

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

REGIANE MÜLLER

**A DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS DA CLASSE DOS
BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Florianópolis

2020

REGIANE MÜLLER

**A DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS DA CLASSE DOS
BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação
em Farmácia do Centro de Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Santa Catarina
como requisito parcial para a obtenção do
Título de Farmacêutica.

Orientador: Prof^o. Dr^o. Filipe Carvalho Matheus

Florianópolis

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Müller, Regiane

A desprescrição de medicamentos da classe dos
benzodiazepínicos em idosos : Uma revisão integrativa da
literatura / Regiane Müller ; orientador, Filipe Carvalho
Matheus, 2020.

59 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Farmácia, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Farmácia. 2. desprescrição. 3. benzodiazepínicos. 4.
idosos. 5. medicamentos. I. Matheus, Filipe Carvalho . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em
Farmácia. III. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, por terem me incentivado todos esses anos na graduação e me apoiado mesmo nos tempos difíceis quando o medo das dificuldades e as incertezas tomavam conta dos meus pensamentos. Sem eles eu não teria chegado até aqui e nem teria me tornado a pessoa que eu sou hoje. Também agradeço ao meu noivo por toda paciência e incentivo que me deu ao longo destes anos que vivi, sempre me apoiou e colocou meus estudos em primeiro lugar.

Agradeço aos professores da Universidade Federal de Santa Catarina, por terem ajudado a escolher o meu caminho profissional, pela disposição e o melhor aprendizado. Em especial agradeço ao meu professor orientador deste trabalho, Filipe Carvalho Matheus, por ter aceitado me orientar, ter me guiado, me auxiliado, onde mesmo à distância esteve presente em todo percurso, sempre me incentivando a realizar um ótimo trabalho além de ampliar meus horizontes de conhecimento.

Agradeço aos meus amigos, por dividirem comigo esses anos, pois tornaram a minha rotina muito mais agradável e prazerosa. Mesmo de longe, sempre estão presentes, dividindo as incertezas e compartilhando os sentimentos.

E principalmente agradeço à Deus, por ter me concedido esse presente, que foi entrar para a Universidade Federal de Santa Catarina, e ter me ajudado todos esses anos, sempre que eu pedia perseverança para alcançar todos os meus objetivos.

RESUMO

O aumento crescente da população idosa pode ser observado em vários países do mundo, inclusive no Brasil, estimativas do IBGE apontam que esta população tende a expandir ainda mais nos próximos anos. Devido a mudanças fisiológicas próprias do envelhecimento, os idosos sofrem mais pelos efeitos adversos decorrentes do uso de Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPI). Segundo os Critérios de Beers, os BZD são uma classe de MPI, portanto seu uso não é recomendado para tratamento nestes pacientes. Esta classe de medicamentos tem potencial de causar danos que podem vir a ser irreparáveis com seu uso a longo prazo, podendo ser observado declínio da função cognitiva, aumento no número de quedas, sedação diurna, risco de dependência, tolerância e possível abstinência com a retirada do medicamento. Devido a estes fatores, a técnica de desprescrição, que consiste na retirada de um medicamento que causa mais danos do que benefícios ao paciente, vem sendo abordada no campo de atuação dos profissionais de saúde para a melhoria na atenção à saúde do paciente idoso. O atual estudo foi embasado no método de revisão integrativa da literatura, onde foram pautadas as principais técnicas de desprescrição retratadas em estudos clínicos primários e revisões, e teve como objetivos descrever as principais abordagens utilizadas, as etapas de cada técnica, as dificuldades encontradas ao realizar o processo, os benefícios observados pós-descontinuação dos medicamentos e também direcionou a atuação dos profissionais de saúde no âmbito da desprescrição. Foi possível observar que a desprescrição de BZD em idosos é um processo viável e atingível, onde o sucesso e a taxa de descontinuação variam de acordo com a abordagem utilizada. A melhor estratégia de desprescrição ainda permanece indefinida, mas estudos apontam que uma abordagem multifacetada ainda pode ser a melhor escolha. Benefícios puderam ser notados após a intervenção, sendo os principais a redução no risco de quedas, melhora na cognição, qualidade de vida, humor e entre outros. O papel dos profissionais de saúde neste campo de atuação pôde ser enfatizado, pois notou-se a importância da participação do farmacêutico em conjunto com o médico prescritor para a influência e auxílio do paciente em fase de desprescrição, que gera melhores resultados e sucesso na intervenção. Não abstendo-se dos profissionais da enfermagem e psicologia, que também são parte essencial dos cuidados ao paciente idoso.

Palavras-chave: Uso crônico de benzodiazepínicos, idoso, desprescrição, saúde do idoso, efeitos adversos.

ABSTRACT

The growing increase in the elderly population can be observed in a lot of countries around the world, including Brazil, IBGE estimates indicate that this population tends to expand even more in the coming years. Due to the physiological changes inherent to aging, the elderly suffer more from the adverse effects resulting from the use of PIM. According to Beers' Criteria, BZDs are a class of MPI, so their use is not recommended for treatment in these patients. This class of drugs has the potential to cause damage that may be irreparable with its long-term use, with a decline in cognitive function, an increase in the number of falls, daytime sedation, risk of dependence, tolerance and possible withdrawal with withdrawal. of the medicine. Due to these factors, the technique of prescribing, which consists of removing a medication that causes more harm than benefits to the patient, has been addressed in the field of action of health professionals to improve health care for elderly patients. The current study was based on the method of integrative literature review, which was based on the main techniques of description described in primary clinical studies and reviews, and aimed to describe the main approaches used, the steps of each technique, the difficulties encountered when performing the process, the benefits observed after the discontinuation of medications and also directed the performance of health professionals in the scope of the prescription. It was possible to observe that the description of BZD in the elderly is a viable and attainable process, where the success and the rate of discontinuation vary according to the approach used. The best descriptive strategy still remains undefined, but studies show that a multifaceted approach may still be the best choice. Benefits could be noticed after the intervention, the main ones being the reduction in the risk of falls, improvement in cognition, quality of life, mood and among others. The role of health professionals in this field of action could be emphasized, as the importance of the participation of the pharmacist in conjunction with the prescribing physician was noted for the influence and assistance of the patient in the prescribing phase, which generates better results and success in the intervention. Not abstaining from nursing and psychology professionals, who are also an essential part of caring for elderly patients.

Keywords: Chronic use of benzodiazepines, aged, deprescription, elderly health, adverse effects.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Estrutura química geral dos Benzodiazepínicos	11
Figura 2: Ciclo da desprescrição.	19
Figura 3: Fluxograma do processo de seleção da amostra.	26
Figura 4: Cronograma de retirada gradual de BZD em um período de 21 dias.	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Bases de dados, estratégias de busca e número artigos encontrados.	24
Quadro 2: Processo de seleção por título e resumo dos artigos encontrados.	25
Quadro 3: Seleção de artigos por leitura do texto completo.....	26
Quadro 4: Instrumento de coleta com informações gerais dos estudos coletados, título, autores, base de dados, periódicos e ano de publicação.....	30
Quadro 5: Instrumento de coleta de dados com objetivos, metodologia, amostra e principais resultados.	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BZD Benzodiazepínicos

FDA Food and Drug Administration

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MPI Medicamentos potencialmente inapropriados em idosos

OMS Organização Mundial de Saúde

SNC Sistema nervoso central

SNGPC Sistema Nacional de gerenciamento de produtos controlados

URM Uso racional de medicamentos

SUMÁRIO

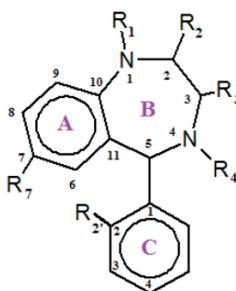
1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO	21
2.1 OBJETIVO GERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 JUSTIFICATIVA	22
4 METODOLOGIA.....	23
4.1 ETAPA 1: Identificou-se o tema e a hipótese ou questão de pesquisa em que foi elaborada a revisão integrativa.....	23
4.2 ETAPA 2: Foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura	23
4.3 ETAPA 3: Foram definidas as informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos	27
4.4 ETAPA 4: Avaliou-se os estudos incluídos na revisão integrativa	27
4.5 ETAPA 5: Foram interpretados os resultados	27
4.6 ETAPA 6: A revisão/síntese do conhecimento foi realizada	28
5 RESULTADOS	29
6 DISCUSSÃO	49
7 CONCLUSÕES.....	52
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXO A:	59

1 INTRODUÇÃO

O primeiro medicamento sintetizado pertencente à classe dos Benzodiazepínicos foi o Clordiazepóxido, lançado no mercado em 1960, marcando o início da “revolução dos benzodiazepínicos”. Ao longo dos trinta anos posteriores ao seu lançamento, foram sintetizados diversos derivados, aumentando a disponibilidade terapêutica para o tratamento de ansiedade e insônia no mundo (BERNIK, 1999). Fazem parte do grupo dos psicofármacos e apresentam atividades ansiolítica, hipnótica, anticonvulsivante e miorrelexante. Apesar de serem considerados fármacos seguros quando usados no contexto do Uso Racional de Medicamentos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ressalta que os BZD possuem grande capacidade de causar tolerância, intoxicação e dependência química. Portanto, o tempo de uso recomendado é de no máximo quatro meses (SILVEIRA; ALMEIDA; CARRILHO, 2019).

O seu mecanismo de ação está relacionado com sua estrutura química, que se apresenta na forma de um anel de sete membros (B), com quatro grupos de substituição (R1,R2,R3 e R4), havendo a possibilidade de estes grupos serem modificados sem gerar perda de atividade farmacológica do BZD, agrupado a um anel aromático (A) e ao substituinte 5-aril (C), que está relacionado a potência (RANG et al, 2016; SILVA, 2012).

Figura 1: Estrutura química geral dos Benzodiazepínicos



Fonte: Silva, 2012.

Os BZD atuam de forma seletiva nos receptores do tipo A (GABA_A) para o ácido gama-aminobutírico (GABA), o principal neurotransmissor inibitório neuronal. As subunidades proteicas pertencentes ao GABA_A formam um canal por onde atravessam íons cloreto, os quais são íons carregados negativamente. Ao se ligarem ao receptor GABA_A, os BZD potencializam a ação do GABA, levando ao aumento da frequência de abertura desse canal de íons, que devido ao gradiente de concentração fazem com que ocorra a entrada de íons cloreto no neurônio. O processo acaba gerando uma hiperpolarização da membrana plasmática do neurônio, o que

diminui sua capacidade excitatória (CPSM/SMS-RIO, 2006). Os BZD ligam-se às proteínas plasmáticas, como a albumina, e são depositados mais facilmente no tecido adiposo. Por serem altamente lipossolúveis, eles têm facilidade de penetrar no SNC ao atravessar a barreira hematoencefálica (GONÇALVES, 2012).

De acordo com o boletim farmacoepidemiológico do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) publicado pela Agência Nacional de vigilância sanitária (ANVISA), os dados revelam que nos anos de 2007 a 2010 o Clonazepam, medicamento pertencente a classe dos BZD foi a substância sujeita a controle especial mais consumida pela população Brasileira, resultando no número de 10 milhões de caixas vendidas do medicamento somente no ano de 2010 (ANVISA, 2011). O seu uso se tornou popular devido à sua classificação inicial considerar o medicamento como uma substância que apresentava baixos níveis de toxicidade, portanto oferecia segurança ao longo do tratamento. Porém logo ao final da década de 70, pesquisadores alertaram a respeito dos riscos consequentes ao consumo desta classe de medicamentos, como por exemplo a dependência, sintomas de abstinência e potencial abuso (AMB, CFM, 2008).

Fegadolli, Varela e Carlini (2019), alertam que devido ao seu uso irracional, o medicamento passou a ser considerado um problema de saúde pública não apenas no Brasil, mas também em países como Chile, Venezuela, Uruguai e Argentina. O desenvolvimento de dependência aos BZD é algo preocupante para os profissionais de saúde, e além das características químicas dos BZD, outros fatores como tempo de uso, predisposição genética, abuso de outras drogas e álcool podem influenciar no surgimento de tolerância e dependência pelo usuário. Quanto maior o tempo de uso do medicamento, maior o risco de tolerância, que é considerada um fenômeno natural, por conta da exposição crônica à substância (Associação Médica Brasileira, 2008; BATESON, 2002; Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002).

A tolerância se caracteriza pela diminuição do efeito farmacológico ao longo do tempo e com consequente necessidade de aumento de dose do medicamento para reestabelecer o efeito. A dependência leva à síndrome de abstinência, quando o paciente descontinua o tratamento, a qual pode causar sintomas físicos e psíquicos. Os sintomas de abstinência ao fármaco são revertidos com a re-administração do mesmo fármaco ou com a administração de um análogo, visando amenizar os sintomas da retirada. Entre os sintomas físicos citam-se os tremores, sudorese e palpitação. Como sintomas psíquicos encontram-se, entre outros, a insônia, irritabilidade, pesadelos e prejuízos na memória (Associação Médica Brasileira, 2008; BATESON, 2002; Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002).

Um possível mecanismo que pode estar relacionado à tolerância e à dependência a ser considerado é a capacidade dos benzodiazepínicos em aumentar a eficiência das vias GABAérgicas. O uso crônico desses medicamentos pode induzir uma infra-regulação dessas vias por um mecanismo compensatório, como o desacoplamento do sítio benzodiazepínico do sítio do GABA nos receptores GABA_A. Assim, a ligação do fármaco seria preservada, mas teria um pequeno ou nenhum efeito potencializador da ligação do GABA ao receptor. Portanto, a infra-regulação desta via causaria uma “sub inibição” do encéfalo. Essa sub inibição envolve a atividade simpática central, levando a sintomas físicos, como ansiedade, distúrbio do sono e tontura, o que poderia ocasionar dependência psicológica ao fármaco (GOLAN et al., 2009).

De acordo com a análise de Azevedo, Araújo e Ferreira (2016) quanto ao uso desses medicamentos, há uma tendência em se optar por aqueles de meia-vida menor, como Alprazolam, Bromazepam e Lorazepam. Os médicos brasileiros seguem essa mesma tendência, prescrevendo preferivelmente Alprazolam e Bromazepam. Os BZD de meia-vida menor são mais prescritos por não apresentarem metabólitos ativos (AZEVEDO, ARAÚJO, FERREIRA, 2016). Além disso, eles possuem a vantagem de não se acumular no organismo, uma vez que atingem seu pico plasmático mais rapidamente, o que gera uma diminuição da sedação diurna, que por muitas vezes pode gerar quedas e acidentes, principalmente em idosos. Contudo, dependendo da indicação clínica, essa escolha também pode trazer algumas desvantagens, pois são necessárias administrações mais frequentes do medicamento, as síndromes de abstinência são mais severas e pode ocorrer insônia de rebote e amnésia anterógrada (ANDRADE, SILVA FILHO, JUNQUEIRA, 2016). Nunes e Bastos (2016) concluem também que fármacos com tempo de meia-vida menor possuem alta lipossolubilidade e tem maior probabilidade de causar dependência.

O que leva o prescritor tomar a decisão de prescrever um medicamento benzodiazepínico é o conjunto de sintomas que o paciente pode apresentar, sejam eles: preocupações excessivas, ansiedade, depressão, insônia, sintomas de apatia, fadiga, taquicardia, anorexia e diminuição da libido (CPSM/SMS-RIO, 2006). Ademais, há moradores de grandes cidades que sofrem com as condições sociais e físicas (trânsito caótico, insegurança, ambiente competitivo) associadas a rotina, afetando a sua saúde mental. Essas condições podem ser associadas a prescrições pouco criteriosas de BZD, o que demonstra uma crença de que esses medicamentos podem ser benéficos para a saúde mental, aliviando essa realidade estressante (AZEVEDO, ARAÚJO, FERREIRA, 2016).

A prescrição da classe dos BZD muitas vezes ocorre em nível primário de saúde e deve ser feita de forma racional, avaliando três principais aspectos: necessidade, intermitência

(quando o medicamento é utilizado descontinuamente) e o tratamento de curta duração. Devem ser avaliados a história clínica e psicológica, o estilo de vida e ver a real necessidade do uso do medicamento. Além disso, os pacientes devem ser esclarecidos dos possíveis efeitos adversos. E a prescrição deve ser revista visando reduzir o risco de dependência com o uso prolongado (MENDES, 2013).

Silva e Oliveira (2012) descreveram a importância da atuação do profissional farmacêutico no acompanhamento de pacientes em uso dos BZD. Os farmacêuticos são profissionais capazes de realizar acompanhamento farmacoterapêutico, com o objetivo de identificar e avaliar efeitos adversos, interações medicamentosas e verificar a necessidade da manutenção terapêutica, garantindo o alcance de bons resultados e promovendo o URM.

De maneira geral, os BZD são amplamente usados em diversas faixas etárias, porém, há uma tendência em aumentar seu uso com o envelhecimento. Existe uma distribuição entre homens e mulheres, mas prevalece o uso por pacientes do sexo feminino (BERNIK, 1999). Assim como também identificado por Telles Filho e colaboradores (2011).

O uso é maior em mulheres, provavelmente, devido ao fato de estas utilizarem mais os serviços de assistência à saúde e também por apresentarem uma incidência maior de problemas psicológicos (HUF et al, 2000). De acordo com o último levantamento realizado pelo Centro Brasileiro de informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2006), notou-se um predomínio de uso por mulheres acima de trinta e cinco anos, porém, faltam dados atuais que levem em conta o envelhecimento da população.

A longevidade foi alcançada devido às melhorias nas condições sociais e de saúde da população, o que resulta em um percentual maior de idosos na sociedade. Contudo, aliado ao envelhecimento, observa-se também o aumento de doenças crônico-degenerativas (SALCHER et al. 2018). Alvarenga et al. (2015) fizeram uma análise sobre o motivo do uso crônico de benzodiazepínicos em idosos. De acordo com as entrevistas realizadas com os mesmos, mostrou-se a existência de um uso paliativo, para lidar com dificuldades existenciais, advindas de situações culturais, sociais e familiares que eles vivem, portanto os pesquisadores concluíram que este “nervoso”, como os idosos se referem, gera uma condição perturbadora, incurável, que lhes tiram o sono e o sossego. Então, muitos idosos encontram o “alívio” no uso crônico de benzodiazepínicos. O bem-estar que o medicamento proporciona acaba por reforçar o uso e o medicamento se torna indispensável. Dessa maneira, supõe-se que seja por esse motivo que os BZD estão entre os medicamentos mais consumidos por idosos.

É comum observar que os idosos geralmente fazem uso de diversos medicamentos. Esse cenário favorece possíveis interações medicamentosas e efeitos adversos, que também

estarão mais presentes em decorrência das alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento (SALCHER et al. 2018).

Alguns fármacos produzem efeitos maiores e prolongados de acordo com a idade, isto vale para bebês recém-nascidos e idosos. A principal razão disto ocorrer é que a idade afeta a eliminação dos fármacos, tornando-a menos eficiente. Outros fatores são observados, como a variação na sensibilidade farmacodinâmica aos fármacos, além de no caso dos idosos a composição corporal apresentar uma proporção de gordura mais elevada, alterando portanto o volume de distribuição dos medicamentos, onde a distribuição dos fármacos lipossolúveis se torna maior. Enzimas microssômicas hepáticas também apresentam um declínio gradativo. Aumentando o tempo de meia-vida dos fármacos, como por exemplo o Diazepam, o que leva a um acúmulo do fármaco após doses repetidas.

Observa-se também a queda na taxa de filtração glomerular, que decai cerca de 25% aos 50 anos e 50% aos 75 anos de idade, devido a isso, quando administrado um medicamento cronicamente, é notável o seu aumento na concentração plasmática, sendo uma causa comum de toxicidade por alguns fármacos em pessoas idosas (RANG et al. 2016).

As principais mudanças fisiológicas que ocorrem no organismo de um idoso, e que se relacionam com a farmacocinética e a farmacodinâmica, são a diminuição da quantidade de água corporal, que faz com que sejam atingidos picos elevados de concentração dos fármacos por não sofrerem a dissolução adequada; os rins também diminuem a capacidade de excreção; e o fígado começa a apresentar dificuldades na metabolização de fármacos. Essas condições fazem com que os fármacos, de uma maneira geral, permaneçam muito mais tempo no organismo de um idoso (BERKOW, R. et al. 2002).

Ao observar de maneira específica o caso dos benzodiazepínicos, nota-se a existência de algumas particularidades farmacodinâmicas. A população idosa apresenta maior sensibilidade aos BZD, o que ocorre devido a uma mudança fisiológica no próprio local de ligação destes fármacos, os receptores GABA_A do SNC. Devido a isso aumenta-se a probabilidade de ocorrência dos efeitos adversos. Os efeitos adversos mais comuns observados são sonolência, fadiga, fraqueza, prejuízo na coordenação motora e alterações cognitivas. Alguns têm a incidência aumentada, como o aumento na sedação, perda de memória, desinibição e as possíveis quedas em idosos. A gravidade dos efeitos tem relação com a dose estabelecida e com o tempo de meia-vida do medicamento (TRATADO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2011).

Devido aos benzodiazepínicos induzirem a sedação, eles conseqüentemente comprometem também as funções motora e psíquica dos idosos, podendo causar quedas. A

Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina (2008), consideram a queda como o acidente doméstico mais grave e frequente que pode ocorrer com os idosos, sendo a principal etiologia de morte acidental na população acima de 65 anos de idade.

De acordo com o CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health) que avaliou o uso de benzodiazepínicos por idosos por revisões sistemáticas e meta-análises incluídas no estudo, observou-se um aumento estatisticamente significativo no risco de quedas em idosos em uso de benzodiazepínicos (CADTH, 2011).

Além das quedas, os efeitos amnésicos causados pelos BZD chamam atenção por causarem prejuízos na aquisição de informações, na consolidação e no armazenamento das memórias, o que depende da dose administrada e da concentração plasmática do fármaco. Porém, os idosos são mais sensíveis a esses efeitos, mesmo em dose única de medicamento. O uso crônico do medicamento gera déficit na atenção e no processamento visuoespacial, sendo revertidos com a redução ou a descontinuação dos BZD (TRATADO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2011).

Devido a essas consequências observadas e às mudanças fisiológicas no idoso, existem várias ferramentas que são utilizadas para avaliação da qualidade do atendimento ao paciente e seleção de medicamentos a serem utilizados em idosos, bem como educar os prescritores e pacientes afim de reduzir os efeitos adversos, definindo padrões de uso de medicamentos em idosos. A ferramenta pioneira utilizada foram os Critérios de Beers, os quais elencam medicamentos potencialmente inapropriados para idosos (MPI), ou seja, aqueles com risco de provocar efeitos adversos danosos que superam os seus benefícios. Nestes critérios os medicamentos se enquadram em diferentes categorias baseadas na qualidade da evidência.

De acordo com os critérios de Beers (2019), os BZD fazem parte da categoria de medicamentos potencialmente inapropriados na maioria dos idosos, onde a recomendação principal é evitar o uso desta classe de medicamentos (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2019).

No Consenso Brasileiro de MPI, Oliveira et al. (2016) ressalta que os benzodiazepínicos são considerados como medicamentos que devem ser evitados independentemente da condição clínica, apresentando a informação de que os benzodiazepínicos aumentam o risco de comprometimento cognitivo, delirium, quedas, fraturas e acidentes automobilísticos. Deve-se evitar todos os benzodiazepínicos para tratar insônia, agitação e delirium nesta população.

Lebrão e Laurenti (2005) realizaram um estudo chamado “Saúde, bem-estar e envelhecimento” (SABE), com 1.254 idosos da cidade de São Paulo. Verificou-se, nesse

estudo, que 28,0% dos idosos faziam uso de pelo menos um MPI, associado majoritariamente ao sexo feminino, também relacionado a presença de duas ou mais doenças e ao uso de cinco medicamentos ou mais. Este estudo traz à tona outra realidade da população idosa: a iatrogenia. Moraes (2012) evidencia em um artigo da Organização Panamericana de Saúde, que a iatrogenia, em grande parte, ocorre devido ao fato de os profissionais de saúde desconhecerem as mudanças fisiológicas do envelhecimento e não saberem como realizar a abordagem e o atendimento específico ao idoso. Portanto, quando o paciente apresenta algum tipo de sintoma incomum, logo se confunde com novas doenças ou sintomas do próprio envelhecimento, e não se atribui a possíveis efeitos adversos dos medicamentos em uso. Desse modo, há uma dificuldade ainda maior no diagnóstico, além de serem muito pouco conhecidas as propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas de vários medicamentos que são amplamente utilizados por essa faixa etária (MORAES, 2012).

Esse contexto mostra a importância do profissional farmacêutico na atenção ao idoso, em conjunto com a equipe multidisciplinar, colaborando na revisão dos medicamentos já utilizados, e na análise de queixas que podem estar relacionadas a eventos adversos a medicamentos (MORAES, 2012).

No Brasil, existe o Estatuto do Idoso (2003) e a Política Nacional de Saúde da pessoa idosa (2006), que regula os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e promove o envelhecimento bem sucedido, de maneira ativa, de modo a manter a capacidade funcional e a autonomia dessa população específica (BRASIL, 2003, p. 13; BRASIL, 2006).

No capítulo IV do Direito à Saúde, o art. 15 do Estatuto do idoso (2003) é apresentada a seguinte informação:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. (BRASIL, 2003, p. 13)

Rocha (2014), em um trabalho realizado na estratégia saúde da família, afirma que, de acordo com a nova configuração demográfica no país, a tendência de envelhecimento da população se tornou objetivo de vários estudos, até mesmo a nível mundial. Faz-se necessário então uma atenção especial aos idosos, por se tratar de uma população mais vulnerável, com condições diferenciadas e que levam a um impacto social, econômico e cultural.

No Brasil, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004), prevê diversas ações, entre as quais, o atendimento da população com medicamentos elencados na

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Ainda, considerando os diferentes contextos, cada município pode elaborar uma lista de medicamentos - Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), utilizando a RENAME como instrumento norteador.

A RENAME (BRASIL, 2020) contempla dois medicamentos da classe dos Benzodiazepínicos: Diazepam e Clonazepam. Ao avaliar a indicação clínica destes medicamentos, percebe-se que são opções terapêuticas importantes, porém, em relação aos idosos, faz-se necessário observar com cautela se são as melhores opções. Como medicamentos com meia-vida longa, possuem efeito sedativo diurno, o que está associado a riscos, principalmente em idosos. Assim, considerando o aumento na expectativa de vida, é importante reavaliar a lista de medicamentos disponíveis para a possível inclusão de fármacos com menos riscos para os idosos.

O Tratado de Geriatria e Gerontologia (2011), no capítulo “Psicofármacos em idosos”, elabora uma estratégia para a prescrição de psicotrópicos nessa faixa etária, na qual constam os principais pontos e ações que devem ser tomadas pelo clínico no momento do atendimento ao paciente idoso. Existem questões que devem ser exploradas antes de qualquer prescrição, como a descrição do sintoma alvo a ser tratado, considerar possíveis intervenções não farmacológicas, revisar os efeitos colaterais do medicamento a ser prescrito e definir critérios para avaliar a resposta terapêutica.

Sabendo-se que na realidade atual evidencia-se o uso crônico de benzodiazepínicos também em idosos, é preciso refletir sobre possíveis soluções para melhoria na qualidade de vida desses pacientes, com menores riscos de eventos adversos, e dependência. Maneiras de intervir nesse processo vem sendo apresentadas em alguns artigos, porém, as informações ainda são esparsas (MOREIRA, 2019).

A desprescrição, ainda é um conceito pouco difundido e exercido, é uma estratégia sendo estudada para reduzir o problema do uso crônico de BZD em idosos. Hilmer e Gnjidic (2018) definem a desprescrição como “a retirada de um medicamento inapropriado, supervisionada por um profissional com o objetivo de gerenciar a polifarmácia e melhorar os resultados de saúde.” (HILMER; GNJIDIC, 2018, p. 497). Considera-se polifarmácia o uso de cinco ou mais medicamentos concomitantemente, geralmente associadas a presença de comorbidades relacionadas ao envelhecimento (SECOLI, 2010).

A desprescrição é uma intervenção que deve ser realizada de forma bem estruturada, planejada e monitorada, e que leve em conta cada indivíduo em particular. Deve-se sempre observar a melhor relação risco-benefício, quais são as preferências do paciente, os desejos e

as expectativas do idoso, se o indivíduo possui comorbidades, se utiliza polifarmácia, sua idade, sua expectativa de vida e funcionalidade (MORAES, 2018).

Todos os idosos podem se beneficiar dessa prática, porém é notável que aqueles mais frágeis terão benefícios ainda maiores, pois apresentam menor reserva homeostática, o que leva a maiores riscos de efeitos adversos dos medicamentos. Entre os algoritmos de desprescrição, não há comprovação de superioridade de qualquer um deles, e de modo geral deve-se conhecer profundamente o quadro clínico do paciente e estabelecer uma relação de confiança entre o idoso, a equipe multidisciplinar e a família (SGNAOLIN, ENGROFF, 2019).

O método mais recomendado de desprescrição é a retirada lenta e gradual do medicamento, mas ainda assim existem casos da retirada súbita, quando a gravidade do evento adverso ao medicamento é alta e a suspensão do fármaco pode levar a reversão do quadro. Esse processo envolve algumas etapas, como pode ser observado na Figura 2, iniciando com a revisão de todos os medicamentos em uso, o estado físico e comportamental do paciente. É analisada a adesão aos medicamentos, interações medicamentosas e efeitos adversos. São definidas metas e objetivos em conjunto com a equipe multidisciplinar e o paciente. Após toda a análise, é iniciada a desprescrição, na qual são retirados os medicamentos inapropriados. Ao final, é realizado o monitoramento do paciente, quanto a adesão à desprescrição ou até mesmo um possível ressurgimento dos sintomas (MORAES, 2018).

Figura 2: Ciclo da desprescrição.



Fonte: Adaptado de Sgnaolin; Engroff, 2019.

A desprescrição é uma estratégia recente e em evolução, mas já é possível observar a importância da atuação do farmacêutico nesse processo em conjunto com a equipe multidisciplinar. O farmacêutico se faz necessário para realizar a avaliação da farmacoterapia,

observação das interações medicamentosas, efeitos adversos, além de sugerir condutas terapêuticas em conjunto com o prescritor. Com essas ações, o farmacêutico pode auxiliar na modificação de doses, na substituição de medicamentos, na eliminação ou até na inclusão de medicamentos na prescrição médica (SGNAOLIN; ENGROFF, 2019).

A resolução 585, Artigo 7, parágrafo V do Conselho Federal de Farmácia reforça a importância da participação do farmacêutico no âmbito das desprescrições, por meio das intervenções farmacêuticas, e emissão de parecer, com propósito de auxiliar na seleção, adição, substituição, ajuste ou interrupção da farmacoterapia do paciente;...” (Conselho Federal de Farmácia, 2013, p. 4).

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar uma revisão integrativa da literatura sobre o tema de desprescrição de benzodiazepínicos em idosos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Discutir o uso crônico dos benzodiazepínicos em idosos, abordando indicações, dose, efeitos adversos e cuidados específicos;
- b) Identificar as etapas do processo de desprescrição de benzodiazepínicos em idosos;
- c) Identificar as dificuldades estabelecidas na retirada desses medicamentos em idosos;
- d) Apontar os benefícios comumente observados nos processos de desprescrição de benzodiazepínicos;
- e) Fornecer subsídios para a atuação dos profissionais da área da saúde no âmbito da desprescrição de medicamentos da classe dos benzodiazepínicos, com enfoque na atenção à saúde do idoso.

3 JUSTIFICATIVA

O Brasil vem acompanhando a tendência mundial de envelhecimento populacional, com o estreitamento da base da pirâmide etária (menos crianças e jovens) e alargamento do meio (adultos) e do topo (idosos) da pirâmide. A partir da observação de dados sociodemográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), observa-se que o país apresenta 28 milhões de pessoas acima de 60 anos, representando 13% da população total, levando em conta que este percentual tende a dobrar nas próximas décadas. De acordo com a projeção populacional realizada pelo IBGE em 2018, no ano de 2043 um quarto da população deverá ter mais de 60 anos (BRASIL, IBGE, 2019).

Esse cenário é decorrente das melhorias nas condições de vida da população, e o novo contexto brasileiro representa um alargamento no topo da pirâmide etária. Ademais, surge a preocupação em relação aos cuidados em saúde ao paciente idoso, incluindo o uso de MPI, como os Benzodiazepínicos (ROCHA, 2014).

De acordo com o Boletim de Farmacoepidemiologia do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), emitido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária no período de 2007 a 2010, os BZD foram as substâncias de controle especial mais consumidas pela população brasileira. Essa informação mostra que o cenário atual é caracterizado pelo uso abusivo crônico dessa classe de medicamentos (ROCHA, 2014), inclusive por idosos.

A desprescrição de medicamentos na população idosa, visa contribuir para a segurança dos tratamentos. Avalia os benefícios para o paciente, e os potenciais ou reais danos, visando através da redução da quantidade de medicamentos, a redução de prejuízos e a melhora da qualidade de vida dos pacientes (POTTIE K et al, 2018).

A viabilidade da desprescrição de Benzodiazepínicos na população idosa é importante porque há uma crescente evidência de que pode reduzir os danos associados ao uso crônico. Em alguns estudos observou-se resultados estatisticamente significativos de melhoria na cognição, nos sintomas neuropsicológicos, no equilíbrio e na qualidade de vida após a desprescrição destes medicamentos (HILMER; GNJIDIC, 2018).

O presente estudo de revisão visa contribuir com a compilação de informações a respeito da desprescrição e também para a diminuição do uso abusivo de benzodiazepínicos em idosos, uma vez que essa faixa etária é a que mais sofre com os efeitos negativos relacionados ao uso destes medicamentos, como prejuízos cognitivos e psicomotores.

4 METODOLOGIA

O presente estudo se utilizará do método de revisão integrativa da literatura. O tipo de revisão escolhido tem a finalidade de sintetizar conhecimento a partir de estudos anteriores, que demonstram o conhecimento sobre determinada questão no seu estado atual, possibilitando a redução de incertezas, suporte para tomada de decisões, melhoria na prática clínica, além de contribuir para que futuros estudos sejam realizados, apontando lacunas a serem preenchidas (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

A desprescrição de medicamentos ainda é um tema recente, que vem sendo abordado por profissionais da área da saúde, como uma possibilidade de melhoria na qualidade dos cuidados prestados ao paciente e no aumento da qualidade de vida, neste caso, dos idosos em uso crônico de benzodiazepínicos.

A opção de abordagem do tema por meio de uma revisão integrativa, proporciona uma busca ampla e análise de procedimentos e metodologias utilizadas no Brasil e no mundo, para a realização da desprescrição de BZD em idosos, além da avaliação dos benefícios passíveis de serem observados. A revisão integrativa da literatura pode ser dividida em seis etapas principais (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008), com critérios e aplicabilidade bem definidos.

4.1 ETAPA 1: Identificou-se o tema e a hipótese ou questão de pesquisa em que foi elaborada a revisão integrativa.

Inicialmente se identificou o tema, selecionando a hipótese ou questão que norteou a pesquisa para a revisão integrativa. Neste estudo delimitou-se o tema desprescrição de medicamentos da classe dos benzodiazepínicos em idosos, a fim de responder as seguintes perguntas norteadoras: Quais são os métodos utilizados para desprescrever benzodiazepínicos em idosos? Quais as etapas a serem seguidas para que esse processo ocorra? E, quais são seus benefícios para a diminuição do número de quedas e do declínio cognitivo?

4.2 ETAPA 2: Foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura

Após a escolha do tema, iniciou-se a busca nas bases de dados afim de localizar os estudos que foram incluídos na revisão, utilizando como ferramenta a internet.

Foram estabelecidos os descritores (DeCS): *Benzodiazepines, aged, older adults, deprescription, deprescribing, adverse effects*. Desprescrição, desprescrever, idosos, adultos mais velhos, benzodiazepínicos e efeitos adversos.

A estratégia de busca utilizou da combinação dos descritores na língua portuguesa e inglesa em conjunto com os operadores booleanos AND e OR. Os indexadores de informação: SciELO via Web Of Science, LILACS, PubMed, Scopus, Cochrane e Google Academics, sem recorte temporal.

Como critérios de inclusão para seleção, foram considerados artigos publicados em português ou inglês; que abordaram a temática definida, explicitamente com faixas etárias acima de 60 anos. Como critérios de exclusão ficaram as publicações que não retrataram o tema abordado, que retrataram o tema, porém com faixas etárias mais jovens e também a abordagem de outros medicamentos que não sejam benzodiazepínicos, abstém-se as publicações que não atenderam aos critérios definidos nesta metodologia.

A amostra inicial constituiu-se de 230 artigos, sendo: 38 (PubMed); 22 (LILACS); 33 (Scopus); 22 (SciELO via Web Of Science); 100 (Google Academics); 15 (Cochrane). As bases de dados, estratégias de busca utilizadas e o número de artigos encontrados em cada indexador estão descritos no **quadro 01**.

Quadro 1: Bases de dados, estratégias de busca e número artigos encontrados.

Fonte de informação	Estratégia de busca	Resultados
Pubmed	(deprescriptions OR deprescribing) AND (aged OR older adults) AND (benzodiazepines)	38
Lilacs	(deprescriptions OR deprescribing) AND (aged OR older adults) AND (benzodiazepines)	22
Scopus	(deprescriptions OR deprescribing) AND (aged OR older adults) AND (benzodiazepines)	33
SciELO (Via Web Of Science)	(deprescriptions OR deprescribing) AND (aged OR older adults) AND (benzodiazepines)	22

Google Academics	(deprescriptions OR deprescribing) AND (aged OR older adults) AND (benzodiazepines)	100
Cochrane	(deprescriptions OR deprescribing) AND (aged OR older adults) AND (benzodiazepines)	15

Fonte: Autora, 2020.

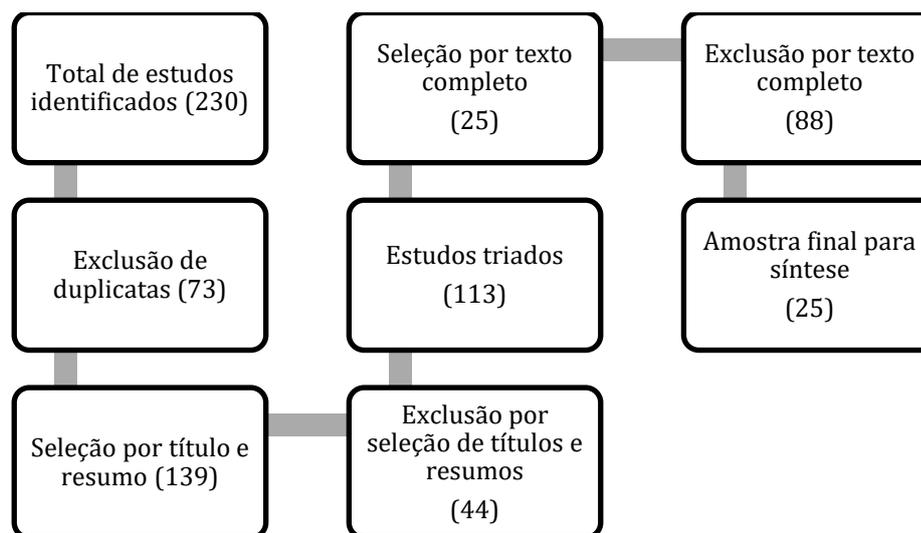
Após a coleta dos dados foi realizada a seleção dos estudos primários, de acordo com a questão norteadora e os critérios de inclusão definidos previamente. Foram retiradas um total de 73 duplicatas a partir do gerenciador de referências Endnote Web, continuou-se o processo de seleção com a leitura e análise do título e resumo de cada artigo encontrado, que resultou na exclusão de 44 artigos, levando em conta que estes não eram relacionados com a temática deste estudo. Este processo de seleção é descrito no **quadro 02** e na **figura 03**.

Quadro 2: Processo de seleção por título e resumo dos artigos encontrados.

Fontes de informação	Artigos encontrados	Artigos selecionados por título e resumo
Pubmed	38	34
Lilacs	22	0
Scopus	33	3
Scielo (Via Web of Science)	22	9
Google Academics	100	66
Cochrane	15	1
Total	230	113

Fonte: Autora, 2020.

Figura 3: Fluxograma do processo de seleção da amostra.



Fonte: Autora, 2020.

A seleção foi finalizada com a leitura e análise do texto na íntegra dos artigos selecionados anteriormente, obtendo a amostra final constituída por 25 artigos (**quadro 03**). Sendo que o total de artigos atenderam aos critérios de inclusão definidos na metodologia deste estudo. Observando que na seleção dos artigos para amostra final, todos responderam às perguntas norteadoras delimitadas.

Quadro 3: Seleção de artigos por leitura do texto completo.

Fontes de informação	Artigos selecionados por título e resumo	Artigos selecionados pelo texto completo
Pubmed	34	7
Lilacs	0	0
Scopus	3	0
Scielo (Via Web of Science)	9	0
Google Academics	66	18
Cochrane	1	0
Total	113	25

Fonte: Autora, 2020.

4.3 ETAPA 3: Foram definidas as informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos

Para definição das informações a serem extraídas e categorização dos estudos selecionados, análise e síntese dos 25 artigos que atenderam aos critérios preconizados nesta metodologia, elaborou-se dois instrumentos, visando a coleta de informações, a fim de responder às questões que delimitam e norteiam o presente estudo. Utilizando por meio de dois quadros sinóticos, onde o primeiro compreende os seguintes itens: identificação do estudo, dos autores, nome do periódico, ano de publicação); e o segundo aborda objetivos, método, amostra estudada e principais resultados.

Além das informações que subsidiaram a interpretação e apresentação dos resultados da revisão, a respeito da caracterização da desprescrição, segundo estudo, considerações sobre a desprescrição a ser realizada pelos profissionais de saúde em pacientes idosos, e os benefícios observados segundo cada estudo.

4.4 ETAPA 4: Avaliou-se os estudos incluídos na revisão integrativa

A avaliação crítica dos estudos selecionados foi realizada, observando de maneira imparcial a adequação metodológica, população do estudo, delineamentos do estudo, similaridade entre os resultados. Buscando sempre a explicação plausível quanto a presença de divergências e conflitos nos resultados dos estudos selecionados.

4.5 ETAPA 5: Foram interpretados os resultados

Correspondeu a discussão dos principais resultados na pesquisa, onde foram comparados com o conhecimento teórico, identificou-se as lacunas, foram apresentadas sugestões pontuais direcionadas a futuras pesquisas no âmbito da assistência em saúde.

Os resultados tem como fundamento a avaliação crítica realizada nos estudos selecionados, onde foi também levado em consideração a comparação entres os mesmos e a temática abordada de acordo com o objetivo de pesquisa proposto. Podendo assim ser observado e delineado o conhecimento científico existente acerca da desprescrição de medicamentos da classe dos BZD em idosos.

4.6 ETAPA 6: A revisão/síntese do conhecimento foi realizada

Nesta última etapa da revisão integrativa, foi elaborado um resumo das informações e evidências observadas, com os principais resultados, levando em conta todo o conhecimento obtido e acumulado para posterior apresentação. A parte de síntese do conhecimento é apresentada a seguir nos resultados.

5 RESULTADOS

Baseando-se na estratégia de pesquisa anteriormente citada, foram selecionados 25 artigos dos 230 contidos na amostra inicial. Para uma discussão mais aprofundada dos aspectos abordados nos estudos, os artigos coletados foram representados em quadros sinópticos denominados instrumentos de coleta.

No primeiro instrumento de coleta (**Quadro 4**) estão representadas as características gerais dos estudos, abordando a identificação do estudo, por meio de título, autores do estudo, qual a fonte de informação de onde o mesmo foi coletado, periódico em que foi publicado, método de estudo e o ano de publicação. Organizados de forma enumerada, para correlação com o segundo instrumento (**Quadro 5**), em ordem crescente por ano de publicação.

Pode-se observar nos quadros a seguir, que apesar de não ter sido delimitado corte temporal, a desprescrição de medicamentos BZD em idosos tem sido abordada na literatura de maneira atual, tratando-se de um assunto considerado novo no âmbito da atenção à saúde do paciente idoso. Os anos de 2017, 2018 e 2019 são os que mais apresentam estudos no *corpus* desta revisão.

A evolução da pesquisa evidencia um ganho importante por parte da população de idosos, visto ser possível proporcionar uma melhora na qualidade de vida dos mesmos. Observa-se também um ganho direcionado ao profissional de saúde, no desenvolvimento de habilidades, atualização científica em prol de benefícios para o manejo clínico do paciente idoso. Além de realçar a importância do profissional farmacêutico para que este ocupe cada vez mais seu espaço com respeito, informação e sabedoria.

Uma importante dificuldade observada foi a questão metodológica. Muitos dos artigos coletados não abordavam de maneira clara o percurso utilizado para o embasamento do estudo, o que leva a uma insegurança quanto ao modo de obtenção de alguns resultados presentes em determinados artigos. Porém, de maneira a respeitar o processo metodológico da construção desta revisão, todos aqueles artigos que abordassem o tema e que preenchessem os critérios de inclusão foram incluídos, havendo a necessidade então de uma categorização de alguns estudos a partir da autora.

As temáticas que se destacaram no conjunto dessas publicações perante análise dos estudos foram: a comparação entre as metodologias utilizadas para desprescrição dos

medicamentos em idosos, levando em conta os principais resultados alcançados. Também houve destaque quanto as barreiras e aos facilitadores presentes no ato da desprescrição. E de que maneira essa intervenção traz benefícios para essa faixa etária de pacientes.

Quadro 4: Instrumento de coleta com informações gerais dos estudos coletados, título, autores, método, base de dados, periódico e ano de publicação.

Nº	Identificação do estudo	Autores	Método	Fonte de informação	Periódico	Ano
1	Deprescribing: achieving better health outcomes for older people through reducing medications	Michael C Woodward	Artigo de revisão narrativa	Google Academics	J Pharm Pract Res	2003
2	Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: a randomized trial	Baillargeon L, Landreville P, Verreault R, Beauchemin JP, Grégoire JP, Morin CM	Estudo Controlado randomizado, comparativo, observacional	Google Academics	Canadian Medical Association or its licensors	2003
3	Deprescribing	Le Couteur, D; Banks, Emily; Gnjjidic, Donijela; McLachlan, Andrew	Artigo de Revisão narrativa	Google academics	The Australian National University	2011
4	Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial	Tannenbaum, C., Martin, P., Tamblyn, R., Benedetti, A., & Ahmed, S.	Ensaio clínico randomizado	PubMed	JAMA Internal Medicine	2014
5	Review of deprescribing processes and development of an evidence-based, patient-centred deprescribing process	Reeve, E., Shakib, S., Hendrix, I., Roberts, M. S., & Wiese, M. D.	Artigo de Revisão narrativa	Google Academics	British Journal of Clinical Pharmacology	2014

6	The benefits and harms of deprescribing	Emily Reeve, Sepehr Shakib, Ivanka Hendrix, Michael S Roberts , Michael D Wiese	Artigo de revisão narrativa	Google academics	Medical Journal of Australia	2014
7	Polypharmacy, the elderly, and deprescribing	Jetha, S.	Artigo de revisão narrativa	Google Academics	American Society of Consultant Pharmacists	2015
8	Reducing Inappropriate Polypharmacy The Process of Deprescribing	Ian A Scott, Sarah N Hilmer Emily Reeve , Kathleen Potter , David Le Couteur , Deborah Rigby , Danijela Gnjidic , Christopher B Del Mar , Elizabeth E Roughead , Amy Páquina , Jesse Jansen , Jennifer H Martin	Artigo de revisão sistemática de literatura	Google Academics	JAMA Internal Medicine	2015
9	Deprescribing medicines in the acute setting to reduce the risk of falls	Vanessa Marvin, Emily Ward, Alan J Poots, Katie Heard, Arvind Rajagopalan, Barry Jubraj	Ensaio clínico randomizado	Google Academics	BJM	2016
10	Evidence-based deprescribing: reversing the tide of potentially inappropriate polypharmacy	Scott, Ian, Anderson, Kristen, Freeman, Christopher	Artigo de revisão narrativa	Google Academics	Journal of Clinical Outcomes Management	2016
11	An Ecological Approach to Reducing Potentially Inappropriate Medication Use: Canadian Deprescribing Network	Tannenbaum, C., Farrell, B., Shaw, J., Morgan, S., Trimble, J., Currie, J., ... Silvius, J.	Artigo de revisão narrativa	Google academics	Canadian Journal on Aging	2017
12	A systematic review of interventions to deprescribe benzodiazepines and other hypnotics among older people	Emily Reeve, Magdalene Ong, Angela Wu, Jesse Jansen, Mirko Petrovic, Danijela Gnjidic	Revisão sistemática da literatura	PubMed	European Journal of Clinical Pharmacology	2017
13	Deprescribing: A narrative review of the evidence and practical recommendations for	Emily Reeve a, Wade Thompson,	Artigo de revisão narrativa	Google Academics	European Journal of	2017

	recognizing opportunities and taking action	Barbara Farrell			Internal Medicine	
14	Deprescribing: A simple method for reducing polypharmacy	Kathryn McGrath, MD; Emily R. Hajjar, PharmD, BCPS, BCACP, CGP; Chandrika Kumar, MD, FACP; Christopher Hwang, MD; Brooke Salzman, MD	Estudo de caso	Google Academics	The Journal of family practice	2017
15	Use of the EMPOWER brochure to deprescribe sedative-hypnotic drugs in older adults with mild cognitive impairment	Philippe Martin, Cara Tannenbaum	Ensaio Clínico randomizado, duplo-cego, controlado.	PubMed	BMC Geriatrics	2017
16	Approaches to Deprescribing Psychotropic Medications for Changed Behaviours in Long-Term Care Residents Living with Dementia	Harrison, S. L., Cations, M., Jessop, T., Hilmer, S. N., Sawan, M., & Brodaty, H.	Artigo de revisão narrativa	Google Academics	Drugs & Aging	2018
17	Clinical Pharmacist Intervention to Engage Older Adults in Reducing Use of Alprazolam	Hilary J. Navy, Linda Weffald, Thomas Delate, Rachana J. Patel, Jennifer P. Dugan	Ensaio clínico randomizado controlado	Google Academics	The Consultant Pharmacist	2018
18	Deprescribing—A Few Steps Further	Cheryl A. Sadowski	Artigo de revisão narrativa	Google Academics	Pharmacy	2018
19	Deprescribing benzodiazepine receptor agonists: Evidence-based clinical practice guideline	Kevin Pottie, Wade Thompson, Simon Davies, Jean Grenier, Cheryl A. Sadowski, Vivian Welch, Anne Holbrook, Cynthia Boyd, Robert Swenson, Andy Ma and Barbara Farrell	Artigo de revisão sistemática	Google Academics	The official journal of the college of family physicians of Canada	2018
20	Deprescribing Benzodiazepines in Older Patients: Impact of Interventions Targeting	Brendan J Ng, David G Le	Artigo de revisão narrativa	PubMed	Drugs Aging - Springer	2018

	Physicians, Pharmacists, and Patients	Couteur, Sarah N Hilmer			International Publishing AG	
21	EMPOWERing Hospitalized Older Adults to Deprescribe Sedative Hypnotics: A Pilot Study	Wilson MG, Lee TC, Hass A, Tannenbaum C, McDonald EG.	Estudo de coorte, comparativo, observacional	PubMed	The American Geriatrics Society	2018
22	Cognitive Outcomes of Long-term Benzodiazepine and Related Drug (BDZR) Use in People Living with Mild to Moderate Alzheimer's Disease: Results From NILVAD	Dyer, A. H., Murphy, C., Lawlor, B., Kennelly, S. P., Lawlor, B., Segurado, R., Pasquier, F.	Ensaio clínico, controlado randomizado e longitudinal	PubMed	JAMDA	2019
23	Deprescribing benzodiazepines among hospitalised older adults: quality improvement initiative	Frances Carr, Peter Tian, Jeffrey Chow, Jennifer Guzak, Jean Triscott, Pamela Mathura, Xing Sun, Bonnie Dobbs	Estudo prospectivo, observacional, de coorte longitudinal.	PubMed	BMJ Open quality	2019
24	Deprescribing benzodiazepines	Scrandis, D. A., & Duarte, A. C	Artigo de revisão narrativa	Google Academics	The Nurse Practitioner	2019
25	Take a multifaceted stepwise approach when deprescribing benzodiazepines in older patients	Adis Medical Writers	Revisão sistemática da literatura	Google Academics	Drugs & Therapy Perspectives	2019

Fonte: Autora, 2020.

No segundo instrumento de coleta (**Quadro 5**) estão listados os principais objetivos abordados em estudo, métodos de desprescrição relatados, barreiras e facilitadores da intervenção, amostra estudada e seus principais resultados, que são pertinentes para formulação da discussão desta revisão.

Quadro 5: Instrumento de coleta de dados com objetivos, método de desprescrição, barreiras, facilitadores, amostra e principais resultados.

Nº	Objetivos	Método de desprescrição	Barreiras	Facilitadores	Amostra estudada	Principais resultados
1	Os medicamentos a serem usados	Aconselhamento dos pacientes,	Não conhecimento dos efeitos	Colaboração do prescritor, conhecimento	Idosos acima de 65 anos.	Alguns medicamentos são quase sempre

	com cautela serão discutidos e serão fornecidos conselhos preditivos práticos nesta revisão.	educação dos pacientes. Revisão medica por parte do farmacêutico em conjunto com o médico.	adversos pelo paciente, a não concordância pelo profissional prescritor.	do mesmo, conhecimento do paciente a respeito dos prejuízos causados.		inadequados para pessoas idosas devido a um alto risco de efeitos adversos (por exemplo, amantadina, barbitúricos, benzhexol, benzotropina, clorpropamida, flunitrazepam) e devem ser interrompidos. Flunitrazepam tem uma meia-vida extremamente longa em idosos e está associada a quedas, confusão e comprometimento da memória.
2	Comparar a eficácia da redução gradual e terapia cognitivo-comportamental com redução gradual isolada no uso de hipnóticos por idosos com insônia.	Educação do paciente	Falta de incentivo por parte do médico e também falta de conhecimento do uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos.	Educação dos prescritores quanto à desprescrição e aos prejuízos causados pelos medicamentos.	Idosos acima de 65 anos.	Os 2 grupos de estudo (35 sujeitos no grupo de tratamento combinado e 30 no grupo de redução gradual) foram semelhantes em termos de características demográficas, duração da insônia e dosagem hipnótica. Imediatamente após a conclusão do tratamento, uma proporção maior de pacientes no grupo de tratamento combinado se retirou completamente do uso de BZD (77% [26/34] v. 38% [29/11]; odds ratio [OR] 5,3, intervalo de

						confiança de 95% [IC] 1,8-16,2; OU após ajuste para a dose diária inicial de BZD 7,9, IC 95% 2,4–30,9). No seguimento de 12 meses, o resultado favorável persistiu (70% [23/33] vs. 24% [7/29]; OR 7,2, IC 95% 2,4-23,7; OR ajustado 7,6, IC 95% .
3	Artigo de revisão que aborda a desprescrição em idosos e passo a passo de como desprescrever.	Redução gradual e educação do paciente.	Falta de conhecimento dos prejuízos por parte dos pacientes, sintomas de rebote.	Retirada supervisionada e educação do paciente.	Idosos	Drogas que atuam no sistema nervoso central são importantes fatores de risco para quedas, aumentando o risco em cerca de 50%. Um ensaio clínico controlado por placebo de retirada de drogas psicotrópicas mostrou que as quedas foram reduzidas em 66%. O número de fraturas de quadril na Austrália pode ser reduzido em 10%, simplesmente evitando o uso de benzodiazepínicos em idosos.
4	Comparar o efeito de uma intervenção educacional direta ao consumidor contra os cuidados usuais na descontinuação da terapia com benzodiazepínicos	Educação do paciente e redução gradual.	Não incentivo por parte do médico prescritor, medo dos possíveis sintomas de abstinência, falta de preocupação ou circunstância adversas do cotidiano.	Encorajamento por parte do médico prescritor, auxílio por parte do profissional farmacêutico.	Idosos acima de 65 anos de uma comunidade.	Um total de 261 participantes (86%) completou o acompanhamento de 6 meses. Dos receptores no grupo de intervenção, 62% iniciaram uma conversa sobre a interrupção da terapia com benzodiazepínicos

	os em idosos da comunidade.					s com um médico e / ou farmacêutico. Em 6 meses, 27% do grupo de intervenção interrompeu o uso de BZD em comparação com 5% do grupo controle (diferença de risco, 23% [IC 95%, 14% -32%]; correlação 0,008; número necessário para tratar, 4) A redução da dose ocorreu em 11% adicionais (IC 95%, 6% -16%).
5	Desenvolver um sistema de desprescrição baseado em evidências e centrado no paciente	Redução gradual e educação do paciente.	Restrição de tempo de atendimento do paciente, sintomas de abstinência.	Engajamento dos médicos prescritores, monitoramento e suporte do paciente.	Idosos acima de 65 anos	Os benzodiazepínicos são classificados como medicamentos de alto risco e potencialmente inapropriados em idosos, por isso recomenda-se a desprescrição.
6	Objetivo de fornecer informações sobre os benefícios e malefícios na desprescrição de medicamento em idosos, com a demonstração de uma metodologia de desprescrição centrada no paciente.	Redução gradual.	Síndrome de abstinência, retomada dos sintomas de insônia e ansiedade.	Monitoramento e acompanhamento do paciente.	Idosos acima de 65 anos.	As evidências sugerem que a retirada de classes específicas de medicamentos leva a uma resolução de PRM conhecidas. A interrupção do uso de classes de medicamentos conhecidas por aumentar o risco de quedas resulta em uma redução nas quedas; descontinuar o uso de benzodiazepínicos resulta em

						melhoria nas habilidades cognitivas e psicomotoras.
7	Artigo de revisão que retrata polifarmácia em idosos, lista como fazer avaliação da necessidade dos medicamentos e quais os pontos para desprescrição em pacientes idosos.	Redução gradual.	Relutância do paciente, medo dos sintomas de abstinência ou retomada de sintomas de insônia e ansiedade. Falta de conhecimento dos danos,	Capacitação dos médicos a respeito da desprescrição e apoio do profissional farmacêutico no processo.	Idosos acima de 65 anos	Retrata melhorias nas habilidades cognitivas e psicomotoras observadas quando os benzodiazepínicos são descontinuados, além de risco reduzido de quedas, pelo risco de queda ser observado quando certos medicamentos, como benzodiazepínicos ou aqueles que causam sonolência, tontura, hipotensão, ataxia e deficiência visual.
8	Revisão de literatura que fornece informações para reduzir a polifarmácia e auxiliar o processo de desprescrição.	Educação do paciente e redução gradual.	Tempo limitado de consulta, atendimento fragmentado e informações incompletas.	Acompanhamento e educação do paciente, revisão dos medicamentos por parte do médico e do farmacêutico.	Idosos	Uma revisão sistemática de 31 ensaios de abstinência (15 randomizados, 16 observacionais) de classes específicas de medicamentos em pessoas com 65 anos ou mais demonstrou que, com seleção e educação apropriada dos pacientes, juntamente com retirada cuidadosa e monitoramento rigoroso, uso de anti-hipertensivos, psicotrópicos, e benzodiazepínicos podem ser

						descontinuados sem danos entre 20% e 100% dos pacientes. A retirada de agentes nas duas últimas classes de drogas esteve associada à redução de quedas e melhora da função cognitiva e psicomotora, resultado replicado em uma revisão mais recente.
9	O objetivo deste estudo foi quantificar o problema das quedas e descobrir se a revisão de medicamentos no ambiente hospitalar levou à desprescrição de medicamentos	Redução gradual e aconselhamento individual.		Revisão dos medicamentos, envolvimento do profissional farmacêutico. Conhecimento pelo médico prescritor da técnica de desprescrição.	Idosos acima de 70 anos	Os benzodiazepínicos foram diretamente ligados às quedas. Revisões abrangentes de medicamentos devem ser realizadas em todos esses pacientes com o objetivo de desprescrever ou reduzir doses para minimizar o risco de danos. Isso é mais provável de ser alcançado com a contribuição de um farmacêutico. Recomenda a redução ou retirada dos medicamentos benzodiazepínicos.
10	Revisar o risco de polifarmácia de eventos adversos a medicamentos (EAM); o processo de	Substituição farmacológica, educação do paciente,	Desconhecimento por parte dos médicos a respeito dos prejuízos causados pelos medicamentos,	Educação do médico a respeito dos prejuízos, conhecimento das técnicas de	Idosos	Estudos observacionais documentaram EAM em pelo menos 15% dos pacientes idosos, contribuindo para

	desprescrição e evidência de eficácia na redução da polifarmácia inadequada; os facilitadores e barreiras à desprescrição; e estratégias de nível de atendimento ao paciente e ao sistema que podem ser empregadas para aprimorar a desprescrição.		são incentivo por parte do médico e medo dos sintomas de abstinência.	desprescrição e incentivo dos pacientes a realização.		problemas de saúde, incapacidade, hospitalização e readmissões, aumento do tempo de permanência e, em alguns casos, morte. Em um estudo randomizado, a educação do paciente forneceu através de farmacêuticos comunitários, houve uma redução de 77% no uso de benzodiazepínicos entre usuários crônicos aos 6 meses, sem convulsões por abstinência ou outros efeitos negativos. Utiliza a Estrutura de Desprescrição CEASE.
11	Este artigo descreve a justificativa, fundamentação teórica e processo para o desenvolvimento de uma Rede Canadense de Desprescrição (CaDeN), uma rede de indivíduos, organizações e tomadores de decisão comprometidos em promover o uso apropriado de medicamentos e abordagens não farmacológicas para o cuidado,	Educação do paciente,	Dificuldade em avaliar riscos e benefícios, pressão para a continuação de prescrições inadequadas de medicamentos por parte dos médicos.	Abordagem multinível, incluindo a equipe multidisciplinar, empoderamento do paciente e políticas de saúde.	Idosos	Os medicamentos benzodiazepínicos estão entre os mais preocupantes; eles são a classe mais frequente de medicamentos inapropriados usados em idosos canadenses (Morgan et al., 2016) e estão associados a quedas, fraturas, confusão, demência e mortalidade.

	especialmente entre idosos no Canadá.					
12	Avaliar criticamente o sucesso das intervenções usadas para reduzir o uso de benzodiazepínicos e drogas 'Z' e o impacto dessas intervenções nos resultados clínicos em adultos mais velhos.	Educação do paciente, redução gradual, substituição farmacológica e apoio psicológico.		Monitoramento do paciente, auxílio do profissional farmacêutico.	Idosos acima de 65 anos.	Sete estudos de benzodiazepínicos e abstinência de drogas Z foram identificados. As taxas de descontinuação de benzodiazepínicos foram de 64,3% em um estudo que empregou substituição farmacológica com melatonina e 65,0% em um estudo que empregou intervenção direcionada ao clínico geral. Intervenções mistas, incluindo educação do paciente e redução gradual (n = 2), substituição farmacológica por suporte psicológico (n = 1) e redução gradual com suporte psicológico (n = 1) produziram taxas de descontinuação entre 27,0 e 80,0%. Cinco estudos mediram os resultados clínicos após a descontinuação do benzodiazepínico. A maioria (n = 4) não observou diferença na prevalência de sintomas de abstinência ou qualidade do sono, enquanto

						um estudo relatou declínio na qualidade de vida naqueles que continuaram a tomar benzodiazepínicos versus aqueles que interromperam por 8 meses.
13	O objetivo desta revisão narrativa é fornecer uma visão geral da desprescrição; primeiro discutindo os possíveis benefícios e malefícios seguidos pelas barreiras e facilitadores da desprescrição. Também fornecer recomendações práticas para reconhecer oportunidades e estratégias para desprescrever na prática.	Redução gradual, substituição farmacológica e educação do paciente.	Falta de influência por parte do médico prescritor e medo do retorno dos sintomas ou possível surgimento de sintomas de abstinência.	Tomada de decisão compartilhada, entre paciente e equipe multidisciplinar, apoio por parte do médico na tentativa de desprescrição e educação do paciente a respeito dos prejuízos.	Idosos	<p>Polifarmácia e medicamentos potencialmente inapropriados foram associados em estudos observacionais com uma série de resultados negativos para a saúde, incluindo redução da qualidade de vida, reações adversas a medicamentos (RAMs), quedas, não adesão, hospitalização e mortalidade.</p> <p>Presumem que, se reduzirmos doses ou pararmos medicamentos inadequados e minimizarmos o número de medicamentos tomados, isso equivalerá a danos e / ou benefícios reduzidos também.</p> <p>Uma revisão sistemática da desprescrição de benzodiazepínicos (28 estudos) encontrou taxas de sucesso variando de 25 a 85%.</p>

14	Demonstrar um plano de quatro etapas para a desprescrição de medicamentos em idosos.	Educação do paciente, redução gradual e terapias alternativas não medicamentosas.	Medo do retorno dos sintomas, falta de alternativa adequada, falta de suporte contínuo.	Participação do farmacêutico, decisão e comunicação compartilhada. Acompanhamento do paciente.	Idosos	Benzodiazepínicos associados à confusão, aumento do risco de quedas. Não indicado como tratamento para insônia primária. Aconselha desprescrição pela diminuição do risco de quedas (mais do que um programa de exercícios) melhora cognição e habilidades psicomotoras.
15	Avaliar se o uso da ferramenta educacional gera resultados na desprescrição de benzodiazepínicos em pacientes com declínio cognitivo leve ou com cognição normal.	Educação do paciente e redução gradual.		Incentivo por parte dos médicos prescritores.	Idosos, acima de 65 anos, em uso crônico de benzodiazepínicos (>3 meses), com comprometimento cognitivo leve ou sem comprometimento cognitivo.	A descontinuação completa dos benzodiazepínicos foi alcançada em 39 (32,0% [24,4,40,7]) participantes com MCI e em 53 (38,1% [30,5,46.4]) com cognição normal (OR ajustado 0,79, IC95% [0,45 - 1,38]). Comparado a indivíduos com cognição normal, o MCI não teve efeito na aquisição de novos conhecimentos, mudança de crenças sobre benzodiazepínicos ou elicitação de dissonância cognitiva.
16	O objetivo desta revisão é fornecer uma visão geral das evidências para informar abordagens práticas para	Redução gradual, educação do paciente e apoio psicológico.	Dependência física e psicológica ao medicamento.	Auxílio da equipe multidisciplinar, treinamento dos profissionais a cerca das intervenções,	Idosos acima de 65 anos.	A retirada do benzodiazepínicos também é viável sem afetar a qualidade do sono ou a qualidade de vida, embora as taxas de retirada

	desprescrever medicamentos psicotrópicos para pessoas que vivem com demência em instituições de longa permanência para idosos, com foco nas estratégias que os médicos podem aplicar para superar as barreiras a essas abordagens			educação e apoio dos pacientes e engajamento dos mesmos.		variem de acordo com as intervenções e a população (taxas relatadas de 27 a 80%). Uma intervenção multicomponente mostrou uma redução no uso de benzodiazepínicos em cuidados de longa duração, seguindo recomendações prescritas, educação para a equipe. Essa intervenção resultou em uma redução de 21% na proporção de residentes prescritos regularmente benzodiazepínicos. A redução gradual de benzodiazepínicos em conjunto com a terapia comportamental cognitiva pode aumentar as taxas de sucesso e pode ser considerado para indivíduos mais resistentes aos protocolos de abstinência.
17	Avaliar se uma carta explicando os riscos do alprazolam pode envolver os idosos a ligar para um farmacêutico clínico, para iniciar a redução no uso do alprazolam	Educação do paciente e redução gradual e intervenções não farmacológicas.	Não concordância por parte do paciente, sintomas de abstinência e medo do ressurgimento de sintomas.	Apoio e monitoramento do paciente, participação do profissional farmacêutico.	Idosos 65 anos ou mais.	Os idosos são particularmente vulneráveis aos efeitos adversos dos benzodiazepínicos, incluindo a função cognitiva comprometida; demência; aumento do risco de quedas, fraturas e lesões; e acidentes de automóvel.

						<p>Nas subanálises de pacientes do grupo de intervenção, uma porcentagem maior de pacientes de intervenção que chamaram o Farmacêutico clínico do estudo (77,8%) interrompeu o alprazolam, reduziu sua dose de alprazolam ou mudou para terapia alternativa em comparação com os pacientes de intervenção que não chamaram o Farmacêutico clínico do estudo (27,6%) (P < 0,001)</p>
18	Revisão de literatura que aborda o tema da desprescrição em pacientes idosos	Educação do paciente e redução gradual.	Falta de influência por parte do médico prescritor quanto a retirada do medicamento, algoritmos de desprescrição simplistas.	Participação do farmacêutico, influência do médico ao paciente.	Idosos	<p>Supõe-se que a prescrição seja positiva, principalmente para os benzodiazepínicos, porque esses medicamentos estão associados a quedas, comprometimento cognitivo e sedação, e porque seus danos superam os benefícios na maioria dos idosos, estão listados nos Critérios de Beers.</p> <p>Também aprendemos com implementação de um protocolo de redução gradual para benzodiazepínicos durante 4 a 10 semanas. Essa</p>

						amostra de pacientes tinha uma média de 89 anos de idade, indicando que a população de pacientes nunca é muito velha para abordar o uso de medicamentos de alto risco. Em 1 ano, 36% dos pacientes persistiram sem seus benzodiazepínicos.
19	Desenvolver uma diretriz baseada em evidências para ajudar os médicos a tomar decisões sobre quando e como diminuir e parar com segurança os agonistas dos receptores de benzodiazepínicos (BZD).	Redução gradual e educação do paciente e terapias alternativas não medicamentosas.	Sintomas de abstinência.	Monitoramento do paciente, conhecimento das abordagens por parte dos médicos.	A diretriz se divide entre Adultos 18 - 65 anos e idosos acima de 65 anos.	Os agonistas do receptor de benzodiazepínicos estão associados a danos e os efeitos terapêuticos podem ser de curto prazo. A redução gradual dos BZD melhora as taxas de cessação em comparação com os cuidados usuais sem danos graves. Recomenda-se a desprescrição (redução gradual) de BZD seja oferecida a adultos idosos (≥ 65 anos) que tomam BZD.
20	Uma revisão de literatura a respeito da desprescrição em pacientes idosos, e os impactos dessa intervenção.	Educação do paciente, aconselhamento individual e redução gradual.	Síndrome de abstinência.	Participação dos farmacêuticos no processo, monitoramento do paciente.	Pacientes idosos acima de 60 anos.	Inconsistências metodológicas em um grande corpo de literatura significam que as melhores práticas na desprescrição de BZDs na pessoa idosa

						permanecem incertas.
21	Distribuir o folheto de educação do paciente da EMPOWER e usar a hospitalização como uma oportunidade para reduzir sedativos inapropriados.	Educação do paciente e redução gradual.	Restrição de tempo e recursos, lacunas de conhecimento por parte do prescritor e do paciente.	Conhecimento a respeito dos prejuízos dos medicamentos por parte dos médicos prescritores.	Idosos acima de 65 anos com prescrição de sedativos.	Os sedativos foram depreciados em 32 dos 50 (64%) participantes que receberam o folheto EMPOWER, que foi significativamente superior à taxa histórica de 21% ($p < 0,001$). Os participantes não relataram piora significativa na qualidade do sono após a cessação do sedativo.
22	Avaliar preditores de uso prolongado de BZD e analisar o efeito do uso contínuo de BZD nos escores do ADAS-Cog aos 18 meses. Além disso, o impacto do uso do BZD em eventos adversos, delírio incidente e quedas ao longo de 18 meses de acompanhamento, foi avaliado ajustando-se às covariáveis relevantes. (Específico da doença de Alzheimer)	Redução gradual.	Dependência física e psicológica ao medicamento.		Idosos (acima de 60 anos) com Doença de Alzheimer leve ou moderada.	O uso contínuo de BZDR foi associado a uma maior probabilidade de eventos adversos [razão de taxa de incidência (IRR) 1,19, 1,05-1,34], delírio incidente (IRR 2,31, 1,45-3,68) e quedas (IRR 1,66, 1,02-2,65) ao longo de 18 meses que persistiram após um ajuste robusto das covariáveis.

23	Desprescrever os Benzodiazepínicos ou reduzir em até 50% o uso destes medicamentos de todos os pacientes geriátricos admitidos no hospital onde foi realizado o estudo.	Educação do paciente, aconselhamento individual e redução gradual.	Falta de encorajamento por parte do médico prescritor em iniciar a desprescrição.	Decisão compartilhada entre paciente e equipe multidisciplinar.	Pacientes (com 65 anos ou mais) que estavam tomando benzodiazepínicos no momento da admissão hospitalar (definida como uma prescrição ativa de um ou mais de um benzodiazepínico, que estava sendo tomado de forma programada), que podiam entender inglês e foram admitidos em uma das duas unidades do hospital.	Houve a desprescrição ou diminuição na dosagem de benzodiazepínicos na maioria dos pacientes hospitalizados inscritos no projeto. Os resultados indicaram que o uso da combinação de revisão de medicamentos, educação do paciente e aconselhamento breve pode capacitar os pacientes, bem como apoiar o uso apropriado de benzodiazepínicos que é bem tolerado e aceitável. Apesar do aparecimento de sintomas de ansiedade, que podem ser facilmente contornados pela substituição por outra classe de medicamentos.
24	O artigo mostra: Como desprescrever os benzodiazepínicos e quais os benefícios observados	Educação do paciente, redução gradual e terapias alternativas não medicamentosas.	Tempo curto de consulta, falta de incentivo por parte do médico prescritor, expectativas dos pacientes, medo do retorno de sintomas de	Envolvimento do paciente, decisão compartilhada, aumento na conscientização.	Idosos	A desprescrição de benzodiazepínicos em pacientes com uso prolongado pode diminuir os resultados negativos do uso, como tolerância,

			insônia e ansiedade e a cultura da prescrição médica.			declínio cognitivo e quedas. Existem outros tratamentos baseados em evidências que podem ser usados para ansiedade e insônia, como ISRSs, SNRIs e psicoterapia. A redução gradual dos benzodiazepínicos deve ser realizada em colaboração com os pacientes, e atenção deve ser dada às reações adversas associadas à retirada.
25	Demonstrar passo a passo de um modelo de desprescrição de benzodiazepínicos em idosos multifacetada.	Educação do paciente, acompanhamento psicológico, redução gradual e terapias alternativas não medicamentosas.	Dificuldade no acesso a recursos de saúde, síndrome de abstinência, medo do retorno dos sintomas de insônia e ansiedade, falta de conhecimento dos efeitos adversos e conselhos conflitantes entre médicos e outros profissionais de saúde.	Encorajamento por parte dos médicos prescritores, apoio psicológico.	Idosos acima de 65 anos	Em uma metanálise, intervenções multifacetadas alcançaram taxas de descontinuação de BZD de 27 a 80%, com a grande variedade refletindo a heterogeneidade das abordagens e a falta de generalização em pacientes com comprometimento cognitivo, em outra metanálise, em relação aos cuidados usuais, a probabilidade de descontinuar os BZDs foi significativamente maior com intervenções multifacetadas.

Fonte: Autora, 2020.

6 DISCUSSÃO

De toda gama de prescrições inadequadas para idosos, os benzodiazepínicos ocupam cerca de 20% a 25% destas, com prevalência de uso variando de 5% a 32%, o consumo destes medicamentos por idosos costuma ser prolongado, pois as prescrições são utilizadas a longo prazo (TANNENBAUM C et al. 2014). A cronicidade no tratamento muitas vezes é reforçada pela própria atuação do médico prescritor, que apesar de reconhecer os riscos da medicação, opta por dar continuidade e renovação das prescrições. Esse hábito é passível de se observar em cerca de 50% dos médicos, segundo estudo de Tannenbaum e colaboradores realizado no ano de 2014. Essa prevalência no uso continua sendo enfatizada em estudos mais atuais, onde estima-se que 5% a 33% da população idosa continua recebendo prescrições inapropriadas de benzodiazepínicos (CARR F et al, 2019).

A maioria dos estudos clínicos consideram que as principais indicações para utilização de benzodiazepínicos em idosos ocorre por apresentarem funções hipnótico-sedativas, sendo comumente utilizados no tratamento da insônia, da ansiedade e do delírio, apesar de que alguns estudos também relatam o uso como anticonvulsivante e em casos de agitação (TANNENBAUM C et al, 2014; CARR F et al, 2019; BAILLARGEON et al, 2003; NAVY HJ et al, 2018; WILSON MG et al, 2018; DYER et al, 2019; MARTIN P, TANNENBAUM C, 2017). Porém apesar de serem observados benefícios no tratamento destas condições patológicas, diretrizes recomendam que seu uso não deve exceder mais que quatro semanas, pois após este período não é possível assegurar a relação risco/benefício destes medicamentos (BAILLARGEON et al, 2003).

Segundo Carr F e colaboradores 2019, o uso inadequado de BZD em idosos foi reconhecido por várias sociedades que apoiam a necessidade de desprescrição destes medicamentos, como o *College of Physicians and Surgeons of Alberta, Choose Wisely Canada* e a *American Geriatrics Society*. Esse tema se tornou uma preocupação crescente, pois essa classe medicamentosa possui um perfil de efeitos colaterais significativo e apresenta indicações clínicas bem limitadas. O que levou a serem classificados como “Medicamentos potencialmente inapropriados em idosos”, nos Critérios de Beers (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2019).

A relação risco-benefício é desfavorável, o avanço da idade é um fator de risco, tornando os idosos muito mais vulneráveis aos efeitos adversos dos BZD, já que apresentam mudanças

fisiológicas próprias do envelhecimento. Comparando os principais estudos apontados nesta revisão foi possível descrever uma lista completa dos prejuízos gerados a estes pacientes, que reforçam ainda mais a importância da retirada dos medicamentos, são eles: declínio da função cognitiva, comprometimento de memória, sonolência diurna, demência, delírio, tontura, agitação paradoxal, síncope, aumento do risco de quedas, fraturas, lesões, acidentes de automóvel e morte (TANNENBAUM C et al, 2014; CARR F et al, 2019; BAILLARGEON et al, 2003; NAVY HJ et al, 2018; WILSON MG et al, 2018; DYER et al, 2019; MARTIN P, TANNENBAUM C, 2017).

A lista de eventos adversos é extensa, e além dela existem riscos muito relatados na literatura, como o desenvolvimento de dependência física e psicológica ao medicamento, tolerância e síndrome de abstinência, esta última principalmente desencadeada quando são realizados tratamentos com BZD de ação curta (NAVY HJ et al, 2018). Estes fatores geram um certo receio a partir dos prescritores, acerca da retirada destes medicamentos. Em uma revisão sistemática, que tinha como objetivo a elaboração de uma diretriz de desprescrição de BZD, os autores relataram que quando os BZD são utilizados por um longo período de tempo, o receptor do fármaco pode mudar fisicamente, levando a um menor efeito sedativo, mas aumentando o efeito amnésico, nesse caso, os pacientes por desconhecerem esses efeitos, continuam fazendo o uso intermitente (POTTIE K et al, 2018).

Uma questão importante observada, é de que a maioria dos usuários a longo prazo de BZD, acima de 65 anos, referiu não se preocupar com os efeitos colaterais desses medicamentos, visto que os mesmos nunca foram alertados a respeito dos riscos que eles trazem. Porém quando fornecidas informações baseadas em evidências a estes pacientes, muitos demonstram interesse na descontinuação (MARTIN P, TANNENBAUM C, 2017).

A desprescrição de medicamentos pode ser definida como um processo sistemático, que visa identificar e descontinuar medicamentos quando os mesmos causam danos ao usuário que sobrepõe seus benefícios. Ademais, leva em conta as características individuais e cuidados de cada paciente, como o estado de saúde atual, a expectativa de vida, os valores e preferências, além de possíveis escolhas entre alternar ou interromper terapias medicamentosas. Se trata de uma intervenção positiva, centrada no paciente, onde as decisões são compartilhadas, com o consentimento do paciente e o monitoramento dos possíveis efeitos adversos que possam surgir (SCOTT IA et al, 2015).

Existem várias técnicas e tipos de abordagens que podem ser utilizadas para desprescrever BZD em pacientes idosos. Os estudos e os ensaios clínicos presentes nesta revisão examinaram estas intervenções e foi notável observar a partir dos resultados, que as principais abordagens utilizadas nos ensaios foram em sua maioria, intervenções mistas, nas quais mesclavam técnicas de redução gradual do medicamento, terapia cognitivo comportamental (TCC), a conscientização do paciente com informações quanto aos possíveis danos causados pelo uso prolongado de BZD, suporte psicológico, aconselhamento por parte do profissional de saúde e também possíveis substituições farmacológicas (TANNENBAUM C et al, 2014; CARR F et al, 2019; BAILLARGEON et al, 2003; NAVY HJ et al, 2018; WILSON MG et al, 2018; DYER et al, 2019; MARTIN P, TANNENBAUM C, 2017).

Em um estudo controlado, randomizado, sem cegamento, realizado por Baillargeon I et al em 2003, os autores dividiram os pacientes incluídos no estudo em dois grupos, em um grupo foi abordada uma intervenção mista para desprescrever BZD, com terapia cognitivo comportamental e redução gradual de 25% da dose usual em intervalos de uma ou duas semanas, e compararam com a intervenção isolada embasada na redução gradual com os mesmos critérios anteriores. Foi concluído ao final do estudo, a partir dos resultados obtidos nas taxas de descontinuação do medicamento. que a combinação da terapia cognitivo comportamental em conjunto com a redução gradual do medicamento obteve melhores resultados de cessação do medicamento quando comparada a redução gradual isolada. Além de que os benefícios da descontinuação foram observados ao longo de um período de um ano após a realização (BAILLARGEON et al, 2003).

A TCC, que pode ser considerada como uma alternativa não medicamentosa, é utilizada para auxiliar na redução gradual de BZD em casos de insônia, uma intervenção que envolve componentes comportamentais, cognitivos e educacionais. No componente comportamental, são incluídas instruções para o controle dos estímulos e alguns procedimentos de restrição do sono. O controle do estímulo visa reforçar a cama como uma sugestão para dormir e regularizar o sono, são passadas informações ao paciente, para que ele vá para a cama apenas quando apresentar sono, caso não apresente, não deve permanecer naquele cômodo, deve sempre acordar no mesmo horário todos os dias, ir dormir sempre na mesma hora, evitando também os cochilos diurnos (BAILLARGEON et al, 2003).

A restrição do sono se trata de uma redução no tempo gasto na cama, comparado ao tempo gasto dormindo, isso se deve a estudos demonstrarem que essa restrição do tempo na cama produz uma certa privação do sono, reduzindo o tempo necessário para adormecer e o número de despertares noturnos (BAILLARGEON et al, 2003).

O componente cognitivo trata do pensamento irracional, que por muitas vezes pode exacerbar o distúrbio do sono pela excitação emocional. Já o componente educacional inclui a instrução sobre a higiene do sono e informações a respeito dos eventos adversos causados pelo uso de BZD na saúde (BAILLARGEON et al, 2003).

A técnica de redução gradual consiste na redução lenta da dose do medicamento consumida pelo paciente que é considerado passível de desprescrição. Não segue um regime restrito, é variável, geralmente se reduz cerca de 12,5% a 25% da dose a cada semana, durante um período de 4 a 21 semanas. Essa intervenção deve ocorrer de maneira sustentada e supervisionada por um profissional de saúde, para que haja monitoramento dos sintomas e da capacidade do paciente em tolerar os mesmos, podendo ser ajustada e alterada a qualquer momento. É também considerado imprescindível o aconselhamento e a educação do paciente antes do início do processo (ADIS MEDICAL WRITERS, 2018).

Cinco estudos pautados nesta revisão abordaram a técnica de conscientização e educação do paciente, a partir do seu empoderamento acerca de informações a respeito dos efeitos adversos causados pelos BZD quando utilizados a longo prazo, gerando assim um interesse por parte do próprio paciente na desprescrição. Cada estudo abordou esta técnica com suas particularidades, de maneiras distintas e utilizando não somente uma, mas sim abordagens multifacetadas (TANNENBAUM C et al, 2014; CARR F et al, 2019; NAVY HJ et al, 2018; WILSON MG et al, 2018; MARTIN P, TANNENBAUM C, 2017).

Tannenbaum C et al, 2014, tentaram desprescrever BZD em idosos através da educação direta do paciente, em um estudo randomizado, realizado em farmácias comunitárias, dividido em dois grupos. Os pacientes do grupo controle receberam o atendimento habitual e os pacientes do grupo de intervenção receberam por correio um folheto de 8 páginas, com informações descrevendo os riscos do uso de BZD baseado em evidências, educação sobre interações medicamentosas, sugestões de substitutos igualmente eficazes ou mais eficazes no tratamento de insônia e ansiedade e um protocolo visual de redução gradual de dose de 21 semanas, contendo um esquema baseado em imagens do comprimido completo, meio comprimido e um quarto do comprimido (O esquema pode ser visualizado no **Anexo A**) (TANNENBAUM C et al, 2014).

Esta intervenção solicitava que o participante discutisse as recomendações do folheto com seu médico e/ou farmacêutico, o que produziu uma taxa de descontinuação de 27% quando comparada aos 5% no grupo controle, que receberam somente os cuidados habituais. Dois

outros estudos clínicos primários presentes nesta revisão também realizaram o mesmo tipo de abordagem. Martin P e Tannenbaum C em 2017 consideraram a educação do paciente como eficaz na redução de BZD em idosos da comunidade com comprometimento cognitivo leve. Wilson MG et al, 2018 consideraram a educação do paciente viável, com necessidade de poucos recursos e uma abordagem barata, atingindo a depreciação em 64% dos pacientes participantes do estudo (MARTIN P, TANNENBAUM C, 2017; WILSON MG et al, 2018).

Em 2019, Carr F et al, utilizaram uma abordagem multifacetada na desprescrição de BZD que abrangia diversas etapas, realizada no ambiente hospitalar, a primeira etapa no momento da admissão hospitalar consistia em uma revisão estruturada dos medicamentos utilizados pelo idoso abordando detalhes como número de medicamentos, tipo e dosagem, frequência de uso e duração do uso. Após isto um material educativo era entregue ao paciente, que capacitava o mesmo a participar do processo de tomada de decisão compartilhada, em retirar o medicamento. Onde continha informações a respeito dos BZD, como efeitos adversos, possíveis opções secundárias e a maneira de retirá-los (CARR F et al, 2019). Após a educação do paciente via folheto informativo, era iniciada uma sessão de 15 minutos de aconselhamento pessoal ao paciente, realizada pelo próprio médico, que tinha por objetivo enfatizar as informações do folheto e abrir oportunidades para esclarecer as dúvidas do paciente. Pós alta hospitalar, o paciente levou para casa o folheto educativo, o histórico de desprescrições foi enviado ao médico e a família do paciente. Para que fosse criada uma comunicação clara a respeito das trocas de medicamentos e manter a desprescrição sustentada (CARR F et al, 2019).

Para a redução do medicamento, foi criado um cronograma de redução gradual apropriado específico para cada paciente, onde as especificidades foram decididas de maneira compartilhada, entre paciente, equipe de saúde e/ou profissional farmacêutico. Os resultados obtidos mostraram que a intervenção combinada de educação do paciente, redução gradual e aconselhamento, auxiliou na retirada destes medicamentos, pois foi possível desprescrever ou diminuir a dosagem de BZD na maioria dos pacientes participantes (CARR F et al, 2019).

Um fator de destaque no estudo supracitado, foi o feedback dos participantes, que enfatizaram a sessão individual de aconselhamento como benéfica, embora gostassem do folheto educativo, pois proporcionou a oportunidade de aproximação e criação de vínculos de confiança entre o paciente e o profissional de saúde, o que os deixou mais seguros quanto a abordagem (CARR F et al, 2019).

Outra abordagem verificada, se tratou de uma intervenção por meio de uma carta enviada aos pacientes via correio, explicando os riscos do medicamento Alprazolam, onde, havendo interesse por parte do paciente, os mesmos eram induzidos a ligarem para um farmacêutico clínico, com propósito de iniciar a descontinuação (NAVY HJ et al, 2018). Neste estudo randomizado, o grupo de intervenção recebeu a carta e o grupo controle recebeu apenas cuidados usuais.

Navy HJ et al (2018), consideraram e apoiaram opções alternativas de tratamento para insônia, que consistiam no uso de Melatonina, Trazodona ou Mirtazapina, embora esses medicamentos não sejam aprovados pelo *Food and Drug Administration* (FDA), descreveram em seu estudo, que os mesmos têm perfis menos prejudiciais e mais favoráveis quando comparados aos BZD. Além de também fornecerem monitoramento do paciente, quanto a sintomas de abstinência e abordagens não farmacológicas como a TCC (NAVY HJ et al, 2018).

Apesar de relatarem que essa abordagem não obteve diferenças significativas na diminuição do uso de Alprazolam comparando o grupo controle com o de intervenção, os autores destacaram um aumento significativo na redução e/ou substituição farmacológica entre os pacientes de intervenção, indicando que os que recebem educação e informação estão mais envolvidos na tomada de decisão compartilhada para a descontinuação do medicamento (NAVY HJ et al, 2018).

Antes de considerar a desprescrição e tomar qualquer iniciativa é necessário avaliar as condições de saúde mental do paciente, como parte de um diagnóstico abrangente, para que o motivo da sintomatologia e/ou condição patológica seja claramente determinado, para que posteriormente o tratamento apropriado, e o potencial de desprescrição sejam considerados com clareza (POTTIE K et al, 2018).

A redução do uso de BZD por idosos é um grande desafio para os profissionais de saúde que priorizam por essa abordagem, é necessário um esforço conjunto para essa iniciativa. Navy HJ et al (2018) relataram em seu estudo alguns fatores que dificultam essa descontinuação, como a não concordância na retirada pelo paciente, o medo do surgimento de sintomas de abstinência, ou até mesmo por temerem que seus sintomas patológicos venham a aparecer novamente, como a insônia e ansiedade. Além de que, muitos pacientes não sabem, mas possuem um quadro de dependência psicológica ao medicamento (NAVY HJ et al, 2018).

No estudo realizado por Tannenbaum C et al em 2014, 52 possíveis participantes não quiseram entrar pro estudo, os motivos pelos quais negaram foram separados como: 33% deles

relataram que o desânimo passado pelo médico foi o motivo mais comum, 25% tinham medo dos sintomas de abstinência da retirada do medicamento, 23% não demonstravam preocupação com o uso prolongado de BZD e por isso não faziam questão da retirada e 12% estavam passando por momentos difíceis da vida e consideraram a retirada prejudicial naquele momento (TANNENBAUM C et al, 2014).

Scott IA et al, 2015 sugerem, que nas interações médico-paciente os participantes são desafiados a altos níveis de complexidade clínica, o tempo da consulta é limitado, o atendimento por ser fragmentado, passa por vários prescritores, levando à conselhos conflitantes, a partir de informações incompletas. As incertezas sobre os benefícios e malefícios, também podem prejudicar a tomada de decisão, além de que as recomendações contidas nas orientações clínicas específicas da doença não levam em conta as características individuais do paciente, e podem não ser generalizáveis, como no caso dos idosos (SCOTT IA et al, 2015).

A preocupação com os possíveis sintomas de abstinência é uma das principais razões que levam o prescritor a não abordar o tema da desprescrição com seus pacientes, porém isso aponta uma lacuna de conhecimento que deve ser preenchida com a capacitação e atualização dos médicos prescritores, com relação a descontinuação dos BZD em idosos. Já que em muitos casos, quando os sintomas de abstinência aparecem, são leves e de curto prazo, que podem durar alguns dias ou até no máximo 4 semanas, levando em conta que eles tendem a aparecer e atingir o pico rapidamente, em cerca de 1 a 2 dias. Sendo mais associados à interrupção abrupta do BZD (POTTIE K et al, 2018).

Sintomas graves de abstinência são raros de se observar, como por exemplo as convulsões, e não parecem ocorrer com a retirada gradual do medicamento, podem ocorrer nos casos em que o paciente utiliza uma dose muito alta de BZD, e retira sem redução gradual, ou até mesmo quando apresenta distúrbios convulsivos subjacentes. Os pacientes devem estar cientes destes sintomas de abstinência e também da possibilidade de monitoramento durante o processo de descontinuação, que faz com que eles se sintam mais seguros e confiantes (POTTIE K et al, 2018).

Apesar de a maioria dos ensaios clínicos presentes nesta amostra não enfatizarem os benefícios observados nos processos de desprescrição, diversas revisões demonstraram os pontos positivos correlacionados a descontinuação no uso de BZD (REEVE et al, 2017; POTTIE K et al, 2018; DYER et al, 2019).

De modo geral, a exclusão de terapias com medicamentos potencialmente inapropriados em idosos gera uma melhor adesão aos tratamentos adequados, melhora na qualidade de vida dos pacientes, o risco de reações adversas é reduzido e a mortalidade também decai, quando o

enfoque passa para os BZD, a descontinuação revelou melhorias significativas no humor, na saúde mental dos pacientes e melhores habilidades de funcionamento social, estes achados estão presentes na revisão sistemática de Reeve E et al no ano de 2017 (REEVE et al, 2017).

Achados bem significativos, podem gerar ainda mais a estimulação de processos de desprescrição, é de que a descontinuação desta classe medicamentosa esta correlacionada com diminuição do risco de quedas, diminuição da sedação diurna, melhoria no processamento de pensamentos, melhoria na memória, diminuição dos períodos de internação dos idosos mais frágeis e diminuição no risco de demência causado pelos BZD (POTTIE K et al , 2018; DYER et al, 2019). Porém ainda faltam estudos clínicos que possam chegar a resultados robustos sobre essa temática.

A colaboração do profissional farmacêutico em conjunto com o médico prescritor é considerada um fator importante na desprescrição bem sucedida de BZD em idosos, porque este apoio exerce influência sob a decisão do paciente de interromper a terapia medicamentosa (TANNENBAUM C et al, 2014; NAVY HJ et al, 2018; MARVIN et al, 2016). Os farmacêuticos são os principais distribuidores de BZD, e como tal, podem desempenhar um papel muito importante no monitoramento e no suporte ao paciente, podem fazer parte da conscientização, realizar intervenções mínimas em colaboração com os médicos e também pode influenciar os prescritores, fornecendo intervenções para descontinuação (ADIS MEDICAL WRITERS, 2018).

Quando o profissional farmacêutico realiza uma revisão dos medicamentos usados pelo paciente, as chances de os medicamentos potencialmente inapropriados serem reduzidos, ou tenham a iniciativa de reduzir é muito maior. Recomenda-se que o farmacêutico participe da identificação de pacientes em risco à problemas relacionados a medicamentos, iniciando um processo de revisão medicamentosa sempre em comunicação aberta ao médico prescritor (MARVIN et al, 2016).

É papel esperado do farmacêutico e/ou médico prescritor questionar a cada encontro com o paciente se o mesmo não têm sentido efeitos adversos, ou reações indesejadas, problemas com a administração do medicamento e realizar a identificação de medicamentos com maior probabilidade de serem desnecessários ou prejudiciais, como no caso dos BZD (SCOTT IA et al, 2015).

Muitos médicos ainda continuam superestimando os benefícios do uso de BZD em idosos, ao invés do prejuízo por eles causado, se faz necessária a educação continuada destes

profissionais, a respeito dos danos causados pelos medicamentos hipnóticos sedativos, principalmente em pacientes idosos, levando à superação deste obstáculo e um possível aumento na desprescrição destes medicamentos (TANNENBAUM C et al, 2014).

A multidisciplinaridade dos profissionais de saúde no âmbito da desprescrição de medicamentos em idosos é nítida, a contribuição de enfermeiros no acompanhamento do paciente, seja em casas de repouso ou até mesmo no ambiente hospitalar é de grande valia para a temática estudada, além de levar em conta o auxílio prestado dos profissionais psicólogos, com o apoio psicológico que pode ser fornecido aos pacientes que optam por ter seus medicamentos descontinuados e ajudam a diminuir o sofrimento e a angústia causada nos mesmos (TANNENBAUM C et al, 2014).

O corpus desta revisão integrativa, abrange diversas metodologias e abordagens empregadas na desprescrição de medicamentos BZD, porém as taxas de descontinuação variam substancialmente entre os estudos e intervenções isoladas. As evidências demonstram que a desprescrição é um processo viável e seguro na população idosa, onde o sucesso na depreciação do medicamento é somente avaliado individualmente para cada tipo de intervenção utilizada.

Na revisão sistemática de Reeve et al, 2017, os resultados sugeriram que as intervenções farmacológicas com enfoque na substituição do BZD em conjunto com apoio psicológico tiveram maiores taxas de sucesso. Os autores relataram que as intervenções de educação do paciente e redução gradual apresentam menores taxas de descontinuação quando comparadas com a intervenção anterior. Porém levaram em conta que as intervenções dirigidas ao paciente apresentam vantagens, por serem de baixo custo, facilmente empregadas no cuidado regular do paciente e garantem a participação do mesmo nas decisões sobre seus medicamentos e a descontinuação deles (REEVE et al, 2017).

A melhor prática de desprescrição de BZD ainda permanece incerta, mas evidências apontam que uma abordagem multifacetada, passo a passo, utilizando uma gama de intervenções em conjunto, que aumentem a conscientização, forneçam recursos, tendo como alvo o paciente em conjunto com a equipe multidisciplinar é a melhor abordagem e a que pode apresentar melhores taxas de sucesso (ADIS MEDICAL WRITERS, 2018).

Existem diversas lacunas que não puderam ser preenchidas com a elaboração desta revisão, devido a maioria dos estudos abordarem um acompanhamento de curto prazo, o impacto e a sustentabilidade das intervenções não puderam ser muito bem avaliados. Muitos

estudos enfatizam somente a taxa de descontinuação dos BZD, e são escassos os estudos que se concentraram nos benefícios da retirada destes medicamentos. A maioria não avalia resultados importantes para o paciente, como melhora na qualidade de vida ou melhora em alguma função, como por exemplo a função cognitiva, bem como também não analisam o custo-benefício desta retirada, além disso, alguns estudos que retratam passo a passo a desprescrição não avaliam nos resultados os benefícios observados, já outros, que apontam os benefícios não descrevem um passo a passo de como desprescrever.

São necessários mais estudos clínicos que permitam comparar estratégias de retirada de BZD, focando nos resultados importantes para o paciente, como a melhora na qualidade de vida, melhora de alguma função específica, diminuição no número de quedas, menores sintomas de abstinência apresentados e menor sofrimento psicológico para o paciente. Esses estudos ajudarão a orientar abordagens futuras mais eficazes baseadas em evidências clínicas.

7 CONCLUSÕES

Diante dos resultados apresentados, é possível observar que a desprescrição de BZD em idosos é algo viável e atingível. Apesar de todas as barreiras enfrentadas neste processo, a maioria dos artigos desta revisão enfatizaram resultados positivos em relação a essa temática. As práticas de desprescrição e técnicas são muito difundidas e variáveis, a literatura até o momento não permite destacar o método mais eficaz a ser utilizado em pacientes idosos, pois ainda faltam estudos clínicos que preencham estas lacunas de conhecimento.

O tema abordado vem aumentando cada vez mais sua importância. Devido ao crescente aumento na população idosa mundial, o foco no aumento da qualidade de vida destes pacientes deve ser considerado uma preocupação geral dos profissionais da área de atenção à saúde do paciente idoso. A elaboração de uma diretriz a partir de novos ensaios clínicos a serem realizados, deve levar em conta resultados importantes para o paciente e não somente a quantificação em percentual do aumento nas taxas de cessação do medicamento.

O presente estudo proporcionou conhecimento a respeito das diferentes abordagens utilizadas na desprescrição de BZD em idosos, apontando técnicas multifacetadas, que levem em conta a decisão compartilhada entre paciente, médico prescritor e o profissional farmacêutico. Para contribuição na diminuição dos efeitos adversos relacionados a esta classe medicamentosa que continua sendo uma das mais utilizadas por essa população específica.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADIS MEDICAL WRITERS (2018). **Take a multifaceted stepwise approach when deprescribing benzodiazepines in older patients.** *Drugs & Therapy Perspectives*. 35. 1-5. 10.1007/s40267-018-0578-z.

ALVARENGA, J. M. *et al.* **Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de "jogar água no fogo", não pensar e dormir.** *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 249-258, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232015000200249&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 maio 2020.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. **American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults.** *Journal of the American Geriatrics Society*, [s.l.], v. 67, n. 4, p.674-694, 29 jan. 2019. Wiley.

ANDRADE, K. V. F.; SILVA FILHO, C.; JUNQUEIRA, L. L. **Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos: um estudo transversal em instituição psiquiátrica.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Feira de Santana, v. 65, n. 2, p. 149-154, jun. 2016.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Quedas em idosos: Prevenção.** Projeto Diretrizes, São Carlos do Pinhal, p. 1-54, 30 out. 2008.

AZEVEDO, A. J. P.; ARAÚJO, A. A.; FERREIRA, M. A. F. **Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras.** *Ciência, Natal*, v. 21, n. 1, p. 83-90, jan. 2016.

BAILLARGEON L *et al.* **Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: a randomized trial.** *CMAJ*. 2003;169(10):1015-1020.

BATESON A. N. **Basic pharmacologic mechanisms involved in benzodiazepine tolerance and withdrawal.** *Curr Pharm Des.* Edmonton, v.8, n.1, p.5-21, ago. 2002.

BERNIK, M. A. **Benzodiazepínicos - quatro décadas de experiência.** São Paulo: Edusp, 1999.

BERKOW, R. *et al.* (Eds). **Manual Merck de informação médica: saúde para a família.** São Paulo: Manole, 2002.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC.** v. 2, 2011.

BRASIL. **Estatuto do idoso:** lei federal no 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. **Política Nacional de Assistência Farmacêutica**, Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 maio de 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2020**. Ministério da Saúde, Brasília, p.1-219, 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretoria de Atenção à Saúde Gerência de Integração Assistencial Departamento de Assistência Farmacêutica. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais: REMUME. Edição Outubro 2017**. Florianópolis: Santa Catarina; 2017.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **RESOLUÇÃO Nº 585 DE 29 DE AGOSTO DE 2013 nº Artigo 7, de 29 de agosto de 2013**. Parágrafo V. BRASIL, p. 1-11, 29 ago. 2013.

BRASIL, IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Retratos: a revista do IBGE, 2019**. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/d4581e6bc87ad8768073f974c0a1102b.pdf. Acesso em: 19 set. 2019.

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. **Benzodiazepines in Older Adults: A Review of Clinical Effectiveness, Cost- effectiveness, and Guidelines**, 2011.

CARR F, TIAN P, CHOW J, et al. **Deprescribing benzodiazepines among hospitalised older adults: quality improvement initiative** *BMJ Open* 2019;8:e000539. doi: 10.1136/bmjopen-2018-000539

CEBRID - **Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas**: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

COOPER, H. **The Integrative Research Review: A Systematic Approach** Sage Publications. Beverly Hills, Calif.: Sage Publications, 1984.

DYER et al. (2019). **Cognitive Outcomes of Long-term Benzodiazepine and Related Drug (BDZR) Use in People Living With Mild to Moderate Alzheimer's Disease: Results From NILVAD**. Journal of the American Medical Directors Association. 21. 10.1016/j.jamda.2019.08.006.

FEGADOLLI, C.; VARELA, N. M. D.; CARLINI, E. L. A. **Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba**. Cadernos de Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 6, p.1-11, fev. 2019.

FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan (GEN), 2011.

GOLAN, D. E. **Princípios de farmacologia: a base fisiopatológica da farmacoterapia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

HARRISON SL, CATION M, JESSOP T, HILMER SN, SAWAN M, BRODATY H. **Approaches to Deprescribing Psychotropic Medications for Changed Behaviours in Long-Term Care Residents Living with Dementia**. *Drugs Aging*. 2019;36(2):125-136. doi:10.1007/s40266-018-0623-6

HILMER, S. N.; GNJIDIC, D. **Deprescribing: the emerging evidence for and the practice of the ‘geriatrician’s salute’**. *Age And Ageing*, Sydney, v. 47, n. 5, p.638-640, 23 fev. 2018.

HUF, G.; LOPES, C. S.; ROZENFELD , S. **O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos**. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, p. 351-362, abr. 2000.

JETHA, SHIRIN (2015). **Polypharmacy, the Elderly, and Deprescribing**. *The Consultant pharmacist : the journal of the American Society of Consultant Pharmacists*. 30. 527-32. 10.4140/TCP.n.2015.527.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 127-141, jun. 2005.

LE COUTEUR et al. (2011) **Deprescribing**, The Australian National University, 34 (6), DOI: 10.18773/austprescr.2011.095

LEITE GONÇALVES, A. **Abuso de benzodiazepinas nos transtornos de ansiedade**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) — Universidade Católica Portuguesa, 2012.

MARTIN P, TANNENBAUM C. **Use of the EMPOWER brochure to deprescribe sedative-hypnotic drugs in older adults with mild cognitive impairment**. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):37. 2017 Jan 31. doi:10.1186/s12877-017-0432-5

MARVIN V et al.**Deprescribing medicines in the acute setting to reduce the risk of falls**. *European Journal of Hospital Pharmacy* 2016;24:10-15.

MCGRATH K, et al. **Deprescribing: A simple method for reducing polypharmacy**. *J Fam Pract*. 2017;66(7):436-445.

MENDES, K. C. C. **O uso prolongado de benzodiazepínicos: uma revisão de literatura**. 2013. 26 f.. TCC (Graduação) — Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012 .

MORAES, E. N. **A arte da (des)prescrição no idoso: a dualidade terapêutica**. Belo Horizonte: Folium, 2018.

MOREIRA, P.; BORJA, A. **Benzodiazepínicos: uso e abuso em pacientes idosos**. Revista Acadêmica Oswald Cruz, São Paulo, p. 1-9, set. 2018. Disponível em: http://revista.oswaldocruz.br/Content/pdf/Edicao_19_Pamella_Moreira.pdf. Acesso em: 20 set. 2019.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. **Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.17, n. 04, p. 758-764, out./dez. 2008.

NASTASY, H.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A. C. P. R. **Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos**. Associação Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, p. 1-8, 21 ago. 2002.

NAVY HJ et al. **Clinical Pharmacist Intervention to Engage Older Adults in Reducing Use of Alprazolam**. *Consult Pharm*. 2018;33(12):711-722. doi:10.4140/TCP.n.2018.711.

NG BJ, LE COUTEUR DG, HILMER SN. **Deprescribing Benzodiazepines in Older Patients: Impact of Interventions Targeting Physicians, Pharmacists, and Patients**. *Drugs Aging*. 2018;35(6):493-521. doi:10.1007/s40266-018-0544-4

NUNES, B. S.; BASTOS, F. M. **Efeitos colaterais atribuídos ao uso indevido e prolongado de benzodiazepínicos**. Saúde e ciência em ação, v. 3, n. 1, p.71-82, 2016.

O'MAHONY, D. *et al*. **STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2**. *Age and Ageing*, v. 44, n. p. 213–218, 2 mar. 2015.

OLIVEIRA, M. G. *et al*. **Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos**. *Geriatrics, Gerontology And Aging*, Vitória da Conquista, v. 10, n. 4, p. 168-181, dez. 2017.

POTTIE, K. *et al*. **Deprescribing benzodiazepine receptor agonists: Evidence-based clinical practice guideline**. *Can Fam Physician*, v. 64, n. 5, p. 339-351, 2018.

RANG, H. P. *et al*. **Farmacologia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

REEVE E et al. **Review of deprescribing processes and development of an evidence-based, patient-centred deprescribing process**. *Br J Clin Pharmacol*. 2014;78(4):738-747. doi:10.1111/bcp.12386

REEVE E et al. **The benefits and harms of deprescribing**. *Med J Aust*. 2014;201(7):386-389. doi:10.5694/mja13.00200

REEVE et al. **A systematic review of interventions to deprescribe benzodiazepines and other hypnotics among older people**. *Eur J Clin Pharmacol*. 2017;73(8):927-935. doi:10.1007/s00228-017-2257-8

REEVE E, THOMPSON W, FARRELL B. **Deprescribing: A narrative review of the evidence and practical recommendations for recognizing opportunities and taking action**. *Eur J Intern Med*. 2017;38:3-11. doi:10.1016/j.ejim.2016.12.021

ROCHA, E. K. P. **O uso crônico de benzodiazepínicos na saúde do idoso.** 2014. 38 f. TCC (Graduação) - Curso de Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

SADOWSKI CHERYL A. (2018). “**Deprescribing-A Few Steps Further.**” Pharmacy (Basel, Switzerland) vol. 6,4 112. 11 Oct. 2018, doi:10.3390/pharmacy6040112

SALCHER, E. B. G. et al. **Fatores associados ao uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos urbanos e rurais.** Saúde e pesquisa, Maringá, v. 11, n.1, p. 139-149, 2018.

SCOTT IA et al. **Reducing Inappropriate Polypharmacy: The Process of Deprescribing.** JAMA Intern Med. 2015;175(5):827–834. doi:10.1001/jamainternmed.2015.0324

SCOTT, IAN A et al. “**Evidence-based deprescribing: reversing the tide of potentially inappropriate polypharmacy.**” Journal of Clinical Outcomes Management 23 (2016): 359-369.

SCRANDIS, DEBRA A, DUARTE, ANA C Duarte, Ana C. **Deprescribing benzodiazepines,** The Nurse Practitioner: February 2019 - Volume 44 - Issue 2 - p 12-14 doi: 10.1097/01.NPR.0000550253.04526.30

SECOLI, S. R. **Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 63, n. 1, p.136-140, fev. 2010.

SILVA, R. S. **Atenção farmacêutica ao uso indiscriminado de benzodiazepínicos.** 2012. 52 f. TCC (Graduação) - Curso de Farmácia, Centro Universitário Estadual da Zona Oeste, 2012.

SILVA, E. R. B.; OLIVEIRA, K. **Estudo da utilização e promoção do uso racional de benzodiazepínicos em uma drogaria no município de São Luiz Gonzaga – RS.** Revista Brasileira de Farmácia, Ijuí, p. 153-160, 2 maio 2012.

SILVEIRA, L. C.; ALMEIDA, A. N.; CARRILHO, C. **Os benzodiazepínicos na ordem dos discursos: de objeto da ciência a objeto gadget do capitalismo.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 107-120, mar. 2019.

SGNAOLIN, V.; ENGROFF, P. **Desprescrição.** Pajar - Pan American Journal Of Aging Research, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 1-4, 9 set. 2019.

TANNENBAUM C et al. **Reduction of Inappropriate Benzodiazepine Prescriptions Among Older Adults Through Direct Patient Education: The EMPOWER Cluster Randomized Trial.** JAMA Intern Med. 2014;174(6):890–898. doi:10.1001/jamainternmed.2014.949

TANNENBAUM C et al. **An Ecological Approach to Reducing Potentially Inappropriate Medication Use:** Canadian Deprescribing Network. Can J Aging. 2017;36(1):97-107. doi:10.1017/S0714980816000702.

TELLES FILHO, P. C. P. *et al.* **Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem.** Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 581-586, set. 2011.

USO RACIONAL DE PSICOFÁRMACOS: 2006 - **O ano da promoção do uso racional de benzodiazepínicos.** Rio de Janeiro: Coordenação de programas de saúde mental, secretaria municipal saúde do Rio de Janeiro, 2006. 1 v. (CPSM/SMS-RIO, 2006)

WILSON MG *et al.* **EMPOWERing Hospitalized Older Adults to Deprescribe Sedative Hypnotics: A Pilot Study.** J Am Geriatr Soc. 2018;66(6):1186-1189. doi:10.1111/jgs.15300.

WOODWARD, M. C. (2003). **Deprescribing: Achieving Better Health Outcomes for Older People through Reducing Medications.** Journal of Pharmacy Practice and Research, 33(4), 323–328.

ANEXO A:

Figura 4: Cronograma de retirada gradual de BZD em um período de 21 dias.

Semanas	Cronograma de Desmame							✓
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	
1 e 2	●	●	●	●	●	◐	●	
3 e 4	●	◐	●	◐	●	◐	●	
5 e 6	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	
7 e 8	◐	◐	◐	◐	◐	◑	◐	
9 e 10	◐	◑	◐	◑	◐	◑	◐	
11 e 12	◑	◑	◑	◑	◑	◑	◑	
13 e 14	◑	◑	◑	◑	◑	○	◑	
15 e 16	◑	○	◑	○	◑	○	◑	
17 e 18	◑	○	○	◑	○	○	◑	
19	○	○	○	◑	○	○	○	
20	○	○	○	○	○	◑	○	
21	○	○	○	○	○	○	◑	
22	○	○	○	○	○	○	○	

Legenda

● Dose completa ◐ Meia dose ◑ Um quarto da dose ○ Nenhuma dose

Fonte: Adaptado de TANNENBAUM C et al, 2014.