
ARTIGO ORIGINAL

**DESPRESCRIÇÃO EM IDOSOS E DESFECHOS CLÍNICOS: UMA
REVISÃO SISTEMÁTICA****DEPRESCRIBING IN OLDER ADULTS AND CLINICAL OUTCOMES:
A SYSTEMATIC REVIEW**Mariana Prieto Barbosa ¹Nathalia Faria do Carmo ¹Isabela Dala Pedra Cadan ¹Bianca Gasparotto da Silva ¹Beatriz Martins da Silva ¹Eloisa da Silva Barrozo Nogueira ²DOI: <https://doi.org/10.63845/fyatkb36>**RESUMO**

Introdução: A polifarmácia é frequente na população idosa e está associada ao aumento do risco de eventos adversos, hospitalizações, quedas e declínio funcional. Nesse contexto, a desprescrição tem sido proposta como estratégia para otimizar a farmacoterapia e reduzir danos relacionados ao uso excessivo de medicamentos. **Objetivo:** Avaliar os efeitos da desprescrição de medicamentos sobre desfechos clínicos em idosos quando comparada ao cuidado usual. **Métodos:** Realizou-se uma revisão sistemática da literatura conforme as recomendações PRISMA. A busca foi conduzida na base PubMed utilizando descritores relacionados à desprescrição, idosos, polifarmácia e desfechos clínicos. Foram incluídos estudos publicados nos últimos 10 anos envolvendo indivíduos com 60 anos ou mais submetidos a intervenções de desprescrição. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, 12 estudos compuseram a amostra final. **Resultados:** Os estudos demonstraram que a desprescrição foi eficaz na redução da carga medicamentosa e, em alguns casos, associou-se à melhora da qualidade de vida e da funcionalidade. Entretanto, os resultados referentes à mortalidade, hospitalização, quedas e eventos adversos mostraram-se heterogêneos, sem evidências consistentes de benefício ou prejuízo clínico significativo. **Conclusão:** A desprescrição representa uma estratégia promissora para o manejo da polifarmácia em idosos, contribuindo para a individualização do tratamento e redução da carga medicamentosa. Contudo, seus impactos sobre desfechos clínicos relevantes permanecem variáveis, indicando a necessidade de novas pesquisas.

Descritores: Idoso; Desprescrições; Qualidade de Vida; Resultado do Tratamento.

¹ Curso de Medicina, Unicesumar, Maringá, Paraná, Brasil.

² Curso de Medicina, Idomed vista carioca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

ABSTRACT

Introduction: Polypharmacy is common among older adults and is associated with an increased risk of adverse events, hospitalizations, falls, and functional decline. In this context, deprescribing has been proposed as a strategy to optimize pharmacotherapy and reduce harms related to the excessive use of medications. **Objective:** To evaluate the effects of medication deprescribing on clinical outcomes in older adults compared with usual care. **Methods:** A systematic review was conducted in accordance with the PRISMA guidelines. The literature search was performed in the PubMed database using descriptors related to deprescribing, older adults, polypharmacy, and clinical outcomes. Studies published within the last 10 years involving individuals aged 60 years or older who underwent deprescribing interventions were included. After applying the eligibility criteria, 12 studies were included in the final analysis. **Results:** The studies demonstrated that deprescribing was effective in reducing medication burden and, in some cases, was associated with improvements in quality of life and functional status. However, the findings regarding mortality, hospitalization, falls, and adverse events were heterogeneous, with no consistent evidence of significant clinical benefit or harm. **Conclusion:** Deprescribing represents a promising strategy for managing polypharmacy in older adults by promoting individualized treatment and reducing medication burden. However, its effects on clinically relevant outcomes remain variable, highlighting the need for further research.

Keywords: Aged; Deprescriptions; Quality of Life; Treatment Outcome.

INTRODUÇÃO

A prática de polifarmácia vem seguindo crescimento expressivo a cada ano, através do uso concomitante de múltiplos medicamentos, acompanhando o padrão de envelhecimento populacional e associado principalmente ao aumento de prevalência de doenças crônicas e necessidade de redução de dores crônicas. A polifarmácia é definida como o uso de cinco ou mais fármacos, atitude que reflete em risco aumentado de eventos adversos aos medicamentos, causando declínio funcional, quedas, interações e reações farmacológicas, hospitalizações e mortalidade, gerando problema impactante de saúde pública. [1].

Existem alterações fisiológicas inerentes ao envelhecimento, como mudança na farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos, além de mudanças na composição corporal e na função renal e hepática, que tornam os idosos ainda mais vulneráveis, fator que, somado às multimorbidades, gera prescrição de múltiplos fármacos por diferentes profissionais da saúde, os quais não são constantemente reavaliados de forma integrada sobre sua real aplicabilidade, garantindo a falta de segurança dessas terapias, aumentando e comprometendo a funcionalidade dos idosos. [13, 14].

Diante desse cenário, destaca-se o conceito de medicamentos potencialmente inapropriados, os quais são amplamente discutidos em instrumentos como critérios de Beers e STOPP/STARR, identificando prescrições de maior risco e entregando indicações e contraindicações de medicações aplicáveis na prática médica, permitindo intervenções direcionadas para desprescrição. Além disso, intervenções baseadas nesses critérios, têm demonstrado eficácia na redução de complicações e melhora da segurança do paciente. [13].

Atualmente, a desprescrição representa uma estratégia planejada, centrada no paciente, definida como redução e suspensão de medicamentos em que os riscos superam os benefícios em relação a uma doença ou sintoma. Essa prática visa reduzir a carga medicamentosa, elucidando os benefícios da redução de danos associados a determinada prática, sendo cada vez mais incorporada em diretrizes clínicas e práticas de cuidados ao idoso. [8].

De forma geral, há um movimento que sugere um crescente corpo de evidências de intervenções em desprescrição, as quais se associam com a redução de eventos adversos como quedas, além da utilização de serviços de saúde, incluindo hospitalizações, garantindo benefícios na qualidade de vida e funcionalidade do idoso ao promover uma abordagem terapêutica mais individualizada e centrada no paciente. [3, 4, 6, 7].

Contudo, diversos estudos demonstram evidências heterogêneas, especialmente em relação a desfechos clínicos como mortalidade e hospitalização, sobretudo em relação a diferenças de inclusão, estratégias de desprescrição e características da população estudada. Somado a isso, há lacunas importantes quanto ao impacto nos desfechos centralizados no paciente, como função cognitiva e manutenção de atividade de vida diária de qualidade, reforçando a necessidade de análise sistemática e mais abrangentes e metodologicamente rigorosas das evidências disponíveis. [6, 10].

Considerando o cenário, torna-se fundamental sintetizar de forma sistemática e crítica o conhecimento disponível acerca da desprescrição em pacientes idosos, considerando a relevância clínica da polifarmácia e seus potenciais impactos nos desfechos em saúde. Esta revisão sistemática visa avaliar, em pacientes idosos, se a desprescrição de medicamentos, quando comparada ao cuidado usual, está associada à melhora dos desfechos clínicos relevantes, incluindo hospitalização, eventos adversos a medicamentos, quedas, qualidade de vida, manutenção da função cognitivas e funcionais, além da mortalidade.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura, conduzida de acordo com as diretrizes do protocolo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), com o objetivo de garantir transparência, reprodutibilidade e rigor metodológico na identificação e síntese das evidências disponíveis.

A estratégia metodológica foi estruturada a partir da formulação da pergunta norteadora da pesquisa: “Em idosos, a desprescrição de medicamentos, quando comparada ao cuidado usual, melhora desfechos clínicos como mortalidade, hospitalização, eventos adversos e qualidade de vida?”. A definição dessa pergunta seguiu o modelo PICO, conforme descrito abaixo:

- P (população): Idosos (≥ 60 anos).
- I (intervenção): Intervenções de desprescrição, incluindo suspensão, redução ou revisão estruturada de medicamentos, especialmente em contexto de polifarmácia.

- C (comparação): Cuidado usual, manutenção da prescrição ou ausência de intervenção de desprescrição.
- O (desfechos): Mortalidade, hospitalização, eventos adversos relacionados a medicamentos, quedas, qualidade de vida, função cognitiva e funcional.

A busca bibliográfica foi realizada na base de dados PubMed, utilizando descritores MeSH e termos livres combinados com operadores booleanos, conforme estabelecido no protocolo do grupo. A estratégia utilizada foi: (“Deprescriptions” [Mesh] OR deprescribing OR “medication withdrawal” OR “drug discontinuation”) AND (“Aged” [Mesh] OR elderly OR “older adults” OR “aged 60 and over”) AND (“Polypharmacy” [Mesh] OR polypharmacy) AND (“Treatment Outcome” [Mesh] OR mortality OR hospitalization OR “adverse events” OR quality of life OR falls) (deprescribing OR “medication withdrawal” OR “drug discontinuation”) AND (elderly OR “older adults”) AND (polypharmacy)

Foram incluídos, estudos com participantes idosos (≥ 60 anos), em intervenções de desprescrição claramente definidas, que compara o cuidado usual e/ou avaliação antes/depois. Avaliação de desfechos clínicos relevantes (mortalidade, hospitalização, eventos adversos, quedas, qualidade de vida, função cognitiva/funcional). Dentro os artigos foram selecionados aqueles publicados nos últimos 10 anos, ensaios clínicos, ensaios clínicos randomizados, estudos quase-experimentais ou estudos observacionais com intervenção. E foram excluídos, estudos com população não idosa, revisões narrativas, editoriais, cartas ou protocolos, além de estudos sem desfechos clínicos relevantes (ex.: apenas número de medicamentos), estudos sem intervenção explícita de desprescrição e com publicações com mais de 10 anos.

A busca inicial identificou 53 artigos e a triagem inicial foi realizada por avaliação de título e resumo, realizada de forma independente por dois revisores. Posteriormente, foi realizada a leitura do texto completo para confirmação da elegibilidade. Com isso foi utilizada a plataforma RAYYAN para organizar a triagem e identificar conflitos, que foram resolvidos por consenso entre as avaliadoras. A seleção foi feita de forma pareada e às cegas. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram removidos 41 estudos, resultando em 12 artigos que compõem a amostra final desta revisão sistemática, conforme definido pelo grupo.

RESULTADOS

Os desfechos clínicos da desprescrição medicamentosa foi relacionado principalmente com a qualidade de vida do paciente após a nova recomendação. De acordo com o aparecimento de eventos adversos, um estudo de 2020 com idosos hipertensos em uso de múltiplos anti-hipertensivos, demonstrou que a retirada de algumas classes medicamentosas reduziu o risco de eventos adversos como dor, articulações rígidas, perda de força, falta de ar, fadiga, impotência e dificuldade para dormir. No entanto, número de eventos adversos maiores apresentados pelos pacientes foi balanceado, tendo o grupo de intervenção sido associado a redução mínima de hospitalização, infarto do miocárdio, isquemia

periférica, sepse, infecção do trato urinário e deiscência de ferida, mas sendo acometido por outros eventos³. Já um ensaio clínico randomizado de 2024 realizado em idosos institucionalizados, apresentou que o número de eventos adversos graves foi significativamente maior no grupo de descontinuação medicamentosa (36%) em comparação com o grupo de tratamento padrão (24%).

Um ensaio clínico randomizado em idosos com polifarmácia em transição hospitalar para cuidados pós-agudos, demonstrou que a redução significativa dos medicamentos não aumentou os desfechos de visita não planejada ao pronto-socorro, transferência para UTI, nova internação ou óbito¹. Também, em um ensaio clínico randomizado de 2024, em paciente hipertensos, a desprescrição não levou ao aumento da hospitalização ou da mortalidade por todas as causas de hospitalização a longo prazo, o desfecho durante o acompanhamento dos pacientes ocorreu em 202 (72%) dos participantes no grupo de intervenção e em 218 (77%) no grupo controle⁴. Em pacientes em reabilitação ou cuidados subagudos em Singapura e pacientes idosos internados em um hospital comunitário do Japão, o grupo com desprescrição não obtiveram impacto significativo na redução da utilização de serviços de saúde, hospitalização e mortalidade comparados a paciente em tratamento usual.

Ensaios clínicos que avaliaram especificamente a redução de anti-hipertensivos, demonstraram resultados contraditórios. Em 69 centros de atenção primária da Inglaterra, os idosos com mais de 80 anos selecionados para intervenção e avaliação de desfechos demonstraram que com a remoção de 1 medicamento por 12 semanas a variação média de pressão arterial sistólica foi de 3,4 mmHg maior no grupo de intervenção, sugerindo que essa estratégia não gera uma mudança substancial no controle da pressão arterial, pois manteve o controle pressórico. Já o estudo TONE de 2021 que recrutou pacientes entre 60-80 anos, avaliou que a suspensão de medicamentos anti-hipertensivos em prol da adoção de estratégias não farmacológicas (perda de peso e redução do sódio) está associada ao aumento da pressão arterial sistólica de 4,59 mmHg em comparação ao valor basal e ocorrência de 113 eventos adversos pelos quadros de desnutrição e desidratação que se seguiam a longo prazo.

Idosos em polifarmácia com incidência de quedas recorrentes tiveram suspensão de medicamentos que aumentam o risco de queda (FRID), como antipsicóticos. Diante dessa intervenção, entre todos os pacientes 24% sofreram uma queda no período de 1 ano de acompanhamento, 9% duas quedas e 13% queda grave, não sendo encontrada associação entre a interrupção dos medicamentos com a ocorrência de queda⁵. O ensaio clínico CLUSTER em idosos com uso crônico de medicamentos para o sistema nervoso central, a redução de psicotrópicos também não reduziu a incidência de quedas com necessidade de tratamento médico em 18 meses tendo uma taxa de 0,33 no grupo intervenção e 0,30 no controle.⁷ Além disso, o custo médio com saúde relacionado a queda não diferiu significativamente entre o grupo de intervenção e controle.

O ensaio clínico multicêntrico, multicomponente, randomizado simples-cego reduziu a prescrição de psicotrópicos para demência no grupo de intervenção obtendo resultados significativos na melhora da qualidade de vida no grupo intervenção avaliado pela Escala de Autocuidado Físico de Lawton e Brody (PSMS). No entanto, os escores obtidos pelo Inventário Neuropsiquiátrico para Casa de

Repouso (NPI-NH) e Escala de Depressão em Demência de Cornell (CSDD) não diferiram entre os grupos. Além disso, não houve piora dos sintomas neuropsíquicos com a redução segura das medicações.

Por fim, os estudos concluíram que o procedimento de desprescrição simples e centrado no paciente é eficaz imediatamente após a intervenção, mas seus resultados não são clinicamente significativos ou não apresentam grandes variações até o momento, visto que a qualidade de vida entre grupo intervenção (18,11%) e grupo controle (17,71%) ainda é muito próxima. Assim como as taxas de complicações associadas a doença base desses pacientes, 33,6% de hospitalização e 5,5% de mortalidade comparada a 26,2% de hospitalização e 6,3% de mortalidade, em intervenção e controle respectivamente.

DISCUSSÃO

A presente revisão sistemática avaliou o impacto da desprescrição medicamentosa em idosos, evidenciando que, embora essa estratégia seja eficaz na redução da carga medicamentosa, seus efeitos sobre desfechos clínicos relevantes permanecem inconsistentes.

De forma geral, os estudos incluídos demonstraram que intervenções de desprescrição promovem redução significativa de medicamentos utilizados, sem aumento expressivo de desfechos adversos graves em parte dos cenários analisados [1,9]. No entanto, essa redução não foi de maneira consistente, em benefícios clínicos robustos, como diminuição de mortalidade, hospitalização ou eventos adversos maiores [2,4], corroborando com a hipótese de que a simples redução da polifarmácia não é suficiente isoladamente, para modificar desfechos clínicos complexos.

Os achados também evidenciam importante heterogeneidade entre os estudos, especialmente no que se refere às populações incluídas, tipos de intervenções e desfechos avaliados. Ensaio envolvendo pacientes com hipertensão arterial demonstraram resultados divergentes, com alguns estudos indicando manutenção do controle pressórico após a desprescrição [3], enquanto outros observaram aumento da pressão arterial e maior ocorrência de eventos adversos [8], sugerindo que o impacto da intervenção depende fortemente do perfil clínico do paciente e da classe medicamentosa envolvida.

Além disso, intervenções voltadas à redução de medicamentos associados ao risco de quedas não demonstraram redução significativa desse desfecho [5,7]. Esse resultado pode ser explicado pela natureza multifatorial das quedas em idosos, envolvendo fatores como fragilidade, alterações neurológicas, ambientais e funcionais, indicando que a retirada isolada de medicamentos pode não ser suficiente para impactar o desfecho clínico.

No que diz respeito à qualidade de vida e funcionalidade, alguns estudos apontaram benefícios modestos, especialmente em intervenções envolvendo psicotrópicos, sem piora dos sintomas neuropsiquiátricos [10]. Contudo, esses efeitos não foram universais, uma vez que outros estudos não

demonstraram melhora significativa nesses desfechos [6], reforçando a necessidade de abordagem individualizadas e centradas no paciente.

Além disso, intervenções voltadas à retirada de medicamentos relacionados ao risco de quedas não demonstraram benefício significativo sobre esse desfecho, o que evidencia que quedas em idosos possuem caráter multifatorial e não dependem exclusivamente da desprescrição medicamentosa [5,7]. De modo semelhante, os achados referentes à qualidade de vida e funcionalidade também se mostraram heterogêneos, uma vez que alguns estudos apontaram benefícios modestos, enquanto outros não evidenciaram diferença significativa entre os grupos avaliados [5,6]. Dessa forma, os resultados desta revisão indicam que, embora a desprescrição represente estratégia relevante na redução da carga medicamentosa em idosos, seus impactos sobre desfechos clínicos mais amplos ainda não são uniformes, sendo necessária avaliação individualizada e maior robustez metodológica nos estudos futuros.

CONCLUSÃO

A partir das evidências analisadas nesse estudo, identifica-se uma heterogeneidade e divergência no que tange aos resultados clínicos, prognósticos e nas consequências ao paciente em relação à desprescrição medicamentosa. Apesar de estudos apontarem uma melhora na qualidade de vida e na sintomatologia, em um curto espaço de tempo após a intervenção, outros apontam que essa melhora pode não ser significativa, ou ainda agravar os resultados da enfermidade, haja vista a individualidade de cada paciente. Nota-se ainda que em determinadas patologias, quanto aos referentes ao quadro neurológico como demência, pode haver um avanço no que concerne à qualidade de vida, entretanto, em uma análise geral dos estudos, é percebido que esse progresso se resulta de uma gama de ações, não apenas da desprescrição, resultantes de um cuidado mais individualizado de cada paciente. Portanto, a partir dos achados, torna-se necessário pesquisas futuras que avaliem os resultados da desprescrição em grupos de pacientes com diagnósticos e quadros clínicos mais homogêneos, com o fito de sistematizar de forma mais adequada as descobertas.

REFERÊNCIAS

1. Anderson TS, Marcantonio ER, McCarthy EP, Herzig SJ, Shi P, Woods M, et al. **Deprescribing medications among older adults from end of hospitalization through postacute care: a Shed-MEDS randomized clinical trial.** JAMA Internal Medicine. 2023.
2. Hashimoto M, Kajiwar K, Kondo Y, et al. **Medication optimization protocol efficacy for geriatric inpatients: a randomized clinical trial.** Geriatrics & Gerontology International. 2024.
3. Sheppard JP, Lown M, Burt J, Temple E, Lowe R, Fraser R, et al. **Effect of antihypertensive medication reduction vs usual care on short-term blood pressure control in patients with hypertension aged 80 years and older: the OPTIMISE randomized clinical trial.** JAMA. 2020;323(20):2039-2051.

4. Sheppard JP, Burt J, Lown M, Temple E, Lowe R, Fraser R, et al. **Effect of antihypertensive deprescribing on hospitalisation and mortality: long-term follow-up of the OPTIMISE randomised controlled trial.** Age and Ageing. 2024.
5. Bogaerts JMK, van der Velde N, Richard E, et al. **Impact of discontinuation of fall-risk-increasing drugs on falls in multimorbid older patients with polypharmacy.** Age and Ageing. 2025.
6. Gedde SJ, van der Wardt V, Logan P, et al. **Effects of the discontinuation of antihypertensive treatment on neuropsychiatric symptoms and quality of life in nursing home residents with dementia (DANTON): a multicentre, open-label, blinded-outcome, randomised controlled trial.** Age and Ageing. 2024.
7. Phelan EA, Dublin S, Walker RL, et al. **Reducing central nervous system-active medications to prevent falls and injuries among older adults: a cluster randomized clinical trial.** JAMA Network Open. 2024.
8. Juraschek SP, Simpson LM, Davis BR, et al. **Effects of antihypertensive deprescribing strategies on blood pressure, adverse events, and orthostatic symptoms in older adults: results from TONE.** Hypertension. 2021.
9. Choo PY, Chua SS, Ibrahim B, et al. **Feasibility and efficacy of deprescribing rounds in a Singapore rehabilitative hospital: a randomised controlled trial.** Drugs & Aging. 2021.
10. Helvik AS, Selbaek G, Saltyte Benth J, et al. **Less is more: the impact of deprescribing psychotropic drugs on behavioral and psychological symptoms and daily functioning in nursing home patients. Results from the cluster-randomized controlled COSMOS trial.** American Journal of Geriatric Psychiatry. 2020.
11. van der Velde N, Stricker BHC, Pols HAP, et al. **Cost-utility of medication withdrawal in older fallers: results from the IMPROVeFALL trial.** Drugs & Aging. 2016.
12. Streit S, da Costa BR, Bauer DC, et al. **Effect of a patient-centred deprescribing procedure in older multimorbid patients in Swiss primary care: a cluster-randomised clinical trial.** BMC Geriatrics. 2021.

TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Características dos estudos incluídos que avaliaram o impacto da Desprescrição em idosos.

Estudo	Tipo de estudo	População	Intervenção	Desfechos avaliados	Resultado principal
Vasilevskis et al. (2023). PubMed: 36745422	Ensaio clínico randomizado	Idosos (≥ 60 anos) com polifarmácia, em transição do hospital para cuidados pós-agudos	Desprescrição estruturada	Número total de medicamentos na alta e após 90 dias	Redução significativa da carga medicamentosa, sem aumento de eventos adversos
Ie K et al. (2024). PubMed: 39078632	Ensaio clínico randomizado	Idosos hospitalizados com polifarmácia	Intervenção multidisciplinar	Desfecho composto: mortalidade, visitas hospitalares não programadas e reinternação em 12 meses	Redução do número de medicamentos sem impacto significativo em mortalidade ou utilização de serviços de saúde
Sheppard et al. (2020). PubMed: 32453368	Ensaio clínico randomizado	Idosos (≥ 80 anos) com hipertensão arterial sistêmica em uso de múltiplos anti-hipertensivos	Redução anti-hipertensivos	Controle da pressão arterial sistólica e ocorrência de eventos adversos em 12 semanas	A desprescrição não foi inferior ao tratamento usual, mantendo controle pressórico adequado sem aumento relevante de eventos adversos
Sheppard et al. (2024). PubMed: 39094592	Ensaio clínico randomizado	Idosos (≥ 80 anos) com hipertensão arterial controlada em	Desprescrição de anti-hipertensivo	Mortalidade por todas as causas e hospitalização a longo prazo	Não houve aumento de mortalidade ou

		uso de ≥ 2 anti-hipertensivos			hospitalização a longo prazo
Goto et al. (2024). PubMed: 40167043	Estudo observacional	Idosos com polifarmácia e multimorbidade	Suspensão FRIDs (medicamentos de riscos)	Incidência de quedas recorrentes	A descontinuação isolada de medicamentos de risco não reduziu significativamente a incidência de quedas
Bogaerts et al. (2024). PubMed: 38970547	Ensaio clínico randomizado	Idosos institucionalizados com demência moderada a grave	Suspensão anti-hipertensivos	Sintomas neuropsiquiátricos, qualidade de vida e eventos adversos graves	Não houve melhora em qualidade de vida ou sintomas, com tendência a aumento de eventos adversos
Phelan et al. (2024). PubMed: 39052289	Ensaio clínico Cluster	Idosos da comunidade em uso crônico de medicamentos do SNC	Redução psicotrópicos	Incidência de quedas com necessidade de atendimento médico	A intervenção não reduziu a incidência de quedas, apesar de melhorar indicadores de prescrição
Juraschek et al. (2021). PubMed: 34718403	Ensaio Clínico	Idosos (60–80 anos) com hipertensão arterial controlada em uso de anti-hipertensivo	Retirada anti-hipertensivo	Variação da pressão arterial sistólica e eventos adversos sintomáticos	A retirada foi associada ao aumento da PA e maior ocorrência de eventos adversos sintomáticos
Wong et al. (2021). PubMed: 34674645	Ensaio clínico randomizado	Idosos hospitalizados em cuidados	Revisão multidisciplinar	Variação percentual da dose diária total de	Redução significativa da carga medicamentos

		subaguda ou reabilitação		medicamentos na alta	a sem impacto em mortalidade ou hospitalização
Gedde et al. (2020). PubMed: 32753339	Ensaio clínico randomizado	Idosos institucionalizados com demência	Retirada psicotrópicos	Sintomas neuropsiquiátricos e desempenho em atividades de vida diária	Redução segura de psicotrópicos sem piora dos sintomas neuropsiquiátricos, associado a melhora funcional
Polinder et al. (2016). PubMed: 27809792	Ensaio clínico randomizado	Idosos com histórico de quedas	Retirada FRIDs	Custos em saúde e qualidade de vida	Não houve redução de custos globais, mas houve diminuição dos custos relacionados a medicamentos e menor declínio da qualidade de vida
Zechmann et al. (2020). PubMed: 33198634	Ensaio clínico cluster	Idosos multimórbidos atendidos na atenção primária	Desprescrição centrada	Número de medicamentos e segurança em 6-12 meses	Efeito inicial na redução de medicamentos, sem manutenção a longo prazo

HAS = hipertensão arterial sistêmica;

PA = pressão arterial;

QoL = quality of life (qualidade de vida);

FRIDs = fall-risk increasing drugs (medicamentos que aumentam o risco de quedas);

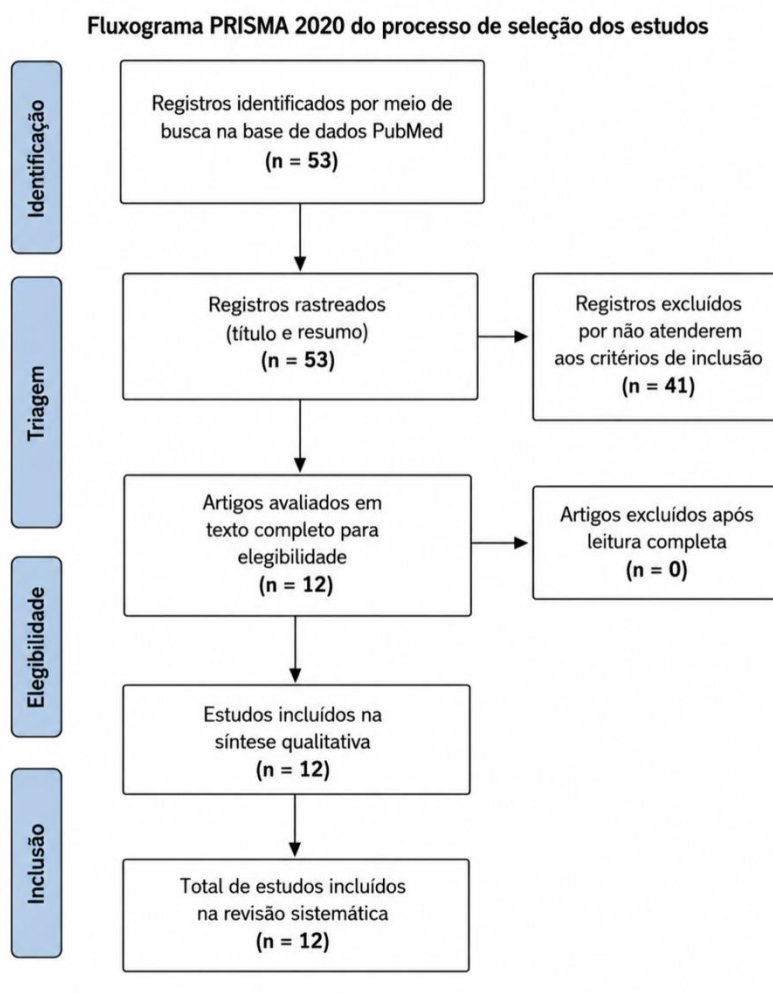
CNS = central nervous system (sistema nervoso central);

RC = ensaio clínico randomizado (randomized controlled trial);

IC = intervalo de confiança;

RR = risco relativo.

Figura 01. Fluxograma PRISMA. 2020 do processo de seleção dos estudos.



Fonte: elaborado pelos autores (2026)