



PBPC
ISSN 2674-9432



Qualis A3
CAPES 2021-2024



DOI - Crossref

Latindex

Indexado no
Google Acadêmico

DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: ANÁLISE DE ELEGIBILIDADE E IMPACTO ECONÔMICO POTENCIAL

Joseilson Sousa Alves Junior ¹, Maria Eduarda da Paixão Silva ¹, Nádia Letícia Silva Chaves ¹, Romulo Fernandes de Aquino ¹, Tayná de Oliveira Pereira ², Camila Guimarães Polisel ³



<https://doi.org/10.36557/2674-9432.2026v5n1p2328-2352>

Artigo recebido em 3 de Janeiro e publicado em 3 de Março de 2026

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

A desprescrição constitui estratégia fundamental para o uso racional de medicamentos, especialmente em pacientes hospitalizados expostos à polifarmácia e ao risco aumentado de eventos adversos. Este estudo teve como objetivo avaliar a elegibilidade para desprescrição e o impacto econômico potencial de benzodiazepínicos, antipsicóticos e inibidores da bomba de prótons (IBPs) em pacientes internados em um hospital filantrópico de Campo Grande–MS. Trata-se de um estudo transversal, observacional e quantitativo, realizado entre março e novembro de 2025, com 52 pacientes adultos que utilizavam ao menos um medicamento pertencente às classes avaliadas. Foram analisados 83 medicamentos, considerando o uso concomitante de múltiplas classes por paciente. A elegibilidade para desprescrição foi determinada com base em algoritmos clínicos internacionais (deprescribing.org), e o impacto econômico foi estimado a partir do custo total das unidades administradas durante a internação. Observou-se elevada prevalência de polifarmácia, com prescrições variando entre 2 e 20 medicamentos diários. Os IBPs corresponderam à maior proporção dos fármacos analisados e apresentaram a maior taxa de elegibilidade para desprescrição, sobretudo pela ausência de indicação clínica justificável. Antipsicóticos e benzodiazepínicos apresentaram menor elegibilidade, em geral associados a condições clínicas que demandavam manutenção terapêutica. O custo total estimado foi de R\$ 1.902,94, sendo que R\$ 1.346,19 (70,74%) corresponderam a medicamentos elegíveis para desprescrição, com destaque para o omeprazol intravenoso 40 mg, responsável pela maior parte da economia potencial. Os achados indicam que a desprescrição apresenta elevado potencial para otimização da farmacoterapia e racionalização de custos hospitalares, especialmente no uso de IBPs.



Palavras-chave: Desprescrição, Polimedicação, Farmacoeconomia.

ABSTRACT

Deprescribing is a key strategy for the rational use of medicines, particularly in hospitalized patients exposed to polypharmacy and increased risk of adverse drug events. This study aimed to assess deprescribing eligibility and the potential economic impact of benzodiazepines, antipsychotics, and proton pump inhibitors (PPIs) in hospitalized patients at a philanthropic hospital in Campo Grande, Brazil. This was a cross-sectional, observational, and quantitative study conducted between March and November 2025, including 52 adult patients using at least one medication from the target classes. A total of 83 medications were analyzed, considering that patients could use multiple therapeutic classes simultaneously. Deprescribing eligibility was assessed using internationally validated clinical algorithms (deprescribing.org), and the economic impact was estimated based on the total cost of medication units administered during hospitalization. A high prevalence of polypharmacy was observed, with prescriptions ranging from 2 to 20 medications per day. PPIs accounted for the largest proportion of medications and showed the highest deprescribing eligibility, mainly due to lack of clear clinical indication. Antipsychotics and benzodiazepines presented lower eligibility, generally associated with conditions requiring continued therapy. The total estimated cost was R\$ 1,902.94, of which R\$ 1,346.19 (70.74%) corresponded to medications eligible for deprescribing. Intravenous omeprazole 40 mg accounted for the largest share of potential cost savings. These findings indicate that deprescribing has substantial potential to optimize pharmacotherapy and reduce hospital costs, particularly related to PPI use.

Keywords: Deprescribing, Polypharmacy, Pharmacoeconomics.

Instituição afiliada – ¹ Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados. Instituição: Instituto Integrado de Saúde (INISA) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS); ² Especialista em Cuidados Continuados Integrados. Instituição: Instituto Integrado de Saúde (INISA) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS); ³ Doutora em Toxicologia. Instituição: Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Autor correspondente: *Joseilson Sousa Alves Junior - joseilson.farma20@gmail.com*

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





1 INTRODUÇÃO

A polifarmácia, compreendida como o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos por um mesmo paciente (Masnoon *et al.*, 2017), é um fenômeno amplamente observado em ambientes hospitalares, especialmente entre idosos e indivíduos com multimorbidades. Embora possa ser clinicamente necessária em determinados contextos, a polifarmácia inadequada está fortemente associada a desfechos negativos, incluindo aumento do risco de reações adversas a medicamentos (RAM), interações medicamentosas, toxicidade cumulativa, quedas, declínio cognitivo, hospitalizações prolongadas e maior mortalidade (Maher *et al.*, 2020; Davies *et al.*, 2020; Alhawassi *et al.*, 2021). Estima-se que aproximadamente 30% a 50% dos pacientes hospitalizados, conforme diferentes estudos sintetizados na literatura, recebam ao menos um medicamento potencialmente desnecessário, configurando importante fonte de dano iatrogênico e desperdício de recursos em saúde (Hodkinson *et al.*, 2020).

No contexto do envelhecimento populacional e da crescente prevalência de doenças crônicas, a polifarmácia torna-se ainda mais relevante. Alterações fisiológicas próprias do envelhecimento modificam a farmacocinética e a farmacodinâmica dos fármacos, ampliando a vulnerabilidade a eventos adversos, sobretudo em regimes terapêuticos complexos (Santos *et al.*, 2023). No Brasil, estudos indicam que entre aproximadamente 60% e 85% dos idosos fazem uso contínuo de múltiplos medicamentos, frequentemente sem reavaliação periódica da indicação clínica, da dose ou da duração do tratamento, o que reforça a necessidade de estratégias sistemáticas de revisão da farmacoterapia no ambiente hospitalar (Vitorino *et al.*, 2023; Mascarelo *et al.*, 2023; de Oliveira *et al.*, 2024).

Nesse cenário, a desprescrição de medicamentos emerge como uma intervenção clínica estruturada, definida como o processo sistemático e supervisionado de redução da dose ou interrupção de medicamentos cujo risco-benefício se tornou desfavorável ao longo do tempo (Steinman; Reeve, 2025). Trata-se de uma prática centrada no paciente, baseada em tomada de decisão compartilhada, monitoramento clínico contínuo e reavaliação dos objetivos terapêuticos. Evidências oriundas de revisões sistemáticas e meta-análises recentes demonstram que intervenções estruturadas de desprescrição em pessoas idosas estão associadas à redução de eventos adversos relacionados a



medicamentos, menor taxa de hospitalizações e melhora de desfechos clínicos relevantes, sem aumento da mortalidade. Esses achados reforçam a segurança da desprescrição quando conduzida de forma planejada, individualizada e acompanhada por profissionais de saúde (Zhou; Chen; Tian, 2023; Quek *et al.*, 2024)

Nas últimas décadas, diretrizes e algoritmos clínicos de desprescrição evoluíram de abordagens baseadas apenas em listas de medicamentos potencialmente inapropriados para modelos mais individualizados e orientados por critérios clínicos. Destacam-se, nesse contexto, os algoritmos desenvolvidos por Pottie *et al.* (2017; 2018) e Bjerre *et al.* (2018), que fornecem recomendações específicas para classes de alto risco, como benzodiazepínicos, antipsicóticos e inibidores da bomba de prótons, considerando indicação clínica, duração do uso, riscos da retirada e necessidade de redução gradual da dose (tapering). Esses instrumentos têm sido amplamente utilizados em estudos internacionais e vêm ganhando espaço na prática clínica hospitalar como ferramentas de apoio à decisão (Rossi *et al.*, 2024).

Além dos benefícios clínicos, a desprescrição tem sido associada a impactos econômicos relevantes. Evidências recentes indicam que a interrupção de medicamentos desnecessários pode resultar em reduções estimadas entre 20% e 40% nos custos diretos com fármacos, bem como em diminuições da ordem de 15% a 30% nos custos indiretos, relacionados a readmissões hospitalares, atendimentos de emergência e manejo de eventos adversos, a depender do contexto assistencial e do modelo de implementação (Carollo *et al.*, 2024; Lee *et al.*, 2024). Revisões sistemáticas apontam que, embora haja heterogeneidade metodológica, a maioria das análises econômicas demonstra que a desprescrição é uma intervenção custo-efetiva ou potencialmente geradora de economia líquida para as instituições e sistemas de saúde (Zhang *et al.*, 2025).

Apesar do avanço da literatura internacional, ainda são escassos os estudos brasileiros que avaliem de forma sistemática o impacto econômico da desprescrição em ambientes hospitalares, especialmente utilizando algoritmos clínicos estruturados e com participação ativa do farmacêutico. Essa lacuna é particularmente relevante no contexto hospitalar, onde a racionalização de recursos e a segurança do paciente são desafios centrais (Bates *et al.*, 2023)

Diante desse cenário, este estudo buscou investigar o perfil sociodemográfico e



farmacoterapêutico de pacientes hospitalizados, identificar oportunidades de desprescrição por meio da aplicação de algoritmos clínicos validados e avaliar o impacto econômico potencial da desprescrição de classes medicamentosas selecionadas em um ambiente hospitalar, contribuindo para o fortalecimento das evidências nacionais sobre a potencial efetividade clínica e econômica dessa prática.

2 METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo quantitativo e transversal, cuja coleta de dados foi realizada de março a novembro de 2025 em duas Unidades de internação, Cuidados Continuados Integrados (UCCI) e Unidade de Tratamento de Doenças Infectocontagiosas (UTDI), ambas situadas em um hospital localizado no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. As unidades contavam com 20 e 33 leitos, respectivamente, e prestavam assistência a pacientes em condição clínica estável ou em protocolos de estabilização, tratamento de doenças infectocontagiosas ou processos de reabilitação. Embora a coleta de dados tenha ocorrido entre março e novembro de 2025, cada paciente foi avaliado em um único ponto durante sua internação, caracterizando um delineamento transversal em relação à observação individual.

Participaram do estudo pessoas internadas nas unidades supracitadas no momento da coleta de dados. Foram incluídas pessoas de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, que apresentavam em suas prescrições um ou mais medicamentos benzodiazepínicos (BZD), antipsicóticos (APS) e/ou inibidores da bomba de prótons (IBPs). Já os critérios de não inclusão foram limitações físicas e/ou clínicas que impediam a adequada coleta dos dados e populações vulneráveis como indígenas, quilombolas e privados de liberdade.

A pesquisa foi desenvolvida em conformidade com as diretrizes éticas estabelecidas pela Resolução CNS nº 466/2012. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS), sob o parecer nº 7.974.163 e autorizado previamente pela direção do hospital onde o estudo foi executado.

A seleção dos participantes foi realizada por meio de amostragem consecutiva, a partir da análise das prescrições médicas e das informações registradas nos prontuários



eletrônicos institucionais, considerando os critérios de inclusão estabelecidos. Os indivíduos pré-selecionados foram entrevistados em ambiente reservado e, aqueles que manifestaram interesse em participar, foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para os indivíduos impossibilitados de responder autonomamente, o TCLE foi aplicado aos responsáveis legais.

A coleta de dados foi realizada por meio de Consulta Farmacêutica individual durante a internação hospitalar, com duração aproximada de 30 minutos, em ambiente privativo, utilizando-se um instrumento adaptado do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). O instrumento contemplou a coleta de informações sociodemográficas, incluindo sexo, idade, situação ocupacional, presença de cuidador e hábitos de vida. Adicionalmente, foi realizada a análise detalhada do perfil farmacoterapêutico, com ênfase na identificação de medicamentos potencialmente elegíveis para desprescrição, para essa etapa, as prescrições médicas vigentes e os prontuários eletrônicos institucionais constituíram as principais fontes de dados.

A elegibilidade para desprescrição foi avaliada pelos pesquisadores e estabelecida com base nos algoritmos clínicos internacionais propostos por Pottie *et al.* (2017; 2018) e Bjerre *et al.* (2018), disponíveis na plataforma deprescribing.org, os quais permitem classificar cada medicamento como elegível para suspensão ou manutenção, conforme critérios clínicos específicos. Adicionalmente, a triagem inicial das prescrições (identificação das classes farmacológicas prioritárias para avaliação) foi realizada segundo as recomendações de Farrell *et al.* (2015), que orientam a análise criteriosa de grupos de medicamentos associados a maior risco de uso inadequado em pacientes hospitalizados.

Além disso, para cada medicamento foi registrada e analisada a justificativa clínica documentada na prescrição, prontuário ou na entrevista clínica, permitindo classificar o motivo da manutenção ou da possível descontinuação conforme os critérios estabelecidos nos algoritmos, conforme estabelecido por Pottie *et al.* (2017; 2018) e Bjerre *et al.* (2018). Essas justificativas foram posteriormente organizadas em categorias, possibilitando avaliar a frequência e a distribuição dos motivos de manutenção e desprescrição em toda a amostra.

A taxa de elegibilidade para a descrição e o impacto econômico potencial foram calculados a partir dos critérios estabelecidos no algoritmo de desprescrição de cada



classe farmacológica e do número de dias de utilização de cada medicamento durante o período de internação hospitalar. Para os cálculos, considerou-se como marco inicial a data de início da prescrição do medicamento na unidade de internação e, como marco final, a data de suspensão do fármaco ou, nos casos em que este permaneceu em uso até o término da internação, a data de alta hospitalar. Essa estratégia permitiu estimar o tempo real de uso e seu impacto econômico potencial.

A partir do previamente exposto, calculou-se a taxa de elegibilidade para a desprescrição em cada classe farmacológica, utilizando a seguinte fórmula:

$$A = B \times 100 / C$$

onde:

A= Taxa de elegibilidade para desprescrição de cada classe farmacológica

B= Número de medicamentos elegíveis

C= Total de medicamentos da classe analisada

Para a análise econômica, os custos dos medicamentos foram determinados utilizando os valores unitários fornecidos pelo sistema informatizado do hospital. Para cada medicamento, calculou-se o valor total considerando o número de dias de utilização durante a internação hospitalar, conforme a seguinte fórmula:

$$\text{Valor Total (R\$)} = \text{Quantidade Diária} \times \text{Preço Unitário} \times \text{Número de Dias de Uso}$$

A economia potencial resultante da desprescrição foi obtida pela soma dos valores totais dos medicamentos elegíveis, representada pela equação:

$$\text{Economia Potencial (R\$)} = \sum (\text{Valor Total dos medicamentos elegíveis})$$

O custo residual, referente ao valor que permaneceria sendo gasto caso apenas medicamentos clinicamente necessários fossem mantidos, foi calculado por:

$$\text{Custo Residual (R\$)} = \text{Custo Total} - \text{Economia Potencial}$$

Por fim, o percentual de economia possível foi determinado por meio da fórmula:

$$\text{Economia (\%)} = \text{Economia potencial} \times 100 / \text{Custo total}$$

Os dados obtidos foram organizados em planilhas eletrônicas no Microsoft® Excel e submetidos à estatística descritiva simples, expressa em números absolutos, percentuais e valores econômicos totais e proporcionais.

3 RESULTADOS



DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: ANÁLISE DE ELEGIBILIDADE E IMPACTO ECONÔMICO POTENCIAL

Alves Junior et. al.

Participaram do estudo 52 pessoas com idade média de 52,3 anos. A maioria era do sexo masculino (n=29;55,8%), com ensino fundamental incompleto (n=25;48,1%), economicamente ativos (n=22; 42,3%), não consumiam tabaco (n=32;61,5%) e álcool (n=32;61,5%), possuíam cuidador/acompanhante (n=45;86,5%) e apresentavam hábitos de vida sedentários (n=48;92,3%), conforme demonstra a Tabela 1.

Tabela 1- Perfil sociodemográfico das pessoas assistidas em uma instituição hospitalar participantes deste estudo. Brasil, mar.-nov. 2025.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	29	55,8%
Feminino	23	44,2%
Idade (anos)		
19 a 49 anos	23	44,2%
50 a 79 anos	29	55,8%
Escolaridade		
Não alfabetizado	2	3,8%
Ensino Fundamental Incompleto	25	48,1%
Ensino Fundamental Completo	8	15,4%
Ensino Médio Incompleto	5	9,6%
Ensino Médio Completo	7	13,5%
Ensino Superior Incompleto	3	5,8%
Ensino Superior Completo	2	3,8%
Ocupação		
Economicamente ativo	22	42,3%
Aposentado/Pensionista	21	40,4%
Desempregado	9	17,3%
Tabagismo		
Sim	13	25,0%
Cessado	7	13,5%
Não	32	61,5%
Etilismo		
Sim	16	30,8%
Cessado	4	7,7%
Não	32	61,5%
Presença de Cuidador/Acompanhante		
Sim	45	86,5%
Não	7	13,5%



Prática Atividade Física		
Sim	4	7,7%
Não	48	92,3%

Fonte: autoria própria

Em relação ao perfil medicamentoso, foram prescritos 531 medicamentos, sendo 117 medicamentos diferentes, com média de 10,2 medicamentos por participantes, variando de 2 a 20. A polifarmácia foi observada em 94,2% dos participantes (n=49).

Em relação às classes terapêuticas elegíveis para desprescrição, foram identificadas 76 ocorrências por prescrição analisada, entre as classes dos benzodiazepínicos, antipsicóticos e inibidores da bomba de prótons, uma vez que um mesmo paciente poderia utilizar mais de uma classe simultaneamente. A classe farmacológica com algoritmo de desprescrição disponível mais utilizada pelos participantes foram os IBPs (n=39;75,0%), seguida dos APS (n=19;36,5%) e BZDs (n=18;34,6%).

Para os benzodiazepínicos, apenas 16,7% (n=3) dos medicamentos analisados preencheram indicação para desprescrição imediata, enquanto 83,3% (n=15) permaneceram sem indicação, sobretudo por uso relacionado à abstinência alcoólica ou manejo de transtorno de ansiedade. Entre os antipsicóticos, observou-se uma distribuição proporcional: 47,4% (n=9) atendiam aos critérios para desprescrição, enquanto 52,8% (n=10) necessitavam continuidade terapêutica, frequentemente devido à presença de transtornos psiquiátricos, quadros de agitação associados ao alcoolismo ou psicose estrutural.

Ademais, os IBPs apresentaram o maior potencial de desprescrição: 61,5% (n=24) dos casos foram classificados como elegíveis, indicando ausência de indicação clínica robusta (como Doença do Refluxo Gastroesofágico, úlcera péptica ou uso contínuo de Anti-Inflamatórios Não Esteroidais - AINEs). Os demais 38,5% (n=15) permaneceram sem indicação de retirada devido a condições específicas, como histórico de hemorragia digestiva ou necessidade de proteção gástrica sustentada.

A distribuição dos medicamentos por classe evidenciou que os IBPs corresponderam à maior proporção, com 41 medicamentos (49,40%). Em seguida, foram identificados 21 benzodiazepínicos (25,30%) e 21 antipsicóticos (25,30%), totalizando assim os 83 medicamentos analisados, conforme demonstrado na tabela 2.



DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: ANÁLISE DE ELEGIBILIDADE E IMPACTO ECONÔMICO POTENCIAL

Alves Junior et. al.

Tabela 2 - Elegibilidade para desprescrição segundo algoritmos clínicos por medicamento.

Brasil, mar.-nov. 2025.

Classe	Total de Medicamentos	Elegíveis (%)	Mantidos (%)
IBPs	41	26 (63,4%)	15 (36,6%)
BZDs	21	4 (19,0%)	17 (81,0%)
APS	21	9 (42,9%)	12 (57,1%)

Fonte: Autoria própria.

Quanto às justificativas apresentadas, a análise associada aos 83 medicamentos prescritos aos 52 pacientes avaliados evidenciou ampla variação nos motivos registrados para a manutenção ou indicação de desprescrição, com predominância de justificativas relacionadas ao uso de inibidores da bomba de prótons (IBPs) e ao manejo de condições clínicas associadas à utilização de psicotrópicos. Entre os 41 inibidores da bomba de prótons (IBPs), observou-se o maior potencial de retirada: 63,4% (n=26) foram classificados como elegíveis, todos motivados pela ausência de indicação clínica que justificasse seu uso. Os IBPs mantidos (36,6%, n=15) estavam predominantemente relacionados à necessidade de gastroproteção, especialmente devido ao uso crônico de AINEs, que representou a maior parte das justificativas.

No grupo dos benzodiazepínicos (BZDs), composto por 21 medicamentos, a taxa de elegibilidade foi menor: apenas 19,0% (n=4) preencheram critérios para desprescrição, associados principalmente a insônia primária e à cessação do tabagismo. A maior parte dos BZDs (81,0%, n=17) foi mantida por justificativas clínicas agudas, com destaque para a abstinência alcoólica, responsável por mais da metade das manutenções, seguida pelo manejo do transtorno de ansiedade.

Quanto aos 21 antipsicóticos (APS) analisados, 42,9% (n=9) foram considerados elegíveis à desprescrição, principalmente quando utilizados como indutores de sono em casos de insônia primária. Os medicamentos mantidos (57,1%, n=12) estavam associados a condições estruturadas, como alcoolismo, esquizofrenia com deficiência intelectual, transtorno depressivo e psicose relacionada à demência. Entre eles, o álcool novamente se destacou como principal justificativa, envolvendo cerca de três quartos das manutenções.



DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: ANÁLISE DE ELEGIBILIDADE E IMPACTO ECONÔMICO POTENCIAL

Alves Junior et. al.

Tabela 3 - Justificativas para a desprescrição, estratificada por medicamento. Brasil, mar.-nov. 2025.

Classe terapêutica	Desprescrição	Justificativa	N (%)
IBPs	Sim	Não há condição que explique a necessidade do IBP	26 (31,32%)
		Uso crônico de AINES	13 (15,66%)
	Não	Tratamento da Doença do Refluxo Gastroesofágico	1 (1,20%)
		Histórico de Hemorragia Gastrointestinal	1 (1,20%)
		Insônia primária	1 (1,20%)
BZDs	Sim	Cessaçãõ do tabagismo	3 (3,61%)
		Transtorno de Ansiedade	5 (6,02%)
	Não	Abstinência Alcoólica	12 (14,47%)
		Insônia primária	6 (7,22%)
APS	Sim	Transtorno de Ansiedade	1 (1,20%)
		Agitação pós coma	1 (1,20%)
		Psicose, agressividade, agitação tratados por mais de 3 meses	1 (1,20%)
	Não	Alcoolismo	9 (10,84%)
		Esquizofrenia e Deficiência Intelectual	1 (1,20%)
		Transtorno Depressivo	1 (1,20%)
		Psicose associada à demência com duração	1 (1,20%)



DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: ANÁLISE DE ELEGIBILIDADE E IMPACTO ECONÔMICO POTENCIAL

Alves Junior et. al.

inferior a 3 meses

Fonte: autoria própria.

No âmbito da análise farmacoeconomia, com base no levantamento realizado na instituição por meio das informações registradas nos prontuários e no sistema informatizado do hospital, foram contabilizadas 4.245 unidades (comprimidos, gotas ou frascos ampola) de medicamentos pertencentes às classes analisadas, conforme apresenta a tabela 4.

Tabela 4 - Quantidade de unidade de medicamento utilizados pelos pacientes durante a internação. Brasil, mar.-nov. 2025.

Medicamento	Quantidade Total Utilizada (comprimido, gota ou frasco- ampola)	%
Omeprazol 20 mg	308 comprimidos	7,25%
Omeprazol 40 mg	335 comprimidos	7,89%
Omeprazol 40 mg IV	131 frascos-ampola	3,08%
Pantoprazol 40 mg	572 comprimidos	13,47%
Diazepam 5 mg	233 comprimidos	5,25%
Diazepam 10 mg	15 comprimidos	0,35%
Clonazepam 0,5 mg	201 comprimidos	4,73%
Clonazepam 2,5mg/mL (gotas)	344 gotas	8,10%
Lorazepam 2 mg	129 comprimidos	3,04%
Alprazolam 0.5 mg	122 comprimidos	2,87%
Quetiapina 25 mg	1103 comprimidos	25,9%
Risperidona 2 mg	56 comprimidos	1,32%
Risperidona 1 mg	8 comprimidos	0,19%
Haloperidol 2mg/ml (gotas)	405 gotas	9,54%
Haloperidol 5 mg	52 comprimidos	1,22%
Levomepromazina 40 mg/ml (gotas)	30 gotas	0,71%
TOTAL	4245 unidades	100%

Fonte: autoria própria.

O custo total estimado para esse conjunto de itens foi de R\$ 1.902,94. Deste montante, R\$ 1.346,19 representam o valor associado aos medicamentos que, segundo



DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: ANÁLISE DE ELEGIBILIDADE E IMPACTO ECONÔMICO POTENCIAL

Alves Junior et. al.

os algoritmos clínicos, apresentam potencial de desprescrição, correspondendo a 70,74% de todo o gasto identificado. Assim, caso todas as oportunidades de desprescrição fossem implementadas, haveria uma redução econômica direta de quase três quartos dos custos totais, restando um custo residual de apenas R\$ 556,75, equivalente a 29,26% do valor inicialmente projetado.

Entre os fármacos avaliados, observou-se que o maior impacto financeiro potencial foi relacionado ao omeprazol intravenoso 40 mg, que sozinho respondeu por R\$ 960,51, correspondendo a 71,36% de toda a economia potencial identificada, configurando-se como o principal responsável pelo custo evitável. O omeprazol 40 mg oral também apresentou contribuição relevante, totalizando R\$ 179,28 (13,32%) do valor economizável. Além desses, o pantoprazol 40 mg representou R\$ 97,24 (7,22%) da economia potencial, reforçando o peso dos inibidores da bomba de prótons (IBPs) na composição total dos gastos evitáveis, a quetiapina 25 mg, amplamente utilizada em esquemas de múltiplas doses diárias, contribuiu com R\$ 44,00 (3,27%). A sistematização completa desses valores encontra-se detalhadamente na Tabela 5.

Tabela 5 - Impacto econômico por medicamento. Brasil, mar.-nov. 2025

Medicamento	Preço Unitário (R\$) por Comprimido, Gota ou frasco ampola	Quantidade total utilizada por medicamento	Valor total (R\$)	Desprescrição (SIM)	Impacto (R\$)	Desprescrição (NÃO)	Valor total mantido (R\$)
Omeprazol 20 mg	0,19	308	58,52	225	42,75	83	15,77
Omeprazol 40 mg	0,72	335	241,2	249	179,28	86	61,92
Omeprazol 40 mg IV	9,51	131	1245,81	101	960,51	30	285,3
Pantoprazol 40 mg	0,26	572	148,72	374	97,24	198	51,48
Diazepam 5 mg	0,05	233	11,65	188	9,40	45	2,25
Diazepam 10	0,05	15	0,75	0	0	15	0,75



DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: ANÁLISE DE ELEGIBILIDADE E IMPACTO ECONÔMICO POTENCIAL

Alves Junior *et. al.*

mg							
Clonazepam	0,06	201	12,06	201	12,06	0	0
0,5 mg							
Clonazepam	0,004	344	1,376	0	0	344	1,376
2,5mg/mL							
(gotas)							
Lorazepam 2	0,15	129	19,35	0	0	129	19,35
mg							
Alprazolam 0.5	0,07	122	8,54	0	0	122	8,54
mg							
Quetiapina 25	0,11	1103	121,33	400	44,00	703	77,33
mg							
Risperidona 2	0,34	56	19,04	0	0	56	19,04
mg							
Risperidona 1	0,10	8	0,8	8	0,80	0	0
mg							
Haloperidol	0,008	405	3,24	0	0	405	3,24
2mg/ml (gotas)							
Haloperidol 5	0,20	52	10,4	0	0	52	10,4
mg							
Levomepromaz	0,005	30	0,15	30	0,15	0	0
ina 40 mg/ml							
(gotas)							
TOTAL		4245	R\$	1977	R\$	2268	R\$ 556,75
			1.902,94		1.346,19		

Fonte: autoria própria.

4 DISCUSSÃO

A desprescrição tem se consolidado como uma estratégia essencial para promover o uso racional de medicamentos, reduzir riscos associados à polifarmácia e otimizar recursos em diferentes níveis de atenção à saúde (Linsky *et al.*, 2025). Nesse contexto, o presente estudo assume relevância ao avaliar a elegibilidade para desprescrição de três classes farmacológicas amplamente utilizadas (BZDs, APS e IBPs) e ao estimar seu impacto econômico potencial no ambiente hospitalar inicialmente



projetado.

No que se refere ao perfil sociodemográfico, observou-se que a maior parte dos participantes era composta por pessoas com 50 anos ou mais (55,8%), característica que se alinha ao observado por estudos conduzidos nos Estados Unidos, como os de Pavon *et al.* (2024) e Keller *et al.* (2023), que destacam maior prevalência de multimorbidades, polifarmácia e uso potencialmente inapropriados de medicamentos em populações acima dessa faixa etária. Considerando o nível de escolaridade, verificou-se predominância de baixa escolarização, uma vez que 48,1% dos participantes apresentavam ensino fundamental incompleto. Esse achado é compatível com a literatura, que indica que menores níveis educacionais podem estar associados a menor acesso a informações em saúde, limitações no autocuidado e menor percepção dos riscos relacionados ao uso de medicamentos, fatores que podem favorecer a manutenção da polifarmácia e aumentar a vulnerabilidade a eventos adversos e hospitalizações (Beglinger *et al.*, 2025).

A maioria dos participantes (86,5%) contava com cuidador, um indicador de elevada dependência funcional e complexidade assistencial, cenário que reforça os achados de Vasilevskis *et al.* (2023), ao apontarem desafios na coordenação de decisões terapêuticas entre equipe de saúde, pacientes e familiares. Soma-se a isso a presença de hábitos de risco, como tabagismo (25%) e uso de álcool (30,8%), condições que aumentam a vulnerabilidade clínica e contribuem para a manutenção de medicamentos como os benzodiazepínicos, especialmente em contexto de abstinência alcoólica. A baixa prática de atividade física (92,3%), por sua vez, reforça o padrão de fragilidade descrito por Katsimpris *et al.* (2019) e Santos *et al.* (2025), evidenciando a interação entre perfil sociodemográfico, comportamentos de saúde e maior propensão à polifarmácia.

Em relação ao perfil medicamentoso, observou-se que a maioria dos participantes (n=49; 94,8%) apresentava polifarmácia. Esse padrão é amplamente reconhecido na literatura como um fator que aumenta o risco de interações medicamentosas, eventos adversos, cascatas terapêuticas e uso inadequado de classes como IBPs, BZDs e APS (Quek *et al.*, 2024). Achados semelhantes foram reportados por Lenti *et al.* (2025), em um estudo realizado na Itália, o qual identificou um elevado número de pacientes expostos à polifarmácia (n= 1172; 86,2%), reforçando o caráter



global desse fenômeno.

A desprescrição dessas três classes justifica-se pelo risco associado ao uso prolongado e pela frequente ausência de indicação continuamente reavaliada, especialmente em contextos de polifarmácia. BZDs estão relacionados a quedas, comprometimento cognitivo e dependência; APS a eventos cardiovasculares, sedação e aumento de mortalidade; e IBPs a infecções, distúrbios metabólicos e uso inapropriado persistente. As diretrizes de Pottie *et al.* (2017; 2018) e Bjerre *et al.* (2018) consolidam esses grupos como alvos prioritários de intervenções estruturadas de desprescrição quando os riscos superam os benefícios.

Sendo assim, considerando as classes farmacológicas elegíveis para desprescrição, observou-se variação relevante na frequência de cada grupo farmacológico: os IBPs estavam presentes em 75% dos pacientes (n=39), seguidos pelos APS, presentes em 38,5% (n=19), e pelos BZDs, utilizados por 34,6% (n=18). Essa distribuição evidencia que, embora todos os participantes tivessem pelo menos uma dessas classes prescritas, o peso relativo de cada classe na prática clínica hospitalar difere substancialmente, com predominância marcante dos IBPs, refletindo tanto padrões de prescrição quanto potenciais oportunidades de desprescrição. Os achados convergem com estudos internacionais que apontam taxas semelhantes de uso hospitalar e reconhecem esses três grupos farmacológicos como principais alvos de desprescrição em intervenções multicomponentes (Zeraatkar *et al.*, 2025; Carollo *et al.*, 2024).

No que diz respeito à elegibilidade para desprescrição, observou-se que os IBPs concentraram o maior potencial: 26 dos 41 medicamentos (63,4%) poderiam ser suspensos, sendo todos classificados pela justificativa “não há condição que explique a necessidade do IBP”. Esse padrão confirma evidências de que até dois terços dos IBPs prescritos em hospitais são iniciados sem indicação clara ou mantidos por inércia (Targownik; Fisher; Saini, 2022). Entre os 15 IBPs mantidos (36,6%), o uso crônico de AINEs (31,7%) correspondeu à principal justificativa. A literatura considera esse cenário uma indicação clínica bem estabelecida para manutenção de terapia protetora, reforçando a segurança das decisões adotadas (Garegnani *et al.*, 2025).

Para os benzodiazepínicos, a taxa de elegibilidade foi baixa (19,05%; n=4), todas relacionadas a insônia primária ou cessação do tabagismo. Em contrapartida, 80,95%



(n=17) foram mantidos devido a condições agudas como abstinência alcoólica e ansiedade intensa. Esses achados refletem a complexidade clínica da população estudada e são coerentes com recomendações internacionais que contraindicam a retirada imediata de benzodiazepínicos em pacientes com risco de síndrome de abstinência, crises convulsivas ou agitação grave (Ng; Le Couteur; Hilmer, 2018; Keller *et al.*, 2023).

Entre os antipsicóticos, 42,86% (n=9) foram classificados como elegíveis para desprescrição — predominantemente em casos de insônia primária (28,57%). Esse achado evidencia um uso não oficializado desses fármacos para fins sedativos, padrão já discutido como inadequado por Pavon *et al.* (2024). Os 12 antipsicóticos mantidos (57,14%) estavam associados a transtornos psiquiátricos estruturados, alcoolismo, esquizofrenia ou agitação psicomotora, justificativas amplamente reconhecidas na literatura como indicativas de manutenção terapêutica quando a retirada imediata pode gerar descompensações (Ostuzzi *et al.*, 2022; Ceraso *et al.*, 2022).

A análise farmacoeconômica realizada demonstrou um impacto expressivo associado à desprescrição dos medicamentos avaliados. O custo total estimado para as 4.245 unidades administradas foi de R\$1.902,94, refletindo a magnitude do consumo dessas três classes no ambiente hospitalar. Deste montante, R\$1.346,19 foram referentes a medicamentos classificados como elegíveis para desprescrição, de acordo com os algoritmos clínicos, correspondendo a 70,74% de todo o gasto identificado. Esse resultado evidencia que mais de dois terços dos custos totais poderiam ter sido evitados caso as intervenções de desprescrição fossem aplicadas, o que demonstra o enorme potencial de economia direta associado à revisão sistemática de prescrições. Dessa forma, restaria um custo residual de R\$ 556,75 (29,26%), relativo aos medicamentos cuja manutenção contemplaria situações indicadas nos algoritmos utilizados.

Ao analisar os fármacos individualmente, observou-se que o maior impacto financeiro potencial esteve concentrado no omeprazol IV 40 mg, responsável, sozinho, por R\$ 960,51, o que equivale a 71,36% de toda a economia potencial. A elevada participação dessa formulação nos custos evitáveis ressalta uma questão crítica frequentemente discutida na literatura: o uso excessivo de IBPs intravenosos em condições que não justificam a via parenteral. Estudos mostram que a utilização desnecessária de apresentações IV, especialmente quando há possibilidade de transição



para a via oral, provoca elevação substancial dos custos diretos, sem oferecer vantagem clínica significativa (Sutton; Gregoski; Rockey, 2026; Bao *et al.*, 2023). Trabalhos como os de Carollo *et al.* (2024) destacam que intervenções de desprescrição e revisão ativa das vias de administração são altamente custo-efetivas, reduzindo desperdícios e otimizando recursos hospitalares.

O omeprazol VO 40 mg também contribuiu de forma relevante para o custo potencialmente evitável, totalizando R\$ 179,28 (13,32%), seguido pelo pantoprazol VO 40 mg, responsável por R\$ 97,24 (7,22%). Em conjunto, essas três apresentações de IBPs representaram mais de 91% do valor total economizável, reforçando que essa classe farmacológica desempenha papel central no potencial impacto econômico observado. A literatura confirma esse padrão, apontando que os IBPs estão entre os medicamentos mais frequentemente prescritos de forma inadequada em hospitais, especialmente quando utilizados como profilaxia universal, sem indicação clínica definida ou mantidos por inércia prescritiva. Diretrizes clínicas e revisões sistemáticas, como as publicadas por Orelia *et al.* (2021) e Rossi *et al.* (2024), demonstram que programas de desprescrição de IBPs reduzem não apenas custos, mas também eventos adversos, promovendo práticas mais seguras e sustentáveis.

Os resultados deste estudo demonstram que há amplo potencial para otimizar a farmacoterapia hospitalar por meio da desprescrição. A prevalência elevada de medicamentos sem indicação clínica robusta, especialmente entre os IBPs nos quais 63,4% dos fármacos poderiam ser retirados com segurança, evidencia lacunas importantes no processo prescritivo. A análise farmacoeconômica reforça essa necessidade ao demonstrar que mais de 70% dos custos totais poderiam ser evitados, esses achados convergem com o corpo de evidências nacionais e internacionais que indicam que a retirada racional de medicamentos é uma estratégia altamente custo-efetiva, segura e alinhada às melhores práticas de cuidado (Orelia *et al.*, 2021; Rossi *et al.*, 2024).

Apesar do potencial de otimização terapêutica identificado neste estudo, a implementação da desprescrição no contexto hospitalar permanece limitada por barreiras relacionadas à comunicação e ao alinhamento entre os profissionais de saúde, especialmente com a equipe médica, além da complexidade clínica dos pacientes. A insuficiência de recursos humanos qualificados, particularmente de farmacêuticos



clínicos, associada à ausência de protocolos padronizados e à baixa integração entre sistemas eletrônicos de prescrição, contribui para um processo fragmentado e dependente da decisão individual do prescritor. Esse cenário, descrito na literatura como um entrave à segurança medicamentosa, ajuda a explicar a baixa efetivação das intervenções e fundamenta a opção metodológica deste estudo pela análise do potencial impacto econômico da desprescrição, independentemente de sua implementação imediata (*McDonald et al., 2022; Wang et al., 2024*).

A literatura recente tem destacado o farmacêutico clínico como profissional estratégico na condução de processos estruturados de desprescrição, especialmente em contextos de polifarmácia e uso prolongado de medicamentos potencialmente inapropriados. Evidências indicam que intervenções lideradas por farmacêuticos favorecem a identificação de fármacos elegíveis e fortalecem a comunicação interprofissional, ampliando a segurança das decisões terapêuticas. Embora haja reconhecimento da relevância técnica desse profissional, barreiras organizacionais ainda limitam a implementação das recomendações, reforçando seu papel na consolidação de práticas mais seguras e racionais no uso de medicamentos (*Korppas et al., 2025; Bužančić et al., 2022*).

A principal limitação do presente estudo foi a não adesão da equipe médica às propostas de desprescrição, o que restringiu a análise ao impacto potencial da intervenção. Esse achado reflete uma barreira cultural descrita na literatura, marcada pela resistência à revisão de prescrições preexistentes, especialmente em classes sensíveis como benzodiazepínicos e antipsicóticos (*Shapoval et al., 2025; Filmer; Maidment, 2025*). No contexto nacional, a retirada de medicamentos ainda é frequentemente associada a risco e instabilidade clínica, sendo reforçada pela ausência de protocolos padronizados e pelo receio de responsabilização profissional (*Motter; Cantuaria; Lopes, 2021; Fegadolli; Varela; Carlini, 2019; Moura et al., 2025*).

Diante desse cenário, os achados reforçam que a desprescrição deve ser incorporada como componente estruturante das políticas de segurança medicamentosa, uma vez que sua implementação sistemática e multiprofissional é fundamental para reduzir riscos evitáveis, custos desnecessários e práticas não alinhadas à segurança do paciente



5 CONCLUSÃO

O estudo demonstrou elevada prevalência de polifarmácia entre os pacientes hospitalizados avaliados, caracterizada pelo uso concomitante de múltiplos medicamentos. As três classes analisadas apresentaram comportamentos distintos quanto à elegibilidade para desprescrição, destacando-se os inibidores da bomba de prótons, que concentraram a maior proporção de medicamentos elegíveis à retirada e o maior impacto econômico potencial. A aplicação dos algoritmos clínicos evidenciou que 63,4% dos IBPs, 42,9% dos antipsicóticos e 19,0% dos benzodiazepínicos poderiam ser descontinuados de forma segura, segundo análise de elegibilidade pelo algoritmo utilizado. A análise farmacoeconômica indicou que 70,74% do custo total associado às classes avaliadas correspondia a medicamentos elegíveis para desprescrição, com destaque para o omeprazol intravenoso 40 mg, responsável por mais de 70% da economia potencial identificada, gerando exposição a riscos evitáveis e custos desnecessários. Dessa forma, os achados reforçam que a desprescrição, quando baseada em critérios clínicos estruturados, apresenta relevante potencial para a racionalização da farmacoterapia e a otimização do uso de recursos no ambiente hospitalar.

6 REFERÊNCIAS

BAO, J. *et al.* The impact of pharmacist intervention on the intravenous-to-oral switch therapy of proton pump inhibitors in cardiovascular surgery. **Expert Opinion on Drug Safety**, [Reino Unido], v. 22, n. 7, p. 611-619, 2023

BATES, D. W. *et al.* The safety of inpatient health care. **The New England Journal of Medicine**, [Estados Unidos], v. 388, n. 2, p. 142–153, 2023.

B EGLINGER, S. *et al.* Cross-sectional study on factors associated with hyperpolypharmacy and medication adherence in older adults with multimorbidity and polypharmacy. **Drugs & Aging**, [Suíça], Nov 2025.

BJERRE, L. M. *et al.* Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: evidence-based clinical practice guideline. **Canadian Family Physician**, [Canadá], v. 64, n. 1, p. 17–27, 2018. Tradução brasileira: OLIVEIRA, M. G. *et al.*, 2019.



BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Capacitação para implantação dos Serviços de Clínica Farmacêutica (Cuidado farmacêutico na Atenção Básica, caderno 2)**. 2014.

BRUYÈRE RESEARCH INSTITUTE. **Deprescribing Guidelines**. Ottawa, 2021

BUŽANČIĆ, I. et al. Community-based pharmacists' role in deprescribing: a systematic review. **British Journal of Clinical Pharmacology**, [Reino Unido], v. 88, n. 2, p. 452–463, 2022.

CAROLLO, M. et al. Clinical impact of medication review and deprescribing in older inpatients: a systematic review and meta-analysis. **Journal of the American Geriatrics Society**, [Estados Unidos], v. 72, n. 10, p. 3219–3238, 2024.

CERASO, A. et al. Maintenance treatment with antipsychotic drugs in schizophrenia: a Cochrane systematic review and meta-analysis. **Schizophrenia Bulletin**, [Oxford], v. 48, n. 4, p. 738–740, 2022.

DE OLIVEIRA, A. M. et al. Analysis of clinical outcomes in older individuals who received pharmaceutical care and posthospital discharge follow-up. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, [Estados Unidos], v. 30, n. 6, p. 1008–1016, 2024.

DE OLIVEIRA, F. R.; CORRADI, M. Polifarmácia em idosos: riscos e desafios. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [Rio de Janeiro], 2018.

ENDSLEY, S. Deprescribing unnecessary medications: a four-part process. **Family Practice Management**, [Estados Unidos], v. 25, n. 3, p. 28–31, 2018.

FARRELL, B. et al. What are priorities for deprescribing for elderly patients? Capturing the voice of practitioners: a modified Delphi process. **PLoS One**, [Estados Unidos], v. 10, n. 4, p. e0122246, 2015.

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**, [Rio de Janeiro], v. 35, n. 6, e00097718, 2019.

FILMER, S.; MAIDMENT, I. Facilitators and barriers to the deprescribing of benzodiazepines and Z-drug hypnotics in patients under 65 on adult mental health wards. **Scientific Reports**, [Londres], v. 15, n. 1, p. 41420, 2025.

GAREGNANI, L. et al. Proton pump inhibitors for prevention of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced ulcers and dyspepsia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [Oxford], v. 5, n. 5, CD014585, 2025.

HODKINSON, A. et al. Preventable medication harm across health care settings: a systematic review and meta-analysis. **BMC Medicine**, [Reino Unido], v. 18, n. 1, p. 313, 2020



KATSIMPRIS, A. *et al.* The association between polypharmacy and physical function in older adults: a systematic review. **Journal of General Internal Medicine**, [Estados Unidos] v. 34, n. 2, p. 234–243, 2019.

KELLER, M. S. *et al.* Identifying barriers and facilitators to deprescribing benzodiazepines and sedative hypnotics in the hospital setting using the Theoretical Domains Framework and the COM-B Model: a qualitative study. **BMJ Open**, [Londres], v. 13, n. 2, e066234, 2023.

KORPPAS, M. *et al.* Insights into pharmacist-led deprescribing of benzodiazepines and related drugs: a qualitative study with physicians and pharmacists. **Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology**, [Dinamarca], v. 137, n. 4, e70106, 2025.

LEE, S. *et al.* Challenges and opportunities in creating a deprescribing program in the emergency department: a qualitative study. **Journal of the American Geriatrics Society**, [Estados Unidos], v. 71, n. 1, p. 62–76, 2023.

LEE, J. W. *et al.* Emergency department visits and hospital readmissions after a deprescribing intervention among hospitalized older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, [Estados Unidos], v. 72, n. 7, p. 2038–2047, 2024.

LENTI, M. V. *et al.* Correlates of polypharmacy and prescription changes in internal medicine: a prospective five-year study. **The American Journal of Medicine**, [Estados Unidos] v. 138, n. 12, p. 1697–1704.e4, 2025.

LINSKY, A. M. *et al.* Deprescribing in community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Network Open**, [Estados Unidos] v. 8, n. 5, e259375, 2025.

MASCARELO, A. *et al.* Incidence and risk factors for polypharmacy among elderly people assisted by primary health care in Brazil. **BMC Geriatrics**, [Londres], v. 23, n. 1, p. 470, 2023.

MASNOON, N. *et al.* What is polypharmacy? A systematic review of definitions. **BMC Geriatrics**, [Londres], v. 17, n. 1, p. 230, 2017

MCDONALD, E. G. *et al.* The MedSafer Study — electronic decision support for deprescribing in hospitalized older adults: a cluster randomized clinical trial. **JAMA Internal Medicine**, [Estados Unidos], v. 182, n. 3, p. 265–273, 2022.

MOTTER, F. R.; CANTUARIA, N. M.; LOPES, L. C. Healthcare professionals' knowledge, attitudes and practices toward deprescribing: a protocol of cross-sectional study (Desmedica Study-Brazil). **BMJ Open**, [Londres], v. 11, n. 8, e044312, 2021.

MOURA, M. D. G. *et al.* Developing an evidence brief for policy on implementing deprescribing practices across different levels of healthcare: a protocol. **BMJ Open**, [Londres], v. 15, n. 7, e098258, 2025.



NG, B. J.; LE COUTEUR, D. G.; HILMER, S. N. Deprescribing benzodiazepines in older patients: impact of interventions targeting physicians, pharmacists, and patients. **Drugs & Aging**, [Suíça], v. 35, n. 6, p. 493–521, 2018.

ORELIO, C. C. *et al.* Reducing inappropriate proton pump inhibitors use for stress ulcer prophylaxis in hospitalized patients: systematic review of de-implementation studies. **Journal of General Internal Medicine**, [Estados Unidos] v. 36, n. 7, p. 2065–2073, 2021.

OSTUZZI, G. *et al.* Continuing, reducing, switching, or stopping antipsychotics in individuals with schizophrenia spectrum disorders who are clinically stable: a systematic review and network meta-analysis. **The Lancet Psychiatry**, [Londres], v. 9, n. 8, p. 614–624, 2022.

PAVON, J. M. *et al.* Factors influencing central nervous system medication deprescribing and behavior change in hospitalized older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, [Estados Unidos], v. 72, n. 8, p. 2359–2371, 2024.

POTTIE, B. *et al.* Deprescribing proton pump inhibitors: evidence-based clinical practice guideline. **Canadian Family Physician**, [Canadá], v. 63, p. 354–364, 2017. Tradução brasileira: OLIVEIRA, M. G. et al, 2019.

POTTIE, B. *et al.* Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing benzodiazepine receptor agonists. **Canadian Family Physician**, [Canadá], v. 64, p. 339–351, 2018. Tradução brasileira: OLIVEIRA, M. G. et al, 2019.

QUEK, H. W. *et al.* The effect of deprescribing interventions on mortality and health outcomes in older people: an updated systematic review and meta-analysis. **British Journal of Clinical Pharmacology**, [Londres] v. 90, n. 10, p. 2409–2482, 2024.

ROSSI, A. *et al.* Approaches to deprescribing proton pump inhibitors in clinical practice: a systematic review. **Journal of Clinical Medicine**, [Suíça], v. 13, n. 20, p. 6283, 2024.

SANTOS, W. H. V. *et al.* Desprescrição de medicamentos: uma revisão sobre a melhora na qualidade de vida dos pacientes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [Campinas], v. 23, n. 11, e14778, 2023.

SANTOS, A. B. *et al.* Polifarmácia associada a baixa capacidade funcional em pessoas idosas: resultados do estudo SHIP-Brazil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [Rio de Janeiro], v. 28, e240098, 2025.

SHAPOVAL, V. *et al.* Barriers to deprescribing benzodiazepines in older adults in a survey of European physicians. **JAMA Network Open**, [Estados Unidos], v. 8, n. 3, e2459883, 2025.

STEINMAN, M. A.; REEVE, E. Deprescribing. In: **UpToDate**, 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/deprescribing>. Acesso em: 2 nov. 2025.



SUTTON, M. M.; GREGOSKI, M. J.; ROCKEY, D. C. Overuse of intravenous proton-pump inhibitors in the treatment of low-risk upper gastrointestinal bleeding. **Journal of Clinical Gastroenterology**, [Estados Unidos], v. 60, n. 3, p. 268-272, 2026.

TARGOWNIK, L. E.; FISHER, D. A.; SAINI, S. D. AGA Clinical Practice Update on de-prescribing of proton pump inhibitors: expert review. **Gastroenterology**, [Estados Unidos], v. 162, n. 4, p. 1334–1342, 2022.

VASILEVSKIS, E. E. *et al.* Deprescribing medications among older adults from end of hospitalization through postacute care: a Shed-MEDS randomized clinical trial. **JAMA Internal Medicine**, [Estados Unidos], v. 183, n. 3, p. 223–231, 2023.

VITORINO, L. M. *et al.* Prevalence of polypharmacy of older people in a large Brazilian urban center and its associated factors. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [Suíça], v. 20, n. 9, p. 5730, 2023.

WANG, J. *et al.* Implementation considerations of deprescribing interventions: a scoping review. **Journal of Internal Medicine**, [Estados Unidos], v. 295, n. 4, p. 436–507, 2024.

WILLIAMS, S. *et al.* Rational deprescribing in the elderly. **Annals of Clinical Psychiatry**, [Estados Unidos] v. 31, n. 2, p. 144–152, 2019.

ZERAATKAR, D. *et al.* Comparative effectiveness of interventions to facilitate deprescription of benzodiazepines and other sedative hypnotics: systematic review and meta-analysis. **BMJ**, [Reino Unido], v. 389, e081336, 2025.

ZHANG, Y. *et al.* Economic evaluation of deprescribing in older adults: a systematic review. **Value in Health**, [Reino Unido], 2025.

ZHOU, D.; CHEN, Z.; TIAN, F. Deprescribing interventions for older patients: a systematic review and meta-analysis. **Journal of the American Medical Directors Association**, [Estados Unidos], v. 24, n. 11, p. 1718–1725, 2023.