



SUBTRAIR PARA SOMAR:

uma cartilha sobre desprescrição de fármacos
para profissionais da Atenção Primária à Saúde



Saúde
Pública
Carioca





Sumário

3	Introdução
4	Por que realizar a desprescrição e quem são seus alvos?
5	Princípios gerais da desprescrição
7	Como realizar a desprescrição
9	Benzodiazepínicos
10	Inibidores de Bomba de Prótons
11	Hipoglicemiantes
12	Lista de abreviações
14	Referências

CARTILHA DE ORIENTAÇÕES PARA DESPRESCRIÇÃO DE FÁRMACOS

Esta cartilha fornece informações práticas sobre a desprescrição de fármacos no contexto da Atenção Primária à Saúde.

A desprescrição de fármacos é um processo que visa reduzir doses ou interromper medicamentos que podem causar danos ou que não oferecem benefícios àquela pessoa.

Pensar sobre esse tema envolve uma abordagem mais abrangente do paciente, que nos distancia da visão medicamentozadora em que um bom cuidado em saúde envolve obrigatoriamente a prescrição de um fármaco.

O objetivo deste material é incentivar e auxiliar os profissionais de saúde na revisão dos medicamentos de uso crônico de seus pacientes, promovendo mais segurança e bem-estar, considerando o processo de desprescrição como parte indispensável da boa prática médica.



POR QUE REALIZAR A DESPRESCRIÇÃO?

Quando bem realizada, a desprescrição pode melhorar a qualidade de vida dos pacientes, uma vez que reduz hospitalizações, mortalidade, declínio cognitivo, custo do tratamento, efeitos adversos e interações medicamentosas, além de aumentar a adesão terapêutica.

QUEM SÃO OS ALVOS DA DESPRESCRIÇÃO?

PACIENTES:



- Com ≥ 2 condições de saúde de longo prazo;
- Em polifarmácia (uso de ≥ 5 remédios);
- Idosos;
- Acamados, restritos ao domicílio ou frágeis;
- Recebendo cuidados de fim de vida ou com expectativa de vida reduzida;
- Com baixa adesão medicamentosa;
- Acompanhados por vários médicos diferentes (diversos prescritores);
- Com declínio da função hepática/função renal.

REMÉDIOS:



- Medicamentos potencialmente inadequados em idosos (conferem maior risco de síndromes geriátricas) como sulfonilureias, anti-histamínicos de primeira geração, tricíclicos;
- Benzodiazepínicos para insônia;
- Inibidores da bomba de prótons em uso crônico;
- AINEs em uso regular;
- Medicamentos para prevenção primária de doenças cardiovasculares em pacientes com expectativa de vida reduzida (ex.: AAS, sinvastatina).

PRINCÍPIOS GERAIS DA DESPRESCRIÇÃO

- Sempre checar a adesão e a experiência do paciente com os fármacos em uso;
- Fazer revisões regulares da prescrição (principalmente se uso regular de ≥ 5 fármacos), buscando reduzi-la;
- Se houver mais de um problema de saúde, tentar usar remédios que tratem mais de uma comorbidade;
- Colocar alertas no prontuário com a previsão de descontinuação (ex: desprescrever omeprazol em 01/12/25);
- Quando atingir o objetivo do tratamento, tentar reduzir os remédios para a mínima dose efetiva para controle dos sintomas;
- Preocupar-se com a comunicação clínica: envolver o paciente no processo, individualizando condutas, buscando atingir resultados importantes para ele.

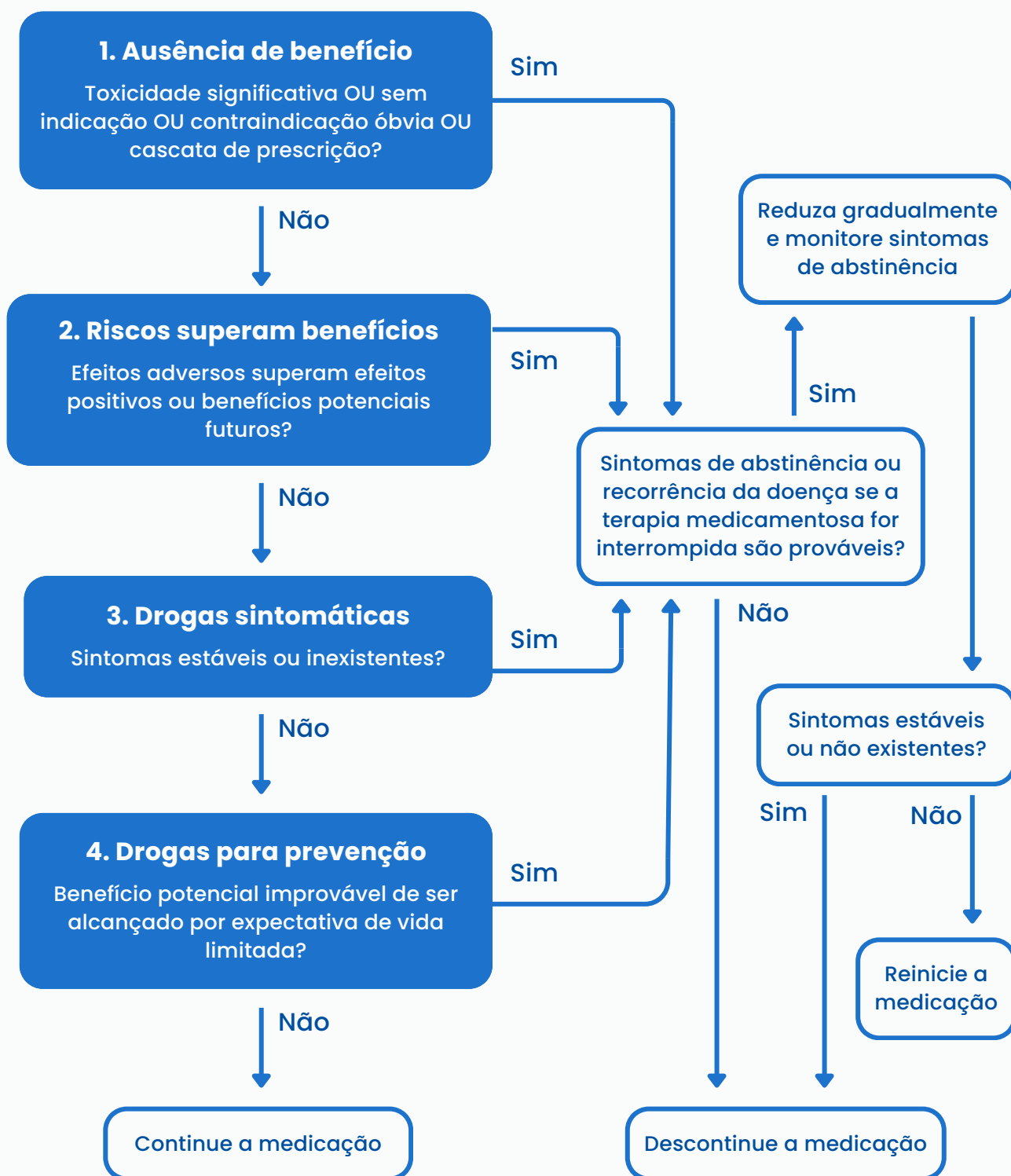
Sempre pensar na pergunta
"Por que não suspender esse fármaco?"



Leve em conta:

- Expectativa de vida da pessoa e tempo para que o fármaco traga o benefício esperado;
- Objetivos do cuidado (prolongamento de vida? paliativo? sintomático?) e preferências/experiências pessoais do paciente.

FLUXOGRAMA DE DESPRESCRIÇÃO



Fonte: Scott, 2015.

COMO REALIZAR A DESPRESCRIÇÃO?

É possível realizar a desprescrição através de um processo de quatro etapas:

1. Envolver o paciente e obter lista de medicamentos em uso

Obtenha um histórico completo de medicações em uso (incluindo fitoterápicos e suplementos vitamínicos), verificando a adesão e a experiência do paciente com a medicação. Se um remédio é raramente tomado, isso facilita sua interrupção. É possível usar o mnemônico **IDADE** para lembrar as informações mais relevantes:

- **I**ndicação;
- **D**ose e frequência de cada medicamento;
- **A**desão;
- **D**uração do uso;
- **E**xperiência do paciente (são eficazes, difíceis de tomar ou causam algum efeito colateral relevante?).

2. Identificar medicamentos a serem desprescritos

Identifique as medicações potencialmente inapropriadas e determine se é possível realizar a interrupção destas. Procure remédios que:

- Não possuam indicação formal ou atual. Ex.: uso contínuo de clopidogrel de forma indefinida após infarto ou bisfosfonatos para prevenção de fraturas em pessoas no fim da vida;
- Estejam causando reações adversas. Ex.: estatinas causando dor muscular e levando à redução da mobilidade;
- Apresentem efeitos adversos frequentes para a população atendida. Ex.: tricíclicos em idosos;
- Causem uma carga de tratamento inaceitável. Ex.: insulina em uma pessoa com demência e medo de agulhas;
- Foram iniciados em uma cascata de prescrição. Ex.:

Terapia inicial	Evento adverso	Terapia subsequente
Diuréticos tiazídicos	Hiperuricemia	Alopurinol
AINEs	Aumento da pressão arterial	Anti-hipertensivos
Antipsicóticos	Sinais e sintomas extrapiramidais	Levodopa

Fonte: Mangin, 2019.

3. Planejar o regime de retirada

- Revise as expectativas do paciente quanto ao tratamento e identifique suas preferências (alguns pacientes podem ser apegado a certos remédios → tente não começar por eles);
- Defina uma ordem de descontinuação, priorizando os medicamentos com maiores riscos de efeitos adversos e os que geram maior preocupação ao paciente;
- Suspenda ou reduza um medicamento de cada vez;
- A descontinuação rápida de alguns medicamentos pode levar a efeitos adversos relevantes, sendo por isso indicada a redução gradual destes. Exemplos de classes associadas à síndromes de retirada:

Medicamentos	Efeitos da suspensão abrupta
Antidepressivos	Acatisia, ansiedade, cefaleia, insônia, sintomas gastrointestinais, tontura, tremores
Antipsicóticos	Náusea, discineia, sudorese, inquietação, diarreia, cefaleia
Benzodiazepínicos	Insônia, sudorese, irritabilidade, sintomas gastrointestinais
Betabloqueadores	Angina instável, infarto agudo do miocárdio, taquicardia, hipertensão
Corticosteroides	Risco de supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal
Opioides	Náuseas, ansiedade, insônia, fogachos ou calafrios, sudorese, câimbras, coriza, rinorreia
Inibidores de bomba de prótons	Dispepsia, pirose (por hiperacidez rebote)

Fonte: Steiman, 2024.

4. Avaliar e registrar a desprescrição

- Informe ao paciente o que esperar e o que deve ser monitorado. Assegure que o processo se trata de uma tentativa, sendo possível retornar ao uso, se necessário;
- Combine consultas de seguimento e maneje os possíveis efeitos colaterais e sintomas de abstinência;
- Mantenha um registro atualizado dos planos de desprescrição e a evolução do processo (ex.: se a suspensão de uma medicação for intolerável, escreva em prontuário o motivo);
- Em consultas posteriores, verifique com o paciente se ele percebeu benefícios ou prejuízos da desprescrição do medicamento.

Benzodiazepínicos

1 Por que desprescrever?

Seu uso crônico pode causar: dependência, piora de funções cognitivas (amnésia, desatenção, lentificação) e de sintomas depressivos, sonolência, delirium, quedas e fraturas em idosos, incontinência urinária e aumento da mortalidade.

2 Quando desprescrever?

Se uso superior a 4–6 semanas; uso em idosos, em gestantes de primeiro trimestre ou em uso concomitante de agentes depressores do SNC; na ausência de indicações ou de benefícios ou na presença de efeitos adversos relevantes.

3 Quando é melhor manter?

Se uso de curto prazo (insônia aguda, ansiedade situacional intensa ou início de tratamento de transtornos de humor), abstinência alcoólica, epilepsia, espasmos musculares graves, histórico de piora significativa dos sintomas ao tentar descontinuar.

4 Como fazer a desprescrição?

Começar diminuindo 25% da dose a cada 2 semanas, com reduções mais lentas (ex.: 12,5%) ou dias sem medicação nas fases finais. A velocidade de suspensão dependerá da capacidade do indivíduo de tolerar os sintomas de retirada.

5 E se surgirem sintomas de abstinência?

Reforce ao paciente sua duração limitada (resolvem-se em cerca de dias ou semanas). Mantenha a dose atual por 1–2 semanas antes de continuar a redução gradual. Os principais sintomas são: ansiedade, insônia, sintomas gastro-intestinais, etc.

6 Há outras orientações?

Se necessário manter, mantenha na menor dose possível. Sempre trate a condição de base do paciente e converse sobre higiene do sono. QR code com orientações ao paciente:



- **Equivalência de doses:** Diazepam 10 mg \equiv Clonazepam 1 mg
- **Disponível no SUS:** Diazepam 5 e 10 mg/cmp e Clonazepam 0,5 e 2 mg/cmp e solução oral 2,5 mg/mL (1 gota \equiv 0,1 mg);

Desenhar a dose pode ajudar na compreensão do paciente



Dose total



Meia dose



1/4 de dose



Nenhuma dose

Inibidor de Bomba de Prótons (IBP)

1 Por que desprescrever?

O uso crônico de IBPs é associado a um maior risco de fraturas, infecções por *C. difficile*, pneumonia, deficiência de B12 e ferro, além de efeitos colaterais mais comuns, como cefaléia, náusea, diarreia e rash.

2 Quando é melhor manter?

Esôfago de Barrett, hérnia de hiato, profilaxia para risco aumentado de sangramento, esofagite severa (confirmada por EDA)

- Nestes, usar menor dose efetiva de IBP

3 Quando desprescrever?

- Uso contínuo em esofagite leve-moderada; DRGE tratada por 4–8 semanas (sintomas controlados); paciente assintomático ou indicação desconhecida: Diminua a dose (↓50%). Se em dose mínima, use em dias alternados por 2–4 semanas e pare o IBP;
- Doença ulcerosa péptica causada por AINE ou *H. pylori* tratada por 2–12 semanas; infecção por *H. pylori* tratada por 2 semanas e paciente assintomático ou profilaxia da úlcera de estresse na UTI após alta: Suspenda IBP.

4 Como fazer a desprescrição?

Monitorize na 4ª e 12ª semana. Questione sobre: azia, regurgitação, dispepsia, anorexia, agitação, perda de peso.

5 E se surgirem sintomas de abstinência?

Se os sintomas persistirem por 3–7 dias e interferirem com atividades de vida diária, considere:

- 1 - Considerar testar e tratar *H.pylori*
- 2 - Retorno à menor dose de IBP efetiva
- 3 - Uso sob demanda*

6 Há outras orientações?

- Evitar refeições 2–3 horas antes de dormir, cessar tabagismo, elevar a cabeceira da cama, reduzir peso e evitar alimentos que desencadeiam sintomas gástricos
- Gerencie sintomas ocasionais:
 - Antagonistas do receptor H2, IBP, alginatos, sob demanda*
 - Antagonistas do receptor H2 diariamente

***Uso sob demanda:** ingestão diária de IBP até a resolução dos sintomas dispépticos seguido de interrupção do uso até a recidiva dos sintomas, de forma cíclica.

Hipoglicemiantes

1 Definir alvo individualizado de HbA1c

	DM1 ou DM2	Idoso hígido	Idoso frágil*	Idoso muito frágil**
HbA1c	< 7%	< 7,5%	< 8%	Evite sintomas de hiper ou hipoglicemia

Fonte: SBD, 2023. *Muitas comorbidades, comprometimento leve a moderado de função e cognição; **doença terminal, comprometimento grave de função e cognição

- Não há benefícios em manter HbA1c < 6% (todos);
- Não é recomendando alvos de HbA1c < 7% em idosos;
- Os autores recomendam que o alvo mínimo de HbA1c seja \cong 1% menor que o alvo máximo

2 Avalie sinais/sintomas de hipoglicemia?

Pergunte ao paciente se nos últimos 3 meses:

- Sentiu tremores, suor frio, confusão, dor de cabeça ou cansaço?
- O nível de açúcar no sangue foi inferior a 70 mg/dl?
- Teve pesadelos ou acordou de repente no meio da noite sem motivo?
- Lanchou regularmente para evitar níveis baixos de açúcar no sangue (hipoglicemia)?

3 Como fazer a desprescrição?

- Inicie desprescrevendo medicamentos com maior risco de causar hipoglicemia (ex.: sulfonilureia de longa duração ou insulina de curta duração);
- Comunique e compartilhe a decisão. Discuta com o paciente e cuidadores as opções:
 - Mudança para um fármaco com menor risco de causar hipoglicemia (ex.: dapagliflozina, metformina ou trocar glibenclamida por gliclazida)
 - Redução gradual de dose a cada 1–4 semanas
 - Descontinuação do fármaco se não houver risco de hiperglicemia grave
- Em doentes renais crônicos: reduzir doses de hipoglicemiantes com eliminação renal (ex.: metformina)

4 Desprescrevi, e agora?

- Reavaliar por 1–2 semanas após cada mudança
- Buscar por sinais/sintomas de hiperglicemia (fadiga, polidipsia ou poliúria)
- Solicitar controles glicêmicos mais frequentemente (se em uso de insulina)
- Repetir glicada em 3 meses
- Se hiperglicemia: retornar à dose prévia ou pensar em introduzir medicações mais seguras que as suspensas anteriormente

LISTA DE ABREVIATÓES

- **AAS:** ácido acetilsalicílico
- **AINEs:** anti-inflamatórios não esteroides
- **APS:** Atenção Primária à Saúde
- **DRGE:** doença do refluxo gastroesofágico
- **EDA:** endoscopia digestiva alta
- **IBP:** Inibidores de Bomba de Prótons
- **SUS:** sistema único de saúde
- **SNC:** sistema nervoso central
- **UTI:** unidade de terapia intensiva
- **HBA1C:** hemoglobina glicada
- **DM1:** diabetes mellitus do tipo 1
- **DM2:** diabetes mellitus do tipo 2



“

É uma arte importante administrar medicamentos de forma adequada, mas saber quando suspendê-los ou omiti-los por completo é uma arte ainda maior e mais difícil de aprender

”

Philippe Pinel (1745-1826)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bonner N, Monks E, Rigby D, Stafford A, Stewart J. Deprescribing guides. [Internet]. 2022. Em: Deprescribing Project Advisory Group, Primary Health Tasmania. (acesso em 12 dez 2024). Disponível em: <https://www.primaryhealthtas.com.au/resources/deprescribing-resources/>
- Canadian Medication Appropriateness and Deprescribing Network. Deprescribing algorithms [internet]. Deprescribing Network. [acesso em 12 dez 2024]. Disponível em: <https://www.deprescribingnetwork.ca>
- Freitas F, Amarante P. Medicalização em psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2015. 148 p.
- Mangin D, Heath I. Em: Polifarmácia. Gusso G, Lopes JM, Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 809-33.
- McCarthy LM, Thompson W, Farrell B. Deprescribing guidelines. [Internet]. 2015. Em: Deprescribing.org, Canadian Deprescribing Network. (acesso em 12 dez 2024). Disponível em: https://deprescribing.org_
- Pititto B, Dias M, Moura F, Lamounier R, Calliari S, Bertoluci M. Metas no tratamento do diabetes. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. (2023). DOI: 10.29327/557753.2022-3, ISBN: 978-85-5722-906-8.
- Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. JAMA Intern Med. [periódicos na internet]. 2015. [acesso em 12 dez 2024]. 175(5):827-34. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25798731/> doi:10.1001/jamainternmed.2015.0324
- Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. Rev. Bras. Enferm. [periódicos na internet]. 2010 [cited 2024 Dez 21];63(1):136-40. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/49Hwsx38f79S8LzfjYtqYFR/> doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100023>
- Starkey V, Omorinoye T. Deprescribing: a practical guide. 3. ed. NHS Derby and Derbyshire Clinical Commissioning Group; [Internet]. 2019. (acesso em 12 dez 2024). p. 1-14. Disponível em: https://www.derbyshiremedicinesmanagement.nhs.uk/assets/Clinical_Guidelines/clinical_guidelines_front_page/Deprescribing.pdf
- Steinman M, Reeve. Deprescribing. [Internet]. 2024. Em: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. (citado em 12 de dezembro de 2023). Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/deprescribing?search=deprescribing&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1

ELABORAÇÃO DA CARTILHA

Esta cartilha é fruto do trabalho de conclusão de curso do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Autoras

Email

Gabriella Melo Ximenes Damásio

ximenesgabriella@gmail.com

Renata Motoki Amorim Pereira

renatamotoki@gmail.com

Orientador

Email

Lucas Vega Martinez Veras Ferreira

lucasvegacp2@gmail.com

Coorientador

Email

Eberhart Portocarrero-Gross

eberhartpg@gmail.com

Projeto gráfico

Email

Carolina Figueiredo Menezes

carolmfigueiredo@gmail.com

