, doença bipolar, delírio agudo, síndrome tourette, autismo, atraso mental, atraso desenvolvimento, psicose obsessivo compulsiva, alcoolismo, consumo cocaína, psicose na doença de Parkinson, coadjuvante dos antidepressivos, ou para tratamento inferior a 3 meses nos pacientes com demência.

Recomenda-se a desprescrição em adultos tratados durante 3 meses, cujos sintomas melhoraram ou que não responderam adequadamente.

Em pacientes estabilizados por um mínimo de 3 meses com antipsicóticos para tratamento de sintomas comportamentais e psicológicos associados à demência, suspensão gradual não leva a agravamento dos sintomas, comparando com os que mantem a medicação. Não foram observadas alterações no estado cognitivo, mortalidade ou qualidade de vida. Um estudo, mostrou ligeira redução da mortalidade nos que suspenderam o tratamento. Outro estudo mostrou agravamento na eficiência do sono nos que suspenderam. ⁽³⁰⁾

Nos adultos com insónia primária ou insónia secundaria quando as comorbilidades estão equilibradas, recomenda-se suspender os antipsicóticos, sem ser necessário desmame.

Não existe evidência de eficácia dos antipsicóticos no tratamento da insónia e os efeitos adversos associados ao seu uso podem ser muito graves, pelo que a suspensão está fortemente recomendada.

Apesar das recomendações, os utentes e familiares devem participar da decisão de suspensão destes fármacos, para alguns o risco de efeitos adversos pode ter menor peso face a possibilidade de agravamento da sintomatologia e de maior desgaste dos cuidadores. Deve ser uma decisão partilhada e informada.

Nos casos em que se opta pela suspensão da medicação, recomenda-se parar (no caso de se estarem a utilizar doses baixas como na insónia) ou reduzir a dose. A cada 2 semanas deve-se monitorizar e avaliar o reaparecimento de psicose, agressividade, agitação, alucinações. É expectável melhoria do estado de alerta, redução das quedas, melhoria dos efeitos extrapiramidais.

Existem algumas estratégias de desmame de antipsicóticos nos idosos com demência:

- Reduzir 75%, 50% e 25% da dose inicial, de 2 em 2 semanas até suspensão completa.
- Reduzir a dose em 50% cada semana, até 25% da dose inicial e depois suspensão completa.

Nos pacientes que estão medicados há mais tempo e que tinham sintomas mais graves, recomenda-se uma redução mais lenta e mais prolongada, com uma monitorização cuidadosa de sintomas associados à suspensão e associar medidas não farmacológicas. Devem-se individualizar todas as intervenções de desprescrição.

Se os sintomas neuro-psicológicos que motivaram o início da terapêutica voltarem a surgir podemos considerar as seguintes abordagens:

- Terapêutica não medicamentosa: estratégias de controlo comportamental, musicoterapia....
- Retomar antipsicótico, na menor dose possível e tentar suspensão após 3 meses. Devem-se fazer pelo menos 2 tentativas de suspensão.
- Mudar o antipsicótico(risperidona, olanzapina, aripiprazol...).

No caso do uso de antipsicóticos para tratamento da insónia algumas estratégias de suspensão estão recomendadas:

- Pacientes medicados há menos de 6 semanas, pode suspender-se de imediato;
- Pacientes medicados há mais de 6 semanas pode considerar-se desmame antes da suspensão;

A todos devem ser orientados medidas não farmacológicas e para uma boa higiene do sono.

GUIDELINES DE DESPRESCRIÇÃO DE INIBIDORES DAS COLINESTERASES E MEMANTINA ⁽³¹⁾

Estas guidelines foram elaboradas pela Universidade de Sydney em colaboração com o instituto Bruyere.

Como resultado da evolução da demência e das suas características flutuantes, por vezes é difícil avaliar a eficácia e benefício da terapêutica. O declínio cognitivo não é constante, tende a evoluir mais rapidamente nos estágios moderados do que estágios ligeiros ou severos. Por outro lado existem diferenças interindividuais na sua progressão. É muito difícil prever se irá ocorrer declínio após a suspensão da terapêutica.

Existem vários testes que podem ser aplicados para determinar agravamento no estado cognitivo.

No geral, um declínio sustentado na cognição, função e comportamento, observado pelo médico e pelos cuidadores, mais rápido do que ocorria até essa altura, significa que a pessoa com demência já não está a beneficiar da medicação. No entanto a ausência de benefício, pode não ser suficiente para considerar a suspensão. É necessário avaliar os riscos da manutenção da mesma.

Os riscos de manutenção da terapêutica em especial nos mais idosos, frágeis e com multimorbilidades, são os riscos da polifarmácia e estão bem estabelecidos: quedas, hospitalização e morte.

Existe pouca evidência para orientar o processo de descontinuação destes fármacos. Na maioria dos estudos encontrados, foi feita redução gradual até dose mínima existente e depois a suspensão total. Nos casos medicados com dose mínima foi feita suspensão imediata. A maioria dos estudos reporta que a suspensão imediata é segura.

As guidelines recomendam o desmame de acordo com as doses existentes no mercado, de 4 em 4 semanas. Este espaço de tempo permite avaliar o reaparecimento de sintomas associados a demência e de necessidade de intervenção farmacológica. Na tabela seguinte são representados os vários fármacos e doses existentes.

Fármaco	Esquema de desmame	Tempo entre doses	Semivida Duração inibição
Donepezilo (5mg e 10 mg)	10mg id----5mg id---- suspender	4 semanas	15 dias Inibidor reversível
Galantamina (8mg, 16mg, 24mg)	24mg id----16 mg id----- 8 mg id----suspender	4 semanas	2 dias Inibidor reversível
Rivastigmina oral 1,5mg, 3 mg, 4,5 mg; 6 mg)	6 mg 2id----4,5 mg 2id----- 3 mg 2id----1,5 mg 2id---- 1,5 mg id----suspender	4 semanas	1 dia (6-9 h)
Rivastigmina Sub- Cutânea (4,6mg; 9,5 mg; 13,3 mg)	13,3 mg/24h----- 9,5mg/24h----- 4,6 mg/24 h----suspender	4 semanas	17 dias 6-9 h
Memantina (10 mg, 20 mg)	20 mg 1d/ 10mg 2id---- 10 mg 1id -----suspender	4 semanas	21 dias

Tabela 8- Recomendações de desmame para inibidores colinesterases e memantina ⁽³¹⁾

No caso de eventual necessidade de suspensão de medicação após reação adversa grave, a suspensão imediata, sem desmame está recomendada.

Os cuidadores devem ser orientados para os sintomas que podem ocorrer após a suspensão ou redução da dose e o que devem fazer nessas situações.

Estes sintomas devem ser avaliados antes de cada momento do desmame.

Na tabela seguinte estão representados os sintomas que podem surgir em cada momento e qual a atitude que se deverá tomar.

Início sintomas após redução dose	Tipo sintomas	O que fazer	Causa possível
< 1 semana	Sintomas severos Agitação, agressão, alucinações, alteração do estado de consciência	Voltar a dose prévia Contactar médico	ADR Efeito da suspensão
2-6 semanas	Agravamento cognição, ou de sintomas comportamentais ou psicológicos, agravamento funcional	Contactar médico E Considerar voltar a dose prévia	Retoma dos sintomas Iniciais
6 semanas-3 meses	Agravamento cognição, ou de sintomas comportamentais ou psicológicos, agravamento funcional	Contactar médico	Progressão da demência Retoma dos sintomas iniciais
3 meses	Qualquer	Cuidados habituais	Progressão da demência

Tabela 9- Monitorização do desmame ⁽³¹⁾

Não existe certeza se a interrupção/ cessação da dose temporariamente provoca efeitos irreversíveis. Existem estudos com resultados antagônicos.

Não existe consistência na evidência e a que existe é limitada a tratamento de doentes nos estádios iniciais após diagnóstico.

Se houver clara deterioração após descontinuação, a medicação deve ser retomada logo que possível, no entanto devemos ter em conta, que os sinais de tal deterioração são muitas vezes multifatoriais e inespecíficos.

ALTERNATIVAS À SUSPENSÃO

A evidência atual sugere que a ausência de resposta inicial a um inibidor das colinesterases não determina que não possa responder a outro, bem como a intolerância por efeitos secundários com um não determina que estes possam ocorrer com outro. Aproximadamente 50 % dos pacientes que não responderam a um tratamento inicial, respondem quando se troca para outro.⁽³¹⁾

Quando não ocorrer resposta significativa ou perda de resposta a um fármaco nos primeiros meses de tratamento (< 1 ano) é lícito trocar-se para outro. Por outro lado quando ocorre agravamento em doentes já medicados, é lícito associar Memantina ou trocar por esta. Este momento pode ser aproveitado pelo médico para abordar a questão de eventual desprescrição no futuro, caso não existam benefícios da alteração terapêutica ou quando esta deixar de ser benéfica.

Existem estudos que avaliaram a resposta a maiores doses de inibidores das colinesterases, e a maioria mostrou melhoria dos sintomas, contudo também mostraram maior incidência de efeitos secundários, especialmente efeitos colinérgicos.

Durante o desmame, se um doente não mostrar agravamento após redução da dose, mas mostrar após suspensão, podemos considerar reiniciar terapêutica numa dose inferior a inicialmente utilizada. Tal estratégia também pode ser utilizada nos casos em que os cuidadores demonstram receio da suspensão.

É fundamental para o sucesso da desprescrição envolver cuidadores nessa decisão e no plano, e explicar que a suspensão de medicação não é o mesmo que a suspensão de cuidados, mas que as metas e objetivos tem de ser ajustados a cada momento na evolução das patologias.

DESPRESCRIÇÃO DE ESTATINAS

Vários estudos demonstram a vontade de descontinuação de estatinas pelos médicos e pacientes idosos, no entanto estas medicações são mantidas até a morte. Um dos fatores que contribui para isso é a falta de evidência e de guidelines.

Numa revisão das guidelines existentes no tratamento da dislipidemia foram identificados 2 grupos de recomendações para desprescrição de estatinas aplicáveis a idosos: por intolerância e pelo estado de saúde, e que estão representadas na tabela seguinte. ⁽³²⁾

		Nº guidelines com esta recomendação
Intolerância	<u>Deve ser descontinuado (pelo menos temporariamente):</u>	
	• Sintomas Musculares (inclui rabdomiólise)	12
	• Toxicidade hepática	5
	• Contraindicação	2
	<u>Considerar descontinuação</u>	
	• Sintomas musculares (inclui rabdomiólise)	3
	• Disfunção cognitiva após início de estatinas (avaliar reversibilidade)	1
Estado	<u>Considerar descontinuação</u>	
De Saúde	• Esperança vida limitada	3
	• Várias comorbilidades	3
	• Fragilidade	1
	• Declínio funcional (físico e cognitivo)	1
	• Quando o prejuízo excede benefício (polifarmácia, reações adversas)	2

Tabela 10 Recomendações para descontinuação de estatinas segundo várias guidelines internacionais ⁽³²⁾

As recomendações relacionadas com intolerância às estatinas estavam presentes nas 18 guidelines e estavam incluídos sintomas musculares como rabdomiólise, elevação transaminases e presença de contra indicações. Nenhuma das guidelines tinha orientações exclusivas para idosos.

Três das guidelines incluíam sugestão de descontinuação para pacientes com pobre estado de saúde, como declínio funcional ou esperança de vida limitada. ⁽³²⁾

Uma recomenda que as estatinas só devem ser consideradas em prevenção primária se a esperança de vida for superior a 3 anos, mas no entanto ela não recomenda explicitamente a descontinuação nos que já estão medicados.

Nesta revisão sistemática de guidelines internacionais para prevenção de doença cardiovascular encontraram-se 18 recomendações associadas a descontinuação de estatinas em idosos: incluem recomendações face a intolerância, que não são exclusivas de idosos. Três guidelines sugerem a descontinuação em idosos com mau estado de saúde.

As guidelines de 2018 do American Heart Association e e American Heart College of Cardiology são as primeiras a incluir uma discussão extensa sobre descontinuação de estatinas e do seu uso preventivo no tratamento de idosos. No entanto as recomendações descritas surgem apenas como sugestão e não recomendação, cabendo ao médico assistente que tome a decisão de acordo com as características individuais dos seus pacientes. ⁽³²⁾

Concluindo, as guidelines de prevenção cardiovascular não são muito úteis na orientação dos médicos face a descontinuação de estatinas nos idosos. As decisões devem ser tomadas baseadas no senso clínico, sem grande evidência científica que suporte a decisão de manter ou suspender as estatinas em idosos frágeis ou com múltiplas morbilidades. ⁽³²⁾

São necessárias guidelines que combinem a evidência disponível com a opinião de peritos de forma a poder ajudar os médicos nas suas decisões de desprescrição nos idosos. Nos casos de mau estado de saúde e baixa esperança de vida a desprescrição é uma hipótese já discutida nas guidelines e que nestes casos já são alvo de recomendações. ⁽³²⁾

O estudo PROSPER (estudo prospectivo de pravastatina no idoso de risco) foi criado especificamente pra avaliar impacto de estatinas versus placebo no idoso sem doença cardiovascular. Em idosos, com doença cardiovascular a pravastatina reduziu o risco de eventos ou morte num período de 3,2 anos. No entanto em pacientes sem doença cardiovascular a redução do risco foi de 6% não sendo estatisticamente significativa. ⁽³³⁾

Uma meta-análise de 28 estudos randomizados que incluíram pacientes com idade superior a 75 anos, mostrou que em pacientes com doença cardiovascular pré existente a redução de eventos verificou-se em todos os grupos etários estudados. No subgrupo sem doença cardiovascular prévia, a redução do risco foi maior nos indivíduos mais idosos. Não foi observado benefício das estatinas em pacientes com mais de 75 anos e sem doença cardiovascular estabelecida. Dentro dos pacientes sem doença cardiovascular estabelecida os que poderão ter maior benefício de prevenção primária com as estatinas serão os que apresentam elevado risco cardiovascular, exemplo nos diabéticos. ⁽³³⁾

REPENSAR RISCO CV 10ANOS

A tabela seguinte faz uma revisão das principais guidelines do tratamento da hipercolesterolemia nos idosos. Todas recomendam o tratamento nos idosos, sendo a mesma abordagem utilizada nos adultos jovens e baseada no cálculo do risco cardiovascular a 10 anos.

Todos os pacientes com doença cardiovascular pré estabelecida tem muito alto risco cardiovascular a 10 anos e são elegíveis para terapêutica antilipidemiante.

Para quem não tem doença cardiovascular deve-se calcular risco aos 10 anos com as tabelas de risco tradicionais, colocando os idosos só pela idade em alto risco CV, como consequência a maioria são elegíveis para terapêutica. As ferramentas para cálculo do risco tradicionais tendem a sobrestimar a idade como fator de risco a 10 anos. Por outro lado a maioria dos idosos frágeis e com comorbilidades não sobrevive mais 10 anos.

Para beneficiar de terapêutica antilipemiante um paciente terá que a tomar durante 2-3 anos para que ocorra benefício clinicamente significativo. Para muitos pacientes idosos o tempo necessário para benefício clínico irá exceder a sua esperança de vida.

Nos pacientes sem doença cardiovascular estabelecida todas as guidelines sugerem que a decisão de medicar deve ser uma decisão clínica partilhada tendo em conta morbilidades, fragilidade, efeitos adversos, preferência dos pacientes.

Recomendações das Guidelines			
Guidelines	Com DCV	Sem DCV	Comentário adicional
NICE 2014	Tratar mesmo modo que jovens adultos Decisão sobre início terapêutica com estatinas deve ser tomada após decisão partilhada com paciente sobre risco/benefício	Tratar mesmo modo jovens adultos Decisão sobre início terapêutica estatinas deve ser tomada após decisão partilhada com paciente sobre risco/benefício	Não existe evidência ou esta é limitada relativa benefício cardiovascular / efeitos secundários das estatinas em idosos. O efeito de aumento do risco cardiovascular com a idade, sugere que os idosos podem beneficiar das estatinas. Deve ter-se em contra efeito das mudanças estilo de vida, preferência do paciente, comorbilidades, polifarmácia, fragilidade e expectativa de vida.
ESC 2016	Tratar mesmo modo jovens adultos Recomendações devem ser seguidas com bom senso e precaução.	Tratar mesmo modo jovens adultos Recomendações devem ser seguidas com bom senso e precaução.	Encorajada a discussão com os pacientes tendo em conta qualidade de vida, ganhos em anos de vida, carga medicamentosa e benefício incerto da terapêutica. Monitorizar efeitos adversos e avaliar medicação periodicamente.
AHA/ACC2018	Tratar mesmo modo jovens adultos entre 70-75 anos; > 75 anos é razoável iniciar estatina moderada/alta eficácia Pesar riscos/benefícios (efeitos adversos, interações, fragilidade, preferências paciente) antes de iniciar estatinas. Continuar estatina se for bem tolerada.	Tratar mesmo modo jovens adultos entre 70-75 anos; > 75 anos- discussão risco Razoável parar Estatinas quando existe declínio funcional, morbilidades, fragilidade, baixa esperança de vida. Nesses casos os benefícios das estatinas são limitados.	

Tabela 11- guidelines tratamento hipercolesterolemia⁽³³⁾ Legenda: AHA/ACC- American Heart Association/American College of Cardiology; DVC-doença cardiovascular; ESC- European Society of Cardiology; NICE- National Institute for Health and Care Excellence

A única guideline que fala em desprescrição é a da AHA/ACC 2018.

Uma adenda de controlo risco cardiovascular foi publicada na Holanda, é baseada em evidência e fornece indicações de quando iniciar, manter ou suspender antilipidemiantes em idosos saudáveis e frágeis.

As decisões de tratamento de hipercolesterolemia em idosos com mais de 75 anos deixam de ter em conta o risco cardiovascular a 10 anos e passam a ser tomadas de acordo com o paciente e esperança de vida numa decisão partilhada.⁽³³⁾

O risco a 10 anos é tido em conta, bem como a esperança de vida e potenciais efeitos adversos da medicação.

Para evitar valor sobrestimado do risco que é avaliado nas tabelas de risco tradicionais, são usadas tabelas de risco ajustado, criadas para avaliar risco em idosos. Estas tabelas foram criadas com base em estudos que incluíram idosos e pacientes com varias comorbilidades. A tabela está disponível sem custos em <http://U-Prevent.com>⁽³³⁾

O risco é estimado após preenchimento de alguns parâmetros: valores colesterol, valores TA, função renal e fármacos utilizados. Consoante os resultados e de acordo com esperança de vida são discutidos benefícios da medicação e potenciais efeitos adversos da mesma. Esta ferramenta não é útil para idosos frágeis, com pouca esperança de vida e varias comorbilidades, uma vez que não foram incluídos nos estudos.

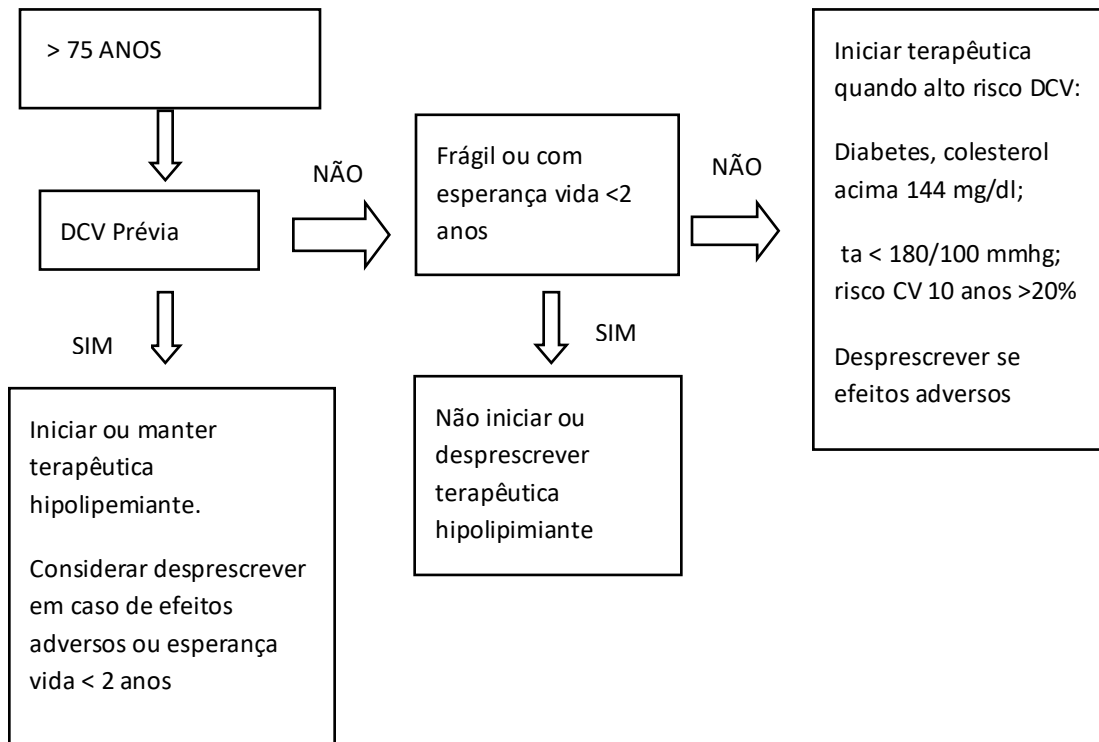
Estes autores consideram 2 motivos para desprescrever estas terapêuticas: esperança vida inferior a 2 anos e quando os efeitos adversos excedem os benefícios da mesma.

Para uso na prática foi desenvolvido um fluxograma para ajuda no início, continuação e desprescrição de antilipidemiantes em idosos frágeis e saudáveis com mais de 75 anos.

Para cada um tem de se avaliar a esperança de vida, efeitos adversos da medicação e preferências.

Em idosos com DCV prévia, esperança vida superior a 2anos, com elevado risco CV pode beneficiar de início de terapêutica antilipidemiante. Contudo se esperança vida inferior a 2 anos, os efeitos secundários da medicação e os benefícios da terapêutica serão limitados e não ultrapassam os riscos.

Nos idosos frágeis propõe-se desprescrever ou não iniciar terapêutica, porque risco de efeitos adversos é maior e a esperança vida não é suficiente para beneficiar de efeitos clínicos positivos.



Fluxograma para tratamento farmacológico de dislipidemia em idosos >75 anos.

Recomendações baseadas na agenda Holandesa controlo risco cardiovascular para idosos. ⁽³³⁾

Em idosos com bom estado geral, com esperança vida superior a 2 anos só se deve iniciar ou manter terapêutica para tratamento dislipidemia se apresentarem alto risco DCV: Diabetes, colesterol LDL acima 144mg/dl; ta > 180/100 mmhg; risco CV A 10 anos >20%. ⁽³³⁾

Nos pacientes com baixo risco CV, sem doença cardiovascular, não existe benefício em iniciar medicação, e esta potencia efeitos adversos e polifarmácia. ⁽³³⁾

CONCLUSÕES

Nos países desenvolvidos cerca de 30% das pessoas com idade maior ou igual a 65 anos tem prescritos 5 ou mais fármacos (polifarmácia). Embora a maioria beneficie dessas terapêuticas, estas estão associadas com aumento do risco de efeitos adversos.

Estes efeitos estão relacionados com os medicamentos prescritos, precipitados por alterações fisiológicas associadas ao processo de envelhecimento e à doença, que alteram a resposta farmacocinética e farmacodinâmica dos fármacos, contribuindo para a ocorrência de efeitos adversos, interações medicamento-medimento, interações medicamento-doença, de interações medicamento-alimento e de toxicidade do próprio medicamento.

As consequências de saúde negativas associadas a polifarmácia incluem: quedas, fragilidade, fraturas, incapacidade, declínio cognitivo, disfunção cognitiva, risco de hospitalização e morte. Para além dos efeitos clínicos não podemos descurar os efeitos na qualidade de vida, na dependência, na funcionalidade, nas implicações éticas, económicas, legais e sociais.

Uma das formas de minimizar estas consequências é a desprescrição. Este é um processo sistemático e contínuo de otimização do regime terapêutico de um doente através da cessação de fármacos potencialmente inapropriados ou desnecessários.

Para auxiliar a identificar esses fármacos existem várias ferramentas/ instrumentos que podem ser classificados como explícitos, implícitos ou mistos. Os explícitos constituem listas de medicamentos que podem ser aplicados com a mínima informação e julgamento clínico, não abordando as diferenças individuais entre os doentes. São rígidos e fáceis de aplicar para decisões rápidas. São focados em fármacos ou em classes terapêuticas potencialmente inapropriadas. A complexidade dos pacientes não é tida em conta no processo de decisão. São exemplos os Critérios de Beers, Lista EU-PIM, critérios START e STOPP, DBI, Critérios Austríacos, Critérios Taiwan, PRISCUS, Critérios de NORGEP. Estes critérios são os mais utilizados na prática clínica.

Os critérios implícitos consideram regime terapêutico do doente e são baseados no julgamento de um profissional de saúde, sendo específicos para o doente. Estes são complexos e consomem mais tempo. São úteis para investigação, mas pouco úteis na prática clínica. São exemplos de ferramentas implícitas: Good Palliative-Geriatric Practice algorithm (GP-GP), Medication Appropriateness Index (MAI), ACOVE.

No geral a evidência mostra que desprescrever é factível, seguro, e em muitos casos benéfico, no entanto foram identificadas várias barreiras que impedem/ dificultam a sua colocação em prática e que devem ter tida em conta na implementação do plano de desprescrição.

Na ausência de um processo gold standart para desprescrever Woodward foi pioneiro em 2003 e desenvolveu um processo com 5 princípios:

- 1 Rever toda a medicação atual:
- 2 Identificar potencial medicação que será alvo de suspensão
- 3 Planificar a desprescrição
- 4 Planear em parceria com o utente/cuidador/médico

5 Avaliação e monitorização regular do processo

Para este processo ser bem-sucedido necessita de um seguimento cuidadoso e regular, com envolvimento do utente/ cuidador bem como de outros profissionais de saúde que também prestem cuidados e que podem ser intervenientes ativos e vigilantes.

Para alguns fármacos a suspensão é realizada facilmente, sem necessidade de grande vigilância e sem efeitos secundários após suspensão. ⁽²²⁾ São exemplos desses medicamentos aspirina, estatinas, multivitamínicos, bifosfonatos, ferro, ARAII. Estes são os que apresentam maior taxa de sucesso de interrupção e também mostraram menos risco de efeitos fisiológicos associados a suspensão. ⁽²²⁾

Os efeitos adversos que surgem após a suspensão de fármacos são sinais ou sintomas clinicamente significativos provocados pela suspensão; como efeito rebound, sintomas fisiológicos da suspensão ou retorno dos sintomas originais. A maioria não são graves, mas em 1% podem levar a procurar urgência hospitalar. ⁽¹⁾ Cerca de 50% estão associados a terapêutica da área cardiovascular, do sistema nervoso central ou gastrointestinal.

Várias classes de medicamentos estão associadas a efeitos após suspensão: corticoides, medicação que atua SNC (antidepressivos, antiparkinsonicos, antipsicóticos, benzodiazepinas, opioídes).

Os efeitos secundários após suspensão de fármacos são comuns nos idosos.

Estes efeitos podem ser reduzidos ou prevenidos fazendo desmame, ou seja a redução gradual da dose ate suspensão.

O desmame pode ser utilizado para prevenir efeitos associados a suspensão não só para reduzir o desconforto do paciente, mas também para distinguir efeitos fisiológicos dos sintomas associados ao agravamento de patologia pré existente, que irá necessitar de reintrodução do fármaco suspenso. Esta estratégia irá melhorar a confiança do paciente no profissional de saúde, contribuindo para o sucesso do processo de desprescrição.

A nível internacional existem diretrizes de desprescrição baseadas na evidencia (guidelines) desenvolvidas pelo Instituto de Investigação Bruyére e a Universidade de Montreal que abrangem a desprescrição de 5 classes de fármacos: IBP, Hipoglicemiantes, benzodiazepinas, antipsicóticos e inibidores da colinesterase e menantina.

No entanto estas são insuficientes porque não incluem todas as classes terapêuticas e muitas vezes não orientam a forma como se deverá fazer o desmame.

A indústria farmacêutica não tem interesse em fomentar a desprescrição, daí se justifica o baixo número de ensaios clínicos relacionados com desprescrição. Os existentes mostram não existir grande risco na desprescrição, sendo poucos os fármacos que necessitam de reintrodução. ⁽²⁵⁾

São no entanto necessários ensaios clínicos com maior seguimento e que incluam idosos frágeis e com baixa expectativa de vida. ⁽²⁵⁾

Devemos dedicar mais tempo e atenção a desprescrição de medicação preventiva usada há vários anos em idosos. Dada a incerteza relativa ao benefício da sua utilização em idosos frágeis e com baixa esperança de vida a continuação destes fármacos não se justificará.

É urgente a realização de ensaios clínicos randomizados nesta população específica e criar estratégias para melhorar as decisões partilhadas.

Para que a desprescrição seja encarada como parte do processo terapêutico é necessário uma mudança de atitude a vários níveis: a nível das instituições científicas com a criação de guidelines e ensaios clínicos, a nível das instituições e escolas médicas que incluam o processo nos seus currículos e na formação pós graduada e em cada um dos médicos que na sua prática clínica o coloquem em prática diariamente.

O médico de família tem uma visão holística sobre os seus pacientes conhecendo os seus níveis de fragilidade, podendo ser um privilegiado a identificar os potenciais fármacos a desprescrever, implementar um plano e fazer o seu seguimento de forma adequada.

BIBLIOGRAFIA

- 1- PAGE,A.T.,POTTER,K.,CLIFFORD,R.,BEER,C.E..Deprescribing in older people.*Maturitas* 91(2016)115-134
- 2- SECOLI,S.R..Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos.*Rev Bras Enferm* 2010; 63(1): 136-140
- 3- WASTESSION, J.W., MORIN, L., TAN, E.C.K., JOHNELLK.(2018). An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults:a narrative review, *Expert Opinion on Drug Safety* 2018; 17(12):1185-1196. <https://doi.org/10.1080/14740338.2018.1546841>
- 4- DHARMARAJAN, T.S. et al. Deprescribing as a Clinical Improvement Focus. *JAMDA* XXX(2019):1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.08.031>
- 5- SAWAN,M. et al. A system approach to identifying the challenges of implementing deprescribing in older adults across diferente health care settings and countries: a narrative review. *Expert Review of Clinical Pharmacology*. <https://doi.org/10.1080/17512433.2020.1730812>
- 6- CASTILHO,I. et al.Polifarmacia e a utilização de Medicação Potencialmente Inapropriada no Idoso com idade igual ou superior a 75 anos: O caso de uma Unidade de Saúde Familiar. *Acta Med Port* 2020;33(9):622-632. <https://doi.org/10.20344/amp.13320>
- 7- ROGRIGUES,D.A.,HERDEIRO.M.T.,THURMANN,P.A.,FIGUEIRAS,Q.,COUTINHO,P.,ROQUE,F.Operacionalização para Portugal da Lista EU (7)-PIM para Identificação de Medicamentos Potencialmente Inapropriados nos idosos. *Acta Med Port* 2021 ;34(3):194-200. <https://doi.org/10.20344/amp.13618>
- 8- SIMÕES, P.A.,SANTIAGO,L.M.,SIMÕES, J.A. Carta ao editor: “Polifarmacia e utilização de Medicação Potencialmente Inapropriada no Idoso com idade igual ou superior a 75 anos: o caso de uma unidade de saúde familiar”. *Acta Med Port* 2020 XXX;33(AOP). <https://doi.org/10.20344/amp.15007>
- 9- PAGE,A.T.,POTTER,K.,CLIFFORD,R.,BEER,C.E..Deprescribing in older people.*Maturitas* 91(2016)115-134
- 10- TIERNEY, A.D.H., SCARBROUGH,C.S.,CARROLL,D.(2019) Polypharmacy:Evaluating Risks and Deprescribing, *American Family Physician*, 2019:100(1):33-38
- 11- GUITERAS, A.R.,MEYER,G.THURMAN.P.A. The EU(7)-PIM list: a list of inappropriate medications for older people consente by experts from seven European countries. *Eur J Clin Pharmacol*(2015)71:761-875. <https://doi.org/10.1007/s00228-015-1860-9>
- 12- O’ MAHONY, D. STOPP/START criteria for potentially inappropriate medications/potencial prescribing omissions in older people: origin and progress, *Expert Review of Clinical Pharmacology* 2019. <https://doi.org/10.1080/17512433.2020.1697676>
- 13- CURTIN,D. et al. Deprescribing in Older People Approching End of Life: A Randomized Controlled Trial Using STOPPFrail Criteria. *JAGS* 2019; 0:1-18.<https://doi.org/10.1111/JGS.16278>
- 14- LAVAN,A.H.,GALLAGHER,P.,PARSONS,C.,O’MAHONY,D.STOPPFrail(Secreening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): consensos valoidation. *Age and Ageing* 2017;46:600-607. <https://doi.org/10.1093/ageing/afix005>
- 15- SPNINEWINE,A.,DUMONT,C.,MALLET,L.,SWINE,C. Medication Apropriateness Index: Realiability and Recomendations for Future Use. *JAGS* April 2006-VOL 54(4): 720-721
- 16- KOULADJAN,I., GNJIDIC,T.,MONGONI,A.A.,HILMER,S.N..Drug Burden Index in older adults: theoretical and practical issues. *Clinical Interventions in Aging* 2014; 9: 1503-1515
- 17- HILMER, S.N. Calculating and using the drug burden index score in research and practice. *Expert Review of Clinical Pharmacology* (2018);11(11):1053-1055. <https://doi.org/10.1080/17512433.2018.1528145>
- 18- SCOTT,I.A.,HILMER, S.N.,REEVE, E., POTTER,K., COUTEUR, D.L., RIGBY,D.,GNJIDIC,D.,MAR,C.B.D.,ROUGHEAD,E.E.,PAGE,A.,JANSEN,J.,MARTIN,J.H.Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Medicine* 2015 May;175(5):827-34. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.0324>
- 19- LIACOS,M.,PAGE,A.T.,BEER,C.E.Deprescribing in older people.*Aust Prescr* 2020;43:114-120.<https://doi.org/10.18773/austorescr2020.033>

- 20- COE, A., HUGHES, C.K. et al. Deprescribing intervention activities mapped to guiding principles for use in general practice: a scoping review. *BMJ Open* 2021;11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052547>
- 21- HOLMES, H.M., TODD, A. The role of patient preferences in deprescribing. *Clinic geriatr Med* (2017). <https://doi.org/dx.doi/10.1016/j.cger.2017.01.004>
- 22- REEVE, E., MORIARTY, F., NAHAS, R., TURNER, J.P., KOULADJIAN, L., HILMER, S.N. A narrative review of the safety concerns of deprescribing in older adults and strategies to mitigate potential harms. *Expert Opinion on Drug Safety* 2017. <https://doi.org/10.1080/14740338.2018.1397625>
- 23- SCHWARTZ, J. et al. Pharmacotherapy in older adults with cardiovascular disease: Report from the American College of Cardiology, American Geriatrics Society, and National Institute on Aging Workshop. *J Am Geriatr Soc* 2019; 67(2):371-380. <https://doi.org/10.1111/jgs.15634>
- 24- GOYAL, P. et al. Physician Perspectives on Deprescribing Cardiovascular Medications for Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2020;68(1):78-86. <https://doi.org/10.1111/jgs.16157>
- 25- MIDDELAAR, T., CHARANTE, E.P.M. Deprescribing preventive medication in older patients. *British Journal of General Practice*. October 2018;456-457. <https://doi.org/10.3399/bjgp18x698933>
- 26- FARREL, B. et al. Deprescribing antihyperglycemic agents in older persons – Evidence based clinical practice guideline. *Canadian Family Physician* 2017; 63: 832-843.
- 27- FARREL, B. et al. Deprescribing proton pump inhibitors - Evidence based clinical practice guideline. *Canadian Family Physician* 2017; 63: 354-364.
- 28- POTTIE, K. et al. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists- Evidence based clinical practice guideline. *Canadian Family Physician*(2018); 64:339-351
- 29- Tratamento Sintomático da Ansiedade e Insônia com Benzodiazepinas e Fármacos Análogos Norma nº 055/2011 de 27/10/2011 atualizada a 21/01/2015
- 30- BJERRE, L.M. et al. Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia. *Canadian Family Physician*(2018)vol 64:17-27
- 31- Evidence-based Clinical Practice Guideline For Deprescribing Cholinesterase Inhibitors and Memantine: Recommendations. University of Sydney and Bruyère Research Institute, 2018
- 32- PLOEG, M.A.V. et al. Recommendations for (Discontinuation of) Statin Treatment in Older Adults: Review of Guidelines. *JAGS* 2019; 68:417-425. <https://doi.org/10.1111/JGS.16219>
- 33- KLEIPOOL, E.E.F. et al. Treatment of Hypercholesterolemia in older adults calls for a patient-centered approach. *Heart* 2020;106:261-266. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2019-315600>
- 34- PRAVODELOV, V. Thoughtful Prescribing and Deprescribing. *Med Clin N Am* 104(2020);751-765. <https://doi.org/10.106/j.mnca.2020.06.001>
- 35- OLIVEIRA, P.C., SILVEIRA, M.R., CECCATO, M.G.B., REIS, A.M.M., PINTO, I.V.L., REIS, E.A. Prevalência e Fatores Associados à Polifarmácia em Idosos Atendidos na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte-MG, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 26(4):1553-1564, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.08472019>
- 36- EARL, T. et al. Using De-prescribing Practices and the Screening Tool for Older Persons Potentially Inappropriate Prescriptions Criteria to Reduce Harm and Preventable Adverse Drug Events in Older Adults. *J Patient Sat* 2020;16:s23-s35
- 37- WEIR et al. Less Really is More in Inappropriate Medication Use in Older Adults: How can we improve prescribing and deprescribing in older adults?. *J Am Geriatr Soc* 2020;68:1175-1176. <https://doi.org/10.1111/jgs.16485>
- 38- ULLEY, J. et al. Deprescribing interventions and their impact on medication adherence in community-dwelling older adults with polypharmacy: a systematic review. *BMC Geriatrics*(2019);19(15). <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1031-4>
- 39- CURTIN, D. et al. Deprescribing in Older People Approaching End of Life: A Randomized Controlled Trial Using STOPPFrail Criteria. *JAGS* 2019; 0:1-18. <https://doi.org/10.1111/JGS.16278>
- 40- HOEL, R.W., CONOLLY, R.M., TAKASHI, P.Y. Polypharmacy Management in Older Patients. *Mayo Clin Proc*(2021);96(1):242-256. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.06.01>