

## Desprescrição de anti-hipertensivos: Uma revisão integrativa da literatura

Deprescription of anti-hypertensives: An integrative literature review

Deprescripción de los antihipertensivos: Una revisión integrativa de la literatura

Recebido: 25/02/2025 | Revisado: 18/03/2025 | Aceitado: 19/03/2025 | Publicado: 22/03/2025

**Ana Carolina Godonhoto Serafim<sup>1</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2127-2043>

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: [anags2397@gmail.com](mailto:anags2397@gmail.com)

**Maria Cleusa Martins<sup>1</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1753-9582>

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: [maria.cleusa@hc.fm.usp.br](mailto:maria.cleusa@hc.fm.usp.br)

**Vanusa Barbosa Pinto<sup>1</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7463-5266>

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: [vanusa.barbosa@hc.fm.usp.br](mailto:vanusa.barbosa@hc.fm.usp.br)

**Maria do Patrocínio Tenório Nunes<sup>1</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3616-515X>

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: [maria.patrocinio@hc.fm.usp.br](mailto:maria.patrocinio@hc.fm.usp.br)

### Resumo

Objetivo: identificar recomendações e/ou processos para a desprescrição de medicamentos anti-hipertensivos em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Metodologia: revisão integrativa da literatura, usando as bases de dados Pubmed, Web of science, Embase, Cochrane Library, Scopus e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram incluídos artigos no idioma inglês, espanhol e português, que contenham resumo em inglês; artigos publicados nos últimos 5 anos; artigos com recomendações e/ou processos para desprescrição de anti-hipertensivos. Resultados: foram selecionados 4 estudos que revelaram as principais razões para a desprescrição de anti-hipertensivos: idade avançada e condições clínicas que contraindicam o seu uso e risco de reações adversas. Os estudos revelaram que os anti-hipertensivos de ação central e alfa bloqueadores foram os mais citados para desprescrição devido aos riscos de efeitos adversos e por não serem tratamento de primeira linha para a hipertensão. Foi proposto um algoritmo para desprescrição nas seguintes etapas: pacientes com potencial benefício de desprescrição; revisar todos os anti-hipertensivos utilizados pelo paciente; avaliar os riscos e benefícios; letramento de paciente e familiar sobre a desprescrição; selecionar os anti-hipertensivos para a desprescrição; monitoramento por equipe multiprofissional. Conclusão: há poucos estudos que avaliam a desprescrição em pacientes jovens ou adultos e que apresentem pressão arterial controlada, em uso de monoterapia ou combinação das primeiras opções de tratamento, carecendo de mais evidências para recomendar a desprescrição nestes casos. O algoritmo proposto se baseia em um conjunto restrito de evidências, podendo ser considerado como ponto de partida para futuras investigações.

**Palavras-chave:** Desprescrições; Redução da medicação; Anti-hipertensivo; Guia de prática clínica.

### Abstract

Objective: to identify recommendations and/or processes for deprescription antihypertensive drugs in patients with Systemic Arterial Hypertension (SAH). Methodology: integrative literature review, using the Pubmed, Web of Science, Embase, Cochrane Library, Scopus and Virtual Health Library (BVS) databases. Articles in English, Spanish and Portuguese, containing an abstract in English; articles published in the last 5 years; articles with recommendations and/or processes for deprescribing antihypertensives were included. Results: 4 studies were selected that revealed the main reasons for deprescribing antihypertensives: advanced age and clinical conditions that contraindicate their use and risk of adverse reactions. The studies revealed that centrally acting antihypertensives and alpha blockers were the most reported for deprescription due to the risks of adverse effects and because they are not first-line treatment for hypertension. An algorithm for deprescribing was proposed in the following steps: patients with potential benefit from deprescription; review all antihypertensives used by the patient; assess risks and benefits; patient and family literacy on deprescription; select antihypertensives for deprescribing; monitoring by a multidisciplinary team. Conclusion: there are few studies evaluating deprescription in young or adult patients with controlled blood pressure, using monotherapy or combination of the first treatment options, lacking more evidence to recommend deprescription in

<sup>1</sup> Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil.

these cases. The proposed algorithm is based on a restricted set of evidence and can be considered as a starting point for future investigations.

**Keywords:** Deprescriptions; Drug tapering; Antihypertensive agents; Practice guideline.

### Resumen

**Objetivo:** identificar recomendaciones y/o procesos para la deprescripción de medicamentos antihipertensivos en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica (HAS). **Metodología:** revisión integrativa de la literatura, utilizando las bases de datos Pubmed, Web of Science, Embase, Cochrane Library, Scopus y Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Se incluyeron artículos en inglés, español y portugués, que contengan un resumen en inglés; artículos publicados en los últimos 5 años; Artículos con recomendaciones y/o procesos para desprescribir antihipertensivos. **Resultados:** Se seleccionaron 4 estudios que revelaron las principales razones para la deprescripción de antihipertensivos: edad avanzada y condiciones clínicas que contraindican su uso y riesgo de reacciones adversas. Los estudios revelaron que los antihipertensivos de acción central y los alfabloqueantes fueron los que con mayor frecuencia se desprescribieron debido a los riesgos de efectos adversos y porque no son el tratamiento de primera línea para la hipertensión. Se propuso un algoritmo para la deprescripción en los siguientes pasos: pacientes con beneficio potencial de la deprescripción; revisar todos los antihipertensivos utilizados por el paciente; evaluar los riesgos y beneficios; alfabetización de pacientes y familiares sobre la deprescripción; seleccionar antihipertensivos para su deprescripción; Seguimiento por un equipo multidisciplinario. **Conclusión:** existen pocos estudios que evalúen la deprescripción en pacientes jóvenes o adultos con presión arterial controlada, utilizando monoterapia o combinación de las primeras opciones de tratamiento, faltando mayor evidencia para recomendar la deprescripción en estos casos. El algoritmo propuesto se basa en un conjunto restringido de evidencia y puede considerarse como un punto de partida para futuras investigaciones.

**Palabras clave:** Deprescripciones; Reducción gradual de medicamentos; Antihipertensivos; Guía de práctica clínica.

## 1. Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, sendo uma Doença Crônica Não Transmissível (DCTN), e multifatorial, ou seja, apresenta fatores de risco modificáveis, como obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada, abuso do consumo de álcool e fatores de risco não modificáveis, como, genética, idade, sexo, entre outros (Barroso et al., 2021).

De acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, considera-se hipertensão valores de pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg (Barroso et al., 2021). Enquanto que a diretriz americana considera hipertensão valores maiores que 130/80 mmHg (Van Der Meer et al., 2019).

Nas novas orientações de 2024 da diretriz europeia de hipertensão, o nível ideal de pressão arterial continua sendo abaixo de 120/80 mmHg. Sendo recomendado que a partir de valores igual a 130/80 mmHg é necessário começar a praticar seriamente, mudanças de estilo de vida, como modo eficaz de promover a saúde e prevenir HAS, com redução de sal e alimentos processados; atividade física regular e frutas, legumes, verduras, grãos integrais; moderar o consumo de álcool e cessar tabagismo (McEvoy et al., 2024).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que, mundialmente, cerca de 1,3 bilhões de pessoas entre 30 e 79 anos, apresentam hipertensão, sendo que 42% fazem tratamento para a hipertensão, dos quais 21% são considerados controlados (World Health Organization, 2023).

No Brasil, de acordo com a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), realizada em 2023, nas capitais brasileiras, a frequência de adultos (18 anos ou mais) que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 27,9%, sendo maior entre mulheres (29,3%) do que entre homens (26,4%) (Ministério da Saúde, 2023).

A HAS é considerada um problema de saúde pública, sendo responsável por altos custos com internações, pela incapacitação por invalidez e aposentadoria precoce, devido às suas complicações em órgãos-alvo, como coração, rins, cérebro e sistema arterial (Carvalho et al., 2013; Dias et al., 2021). Assim, a hipertensão arterial constitui um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, sendo estimado no Brasil, em 2019, que cerca de 54% de mortes por doenças cardiovasculares foram atribuíveis à pressão arterial sistólica elevada (World Health Organization, 2023).

Para reduzir os desfechos negativos da HAS, é necessário diagnóstico e tratamento adequados o mais cedo possível desde a identificação do quadro (World Health Organization, 2023).

O tratamento da HAS consiste em estratégias não farmacológicas, que incluem mudanças no estilo de vida e estratégias farmacológicas (Barroso et al., 2021).

O tratamento não farmacológico é indicado como a primeira estratégia para redução da pressão arterial e deve ser mantido mesmo após o início do tratamento farmacológico (Jordan et al., 2018). Entre as mudanças no estilo de vida que levam a redução da pressão arterial estão a perda de peso, consumo reduzido de sódio, ingestão aumentada de potássio, a prática regular de atividade física, redução do consumo de álcool, entre outras. A dieta, *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) que incentiva o consumo de verduras, legumes, frutas, laticínios com baixo teor de gordura, carnes brancas, como frango e peixe, também contribui para a redução dos níveis pressóricos (Barroso et al., 2021; Piper et al., 2012).

O tratamento farmacológico tem como objetivo primário reduzir os valores pressóricos até a meta terapêutica, visando a mitigar os desfechos cardiovasculares e morbimortalidade. As principais classes anti-hipertensivas utilizadas para o tratamento da HAS são diuréticos tiazídicos, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), bloqueadores dos canais de cálcio (BCC), bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA) e betabloqueadores (BB), sendo estes utilizados para condições específicas. O tratamento pode ser realizado em monoterapia ou em combinação com uma ou mais classes citadas anteriormente. A terapia combinada é indicada para a maioria dos pacientes hipertensos (Barroso et al., 2021).

A principal causa da pressão arterial não controlada é a não adesão ao tratamento farmacológico. Apesar da eficácia dos tratamentos atualmente disponíveis, no primeiro ano após o diagnóstico, mais da metade dos pacientes hipertensos abandonam o tratamento e cerca de 75% dos pacientes com HAS diagnosticada permanecem com a pressão não controlada devido a má adesão (World Health Organization, 2003).

A falta de adesão pode tornar mais difícil para o médico identificar se o paciente está seguindo corretamente a terapia medicamentosa. Como resultado, pode ser necessário adicionar um novo medicamento ao tratamento para alcançar as metas de pressão arterial desejadas (Corrêa et al., 2016). Diante disto, é importante que os profissionais de saúde identifiquem a adesão inadequada aos medicamentos para que sejam alcançados os benefícios esperados pela farmacoterapia, bem como, evitar a inclusão de medicamentos desnecessários aos pacientes, aumentando a polifarmácia (Freitas, 2015). Conforme são adicionados anti-hipertensivos à prescrição do paciente e em combinação com outros medicamentos utilizados para outras comorbidades, elevam-se as chances de interações medicamentosas e reações adversas (Oliveira, 2021).

Os medicamentos anti-hipertensivos podem trazer danos ao paciente, sendo associados a um risco aumentado de hipotensão, síncope, lesão renal aguda e hiperpotassemia, sendo o risco maior em pacientes idosos e com fragilidade (Sheppard et al., 2024).

No cenário da polifarmácia a desprescrição pode ser definida como um processo planejado e supervisionado da redução de dose ou suspensão do medicamento que é desnecessário ou que apresenta potencial risco de dano, contribuindo para a redução da polifarmácia, quando necessário, a fim de melhorar a qualidade de vida do paciente (Hung et al., 2024; Krishnaswami et al., 2019).

Segundo Yeh et al. (2022), os anti-hipertensivos podem ser considerados para a desprescrição em pacientes, no contexto de cuidados paliativos, com hipertensão leve a moderada ou anti-hipertensivos prescritos para prevenção primária de eventos cardiovasculares, sendo que a interrupção desta classe de medicamentos deve ser fortemente considerada em pacientes próximos ao fim da vida devido o aumento de risco de reações adversas.

Em pessoas idosas, a Diretriz Brasileira de hipertensão, considera que em situações de hipotensão sintomática, efeitos adversos ou quando a pressão arterial sistólica se mantém consistentemente abaixo da meta, pode-se considerar a redução da dose de forma gradual ou até mesmo a suspensão do medicamento anti-hipertensivo (Barroso et al., 2021).

No entanto, a desprescrição apresenta algumas barreiras como a dificuldade de compreensão por parte do paciente, receio do prescritor em relação às consequências da interrupção do tratamento farmacológico, o não controle adequado da doença, poucas evidências para a desprescrição, uma vez que, a maioria das diretrizes não mencionam recomendações para a interrupção do tratamento (Hung et al., 2024).

Para superar as barreiras na desprescrição, é importante que haja colaboração e comunicação entre a equipe multidisciplinar, bem como entre os profissionais de saúde e o paciente (Hung et al., 2024).

A desprescrição de medicamentos tem sido cada vez mais utilizada na prática clínica, trazendo benefícios à saúde do paciente, no entanto, ainda possui barreiras para se tornar uma prática ainda mais difundida e utilizada por profissionais da saúde (Krishnaswami et al., 2019; Yeh et al., 2022).

Assim, esta revisão integrativa da literatura visa identificar recomendações e/ou processos para a desprescrição de medicamentos anti-hipertensivos em pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS).

## 2. Metodologia

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica (Snyder, 2019), de natureza quantitativa em relação à quantidade de artigos selecionados e, qualitativa em relação à discussão sobre os artigos (Pereira et al., 2018).

### 2.1 Fontes de dados

Revisão integrativa (Crossetti, 2012) da literatura, a partir das bases de dados Pubmed, Web of science, Embase, Cochrane Library, Scopus e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que inclui as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), entre outras.

### 2.2 Período de estudo

Março de 2024 a janeiro de 2025.

### 2.3 Estratégia de busca

A pergunta norteadora para a realização deste estudo foi elaborada a partir do acrônimo P.V.O., conforme apresentado no Quadro 1, a seguir, sendo a pergunta: “No cuidado do paciente com diagnóstico de HAS é possível desprescrever medicamentos anti-hipertensivos e existem recomendações na literatura para a desprescrição de tais medicamentos?”.

**Quadro 1-** Acrônimo para pergunta norteadora do trabalho.

Acrônimo	Definição
P (população)	Pacientes hipertensos com prescrição de anti-hipertensivos
V (variável)	Desprescrição de medicamentos anti-hipertensivos
O (desfecho)	Guias e recomendações na literatura

Fonte: Elaborado pelos Autores.

A busca foi realizada utilizando os descritores controlados: *deprescriptions*, *drug tapering*, *antihypertensive agents*, *practice guideline* e *guideline*, obtidos a partir do Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e Medical Subject Headings (MeSH) e *deprescription*, *antihypertensive agent*, *practice guideline* e *recommendations*, obtidos a partir do Emtree, bem como seus sinônimos e palavras-chaves livres não indexadas nas bases de dados como descritores controlados. Os descritores

foram combinados com o uso dos operadores booleanos AND e OR. A estratégia de busca foi adaptada para cada base de dados, conforme descrito no Quadro 2.

**Quadro 2 - Estratégia de busca.**

Base de dados	Estratégia de busca
PubMed	(Deprescriptions OR Deprescription OR Deprescribing OR "Drug Tapering" OR "Dose Reduction" OR "Dose Reductions" OR "Reduction, Dose" OR "Reductions, Dose" OR "Dose Tapering" OR "Tapering, Dose" OR "Drug withdrawal" ) AND ("Antihypertensive Agents" OR "Agents, Antihypertensive" OR "Antihypertensive Agent" OR "Agent, Antihypertensive" OR "Anti-Hypertensive Agent" OR "Agent, Anti-Hypertensive" OR "Anti Hypertensive Agent" OR "Anti-Hypertensive Drug" OR "Anti Hypertensive Drug" OR "Drug, Anti-Hypertensive" OR "Antihypertensive Drug" OR "Drug, Antihypertensive" OR "Antihypertensives" OR "Anti-Hypertensive Agents" OR "Agents, Anti-Hypertensive" OR "Anti Hypertensive Agents" OR "Anti-Hypertensive Drugs" OR "Anti Hypertensive Drugs" OR "Drugs, Anti-Hypertensive" OR "Anti-Hypertensives" OR "Anti Hypertensives" OR "Antihypertensive Drugs" OR "Drugs, Antihypertensive" OR "Anti-Hypertensive" OR "Anti Hypertensive" OR Antihypertensive) AND ("Practice Guideline" OR "Clinical Practice Guideline" OR "Clinical Guidelines" OR guideline OR "Practical guide" OR Recommendation OR recommendations)
Web of Science	
Cochrane Library	
Scopus	
BVS	
Embase	(('deprescription' OR 'de-prescribing' OR 'de-prescription' OR deprescribing OR deprescriptions OR deprescription) OR ('drug dose reduction' OR 'dosage decrease' OR dosage reduction OR dose decrease OR dose reduction OR drug tapering OR reduction of drug dosage OR reduction of drug dose OR reduction, drug dose OR drug dose reduction)) AND ('antihypertensive agent' OR 'anti hypertensic agent' OR 'anti hypertensive' OR 'anti hypertensive agent' OR 'anti hypertensive drug' OR 'antihypertension agent' OR 'antihypertensive' OR 'antihypertensive agents' OR 'antihypertensive drug' OR 'antihypertensives' OR 'antihypertonic agent' OR 'antihypertensive agent') AND (('practice guideline' OR 'clinical practice guidelines' OR 'guidelines' OR 'guidelines as topic' OR 'practice guidelines' OR 'practice guidelines as topic' OR 'practice guideline') OR ('recommendations'))

Fonte: Elaborado pelos Autores.

## 2.4 Critérios de inclusão e exclusão

### 2.4.1 Inclusão

Foram incluídos artigos no idioma inglês, espanhol e português, que contenham resumo em inglês; artigos publicados nos últimos 5 anos, no período de janeiro de 2019 a janeiro de 2024; artigos que abordavam recomendações e/ou processos para a desprescrição de anti-hipertensivos, encontrados nas bases de dados citadas acima.

### 2.4.2 Exclusão

Os critérios de exclusão foram artigos publicados nos demais idiomas; artigos com data de publicação maior que 5 anos; artigos que abordavam a desprescrição de outros medicamentos; publicações em livros, editoriais de revista e pôsteres de congressos.

## 2.5 Seleção dos artigos

Os artigos foram enviados para o gerenciador de referências, Zotero®, onde as duplicatas foram excluídas. Então, dois pesquisadores independentes fizeram a triagem dos artigos selecionados, realizando a leitura dos resumos com auxílio da plataforma Rayyan®, sendo a decisão final obtida por consenso entre ambos. Quando houve divergência entre os pesquisadores, o resumo dos artigos foi lido e discutido, pessoalmente, a sua aceitação ou não.

## 2.6 Extração dos dados

Os estudos selecionados foram lidos na íntegra e apresentados em quadros, utilizando o software Microsoft Excel®, contendo nome do autor, ano, periódico, título do estudo, tipo de estudo, quantidade de artigos estudados, n amostral,

características das pessoas (casuística), medicamentos anti-hipertensivos desprescritos, recomendações e razões para desprescrição, profissionais envolvidos na desprescrição e desfecho.

Para os artigos de revisão (Reeve et al., 2024; Sheppard et al., 2022; Welsh & Mitchell, 2023), o número de pacientes analisados foi obtido a partir da leitura na íntegra e calculado pela autora.

### 3. Resultados e Discussão

Ao realizar a estratégia de busca nas bases de dados, foram encontradas no total 333 publicações, sendo, 32 no PubMed, 29 na Web of Science, 67 na Embase, 17 na Cochrane Library, 173 na Scopus e 15 na BVS.

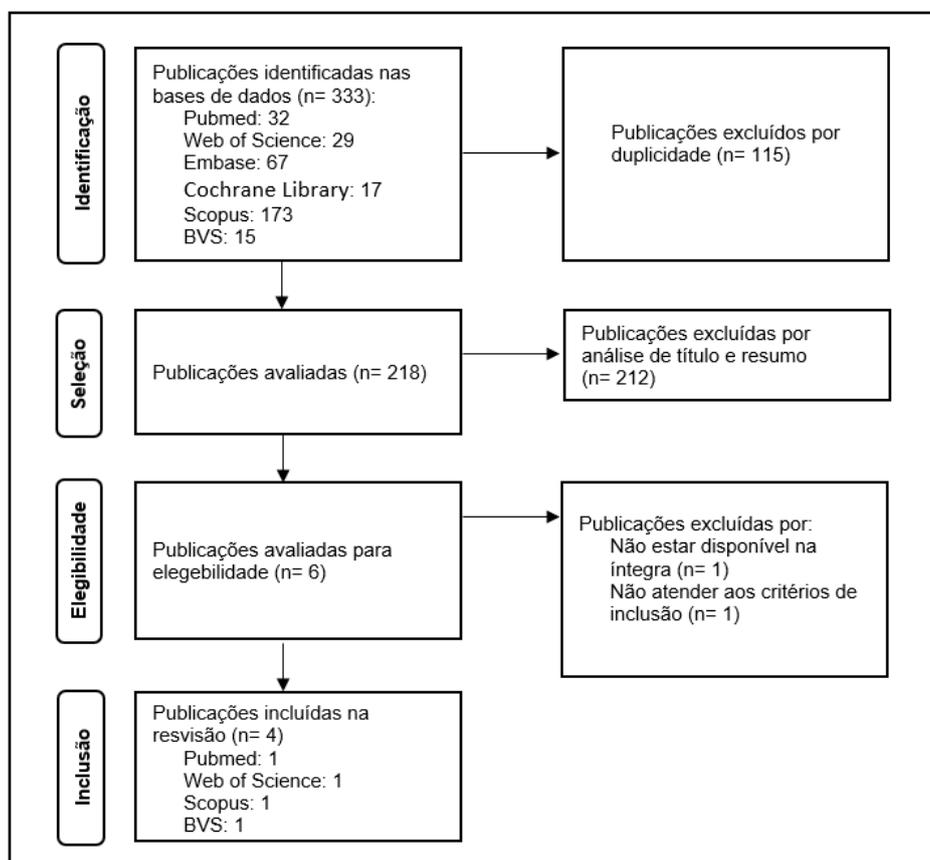
Após a busca, foram excluídas 115 duplicatas, totalizando 218 publicações selecionadas. Após a leitura de título e resumo, foram excluídas 211 publicações que não correspondiam ao objetivo deste trabalho, resultando em 6 publicações. Destas, uma publicação foi excluída por não estar disponível na íntegra e uma excluída por não atender aos critérios de inclusão, com isso, o total de artigos selecionados para esta revisão foi de 4 publicações, conforme o fluxograma elaborado com base nas recomendações PRISMA, apresentado na Figura 1.

Dentre os artigos selecionados, 2 são artigos de revisão, 1 é um estudo intervencionista prospectivo de grupo único e 1 não mencionou o tipo de estudo. Todos os artigos foram publicados no idioma inglês e em relação a origem, 2 foram realizados na Europa, 1 na Austrália e 1 na Coreia do Sul.

Quanto ao ano de publicação, 1 artigo foi publicado em 2022, 2 artigos em 2023 e 1 em 2024.

No que se refere a características das pessoas do estudo, 3 artigos mencionam a desprescrição em pessoas idosas e 1 em adultos jovens ou de meia idade.

**Figura 1** - Fluxograma de seleção dos artigos adaptado do modelo PRISMA 2020.



Fonte: Elaborado pelos Autores e adaptado de (Page et al., 2021).

No Quadro 3 estão reunidos os artigos selecionados, organizados de acordo com as seguintes variáveis: autor, ano, periódico, título do estudo, tipo de estudo, quantidade de artigos estudados, n amostral, características das pessoas (casuística), medicamentos anti-hipertensivos desprescritos. No Quadro 4 estão as recomendações e razões para desprescrição, profissionais envolvidos na desprescrição e desfecho.

**Quadro 3** - Extração de dados dos artigos selecionados relacionando autor, ano, periódico, título do estudo, tipo de estudo, quantidade de artigos estudados, n amostral, características das pessoas (casuística), medicamentos anti-hipertensivos desprescritos.

Nº do artigo	Autor (ano)	Periódico	Título do estudo	Tipo de estudo	Quantidade de artigos estudados	N amostral	Característica das pessoas (casuística)	Anti-hipertensivos desprescritos
1	Sheppard et al. (2022)	Current Hypertension Reports	Antihypertensive Deprescribing in Older Adults: a Practical Guide	Revisão	11	5.242	Pessoas idosas	Em caso de contra-indicação, considerar desprescrever alfabloqueadores, vasodilatadores de ação central, diuréticos tiazídicos, BB, diltiazem ou verapamil. Se não houver contra-indicações, desprescrever na seguinte ordem: 1. diuréticos de alça, antagonistas da aldosterona, anti-hipertensivos de ação central, vasodilatadores periféricos e alfabloqueadores. 2. BB 3. diuréticos tiazídicos e semelhantes aos tiazídicos 4. IECA/BRA 5. BCC
2	Welsh et al. (2023)	European Geriatric Medicine	Centrally acting antihypertensives and alpha-blockers in people at risk of falls: therapeutic dilemmas - a clinical review	Revisão	8	Não mencionado	Pessoas idosas com risco de queda	Anti-hipertensivos de ação central e alfabloqueadores
3	Reeve et al. (2024)	Australian prescriber	Deprescribing antihypertensive drugs in frail older adults	Não mencionado	3	1881	Pessoas idosas frágeis	Não mencionado
4	Lee et al. (2023)	Clinical Hypertension	Withdrawal of antihypertensive medication in young to middle-aged adults: a prospective, single-group, intervention study	Estudo intervencionista prospectivo de grupo único	Não se aplica	16	Adultos jovens e de meia-idade	BRA e BCC

Fonte: Elaborado pelos Autores.

**Quadro 4-** Extração de dados dos artigos selecionados relacionando recomendações e razões para desprescrição, profissionais envolvidos na desprescrição e desfecho.

Nº do artigo	Razões para desprescrição	Recomendações para desprescrição	Profissionais envolvidos na desprescrição	Desfecho
1	<p>A desprescrição de anti-hipertensivos pode ser considerada em:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacientes com mais de 80 anos, mas sem histórico de doença cardiovascular, fragilidade moderada a grave ou comprometimento cognitivo, alto risco de síncope ou quedas, ou aqueles com doenças limitantes de vida (por exemplo, doenças em estágio terminal e câncer metastático).</li> <li>2. Idosos com pressão arterial sistólica baixa.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar pacientes elegíveis (<math>\geq 75</math> anos e alto risco de eventos adversos).</li> <li>2. Aferir a pressão arterial (PAS &lt; 150 mmHg (80+ anos) ou &lt;140 mmHg (75–79 anos)).</li> <li>3. Identificar medicamentos candidatos para desprescrição.</li> <li>4. Retirar o medicamento (retirada gradual, um de cada vez em intervalos de 4 semanas).</li> <li>5. Monitorar os resultados.</li> </ol>	Farmacêuticos ou médicos	Estudos mostram que a desprescrição é possível tanto em ambientes comunitários quanto em casas de repouso, e parece ser segura em curto prazo. No entanto, a atual falta de evidências sobre os efeitos de longo prazo da desprescrição de anti-hipertensivos significa que tal abordagem não deve ser tentada rotineiramente, a menos que em resposta a eventos adversos específicos ou após discussões entre médicos e pacientes sobre os benefícios e malefícios de tal abordagem.
2	<p>A desprescrição de anti-hipertensivos pode ser considerada em:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indivíduo mais velho e frágil com risco de quedas.</li> <li>2. Casos de contraindicações ou efeitos adversos:  <b>Alfabloqueadores:</b> insuficiência cardíaca estabelecida / hipotensão ortostática, fadiga, distúrbios do sono.  <b>anti-hipertensivos de ação central:</b> bloqueio cardíaco e síndrome do nó sinusal (moxonidina e clonidina); bradicardia e insuficiência cardíaca grave (moxonidina); depressão, porfiria, paraganglioma e feocromocitoma (metildopa) / hipotensão e hipotensão ortostática, sedação, depressão, alucinações.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Confirme o diagnóstico.</li> <li>2. Avalie a fragilidade e o estado funcional.</li> <li>3. Considere as contraindicações. Desprescrever se uma contraindicação clara estiver presente.</li> <li>4. Avalie os efeitos colaterais: considere os efeitos colaterais não cardiovasculares, como sedação, depressão, etc.</li> <li>5. Desprescrição: redução lenta para evitar síndrome de abstinência e monitore a pressão arterial.</li> </ol>	Médicos	A evidência de benefício, em termo morbidade e mortalidade, é mais pobre para esses grupos do que qualquer outro anti-hipertensivo, e essas classes de anti-hipertensivos são particularmente preocupantes quando se trata de paciente mais frágil que corre risco de quedas. Várias ferramentas sinalizam esses medicamentos como potencialmente inapropriados para idosos frágeis, e existem várias diretrizes que podem ajudar o clínico a revisar e desprescrição segura e apropriada.
3	<p>A redução do tratamento anti-hipertensivo pode ser considerada em pacientes com 80 anos ou mais com pressão arterial sistólica baixa (menos de 120 mmHg) ou na presença de hipotensão ortostática grave ou alto nível de fragilidade.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar todos os medicamentos que o paciente está tomando atualmente e suas indicações.</li> <li>2. Considerar se o paciente corre risco elevado ou está sofrendo danos causados por algum dos seus medicamentos.</li> <li>3. Avaliar a relação risco-benefício atual de cada medicamento.</li> <li>4. Priorizar medicamentos para desprescrição, de acordo com o benefício, dano, facilidade de interrupção e preferência do paciente.</li> <li>5. Implementar um regime de descontinuação e monitorar de perto as síndromes de abstinência ou sintomas de rebote que podem exigir o reinício do tratamento.</li> </ol>	Não mencionado	A desprescrição de um ou mais medicamentos anti-hipertensivos pode ser considerada quando os benefícios potenciais são superados pelo risco de danos ou não se alinham mais com os objetivos de tratamento do paciente.

4	Os medicamentos anti-hipertensivos podem ser gradualmente reduzidos ou retirados para alguns pacientes cuja PA é bem controlada por um longo período.	É necessário selecionar cuidadosamente os pacientes que poderiam se beneficiar de uma tentativa de descontinuar o anti-hipertensivo para evitar o sofrimento psicológico, portanto, sugere-se avaliar: 1. Adesão às atividades de autocuidado para hipertensão. 2. Alfabetização em saúde. 3. Sintomas depressivos e ansiosos. 4. Informações sociodemográficas	Médicos	O estudo mostrou que uma pequena parcela de adultos jovens e de meia-idade com hipertensão manteve o estado normotensivo após interromper o anti-hipertensivo por mais de 6 meses. Resultados implicam que a seleção cuidadosa de pacientes elegíveis pode aumentar o sucesso da retirada de medicamentos anti-hipertensivos.
---	---	---	---------	---

Fonte: Elaborado pelos Autores.

### 3.1 Razões e recomendações para a desprescrição

Os estudos analisados nesta revisão revelam que as principais razões para a desprescrição de anti-hipertensivos são pacientes com idade avançada e condições clínicas que contraindicam o seu uso, bem como o risco de reações adversas relacionadas a esta classe terapêutica.

Sheppard et al. (2022) revisaram 11 artigos, contendo um total de 5242 pessoas estudadas e apontaram que idosos com mais de 80 anos, sem histórico de doença cardiovascular, com fragilidade moderada a grave ou comprometimento cognitivo, alto risco de síncope ou quedas e aqueles com doenças limitantes de vida, podem ter a desprescrição de seus anti-hipertensivos considerada, bem como idosos com uma pressão arterial baixa, considerando o risco de desenvolver hipotensão ortostática, síncope e quedas graves.

Reeve et al. (2024) analisaram 3 artigos com um total de 1881 pessoas nos estudos e corroboram o estudo acima, considerando a desprescrição em pacientes idosos, com baixa pressão arterial ou na presença de hipotensão ortostática grave ou alto nível de fragilidade.

O estudo de Welsh & Mitchell (2023) revisou 8 artigos e também afirma que a desprescrição de anti-hipertensivos de ação central e alfa bloqueadores deve ser considerada em pessoas idosas frágeis com risco de queda e em casos de contraindicações e efeitos adversos a estes medicamentos.

Em contrapartida, H. Lee & Lee (2023), em seu estudo prospectivo com 16 participantes, compreende a possibilidade de desprescrição de anti-hipertensivos em pacientes jovens e de meia idade que apresentam pressão arterial controlada por um longo período.

Tendo em vista estes achados, percebe-se que a desprescrição de anti-hipertensivos é comumente recomendada a pacientes idosos que apresentam maiores riscos de efeitos adversos ou que apresentam pressão arterial abaixo da meta, estando em conformidade com a recomendação da Diretriz Brasileira de Hipertensão (Barroso et al., 2021). As diretrizes coreana e europeia de hipertensão arterial mostram a possibilidade de redução ou descontinuação do tratamento farmacológico em pacientes com a pressão arterial controlada por um longo período em associação a mudanças no estilo de vida, enfatizando que estas mudanças devem ser mencionadas ao paciente como de suma importância no controle pressórico periférico, como um fator motivador para a desprescrição dos anti-hipertensivos (H. Lee & Lee, 2023; H.-Y. Lee et al., 2019). No entanto, as razões para a desprescrição em pacientes com pressão arterial bem controlada ou na população jovem hipertensa ainda não são abordadas comumente na literatura, necessitando de mais estudos para apoiar a desprescrição nestes grupos.

Os estudos analisados forneceram, além das razões para a desprescrição, recomendações detalhadas para orientar o processo de desprescrição de anti-hipertensivos, destacando critérios para identificar pacientes elegíveis, selecionar medicamentos apropriados e monitorar os resultados.

Os integrantes da Rede Australiana de Desprescrição criaram um protocolo de desprescrição sob o acrônimo CEASE (Current medications, Elevated risk, Assess, Sort, Eliminate), que podemos traduzir para o português como Medicamentos em uso, Risco elevado, Avaliar, Classificar, Eliminar.

Reeve et al. (2024) adaptaram este protocolo para a desprescrição de anti-hipertensivos, sugerindo:

- Medicamentos em uso: verificar a indicação dos anti-hipertensivos em uso pelo paciente;
- Risco elevado: se o paciente apresenta alguma reação adversa ao medicamento;
- Avaliar: verificar os benefícios prováveis para cada medicamento, se há presença e gravidade dos efeitos adversos existentes e risco de danos futuros associados à continuação do tratamento;
- Classificar: dentre os anti-hipertensivos em uso deve-se utilizar para a desprescrição os seguintes critérios: risco-benefício, facilidade de interrupção e preferência do paciente;

- Eliminar: interromper ou reduzir um medicamento por vez, levando em consideração a urgência para a desprescrição e monitorar alterações na pressão arterial e efeitos adversos após a retirada do medicamento.

Um dos estudos (Sheppard et al., 2022) sugere que a desprescrição deve ser realizada em 5 etapas, conforme o Quadro 5:

**Quadro 5** - Proposta de desprescrição de anti-hipertensivos.

DESPRESCRIÇÃO DE ANTI - HIPERTENSIVOS	
<b>Etapa 1:</b> Identificar pacientes elegíveis	Pacientes com idade $\geq 75$ anos e com alto risco de eventos adversos
<b>Etapa 2:</b> Aferir a pressão arterial	Verificar se está controlada e abaixo dos níveis recomendados pelas diretrizes
<b>Etapa 3:</b> Identificar os medicamentos candidatos para a desprescrição	Revisão da farmacoterapia do paciente para avaliar se algum medicamento prescrito pode estar contraindicado devido a condições clínicas do paciente ou relacionado a alguma interação medicamentosa com os demais medicamentos utilizados
<b>Etapa 4:</b> Retirada gradual de medicamentos	Um medicamento de cada vez, em intervalos de 4 semanas
<b>Etapa 5:</b> Monitoramento	Verificar a pressão arterial e se há eventos adversos associados à retirada dos medicamentos

Fonte: Elaborado pelos autores, adaptado de (Sheppard et al., 2022).

O estudo de Welsh & Mitchell (2023), que tem como foco os anti-hipertensivos de ação central e alfabloqueadores sugere um algoritmo para a desprescrição e deve ser realizada nos seguintes passos:

1. Confirmar o diagnóstico: verificar ocorrências de hipotensão ortostática, aferir a pressão arterial postural e depois observar novamente.
2. Avaliar a fragilidade e o estado funcional do paciente.
3. Considerar as contraindicações: há algum sintoma ou sinal preocupante, por exemplo, síncope, bradiarritmias, insuficiência cardíaca? Se houver claramente uma destas contraindicações, considere a desprescrição.
4. Avaliar os efeitos colaterais: considerar os efeitos colaterais não cardiovasculares, como sedação, depressão, etc.
5. Desprescrição: redução lenta para evitar síndrome de abstinência e monitorar a pressão arterial.

Além disso, os autores trazem no algoritmo de desprescrição sugestões do tempo decorrido até a retirada total de cada medicamento:

- Moxonidina: reduzir a dose em 25% a cada 2 semanas, monitorando semanalmente a pressão arterial. Para a retirada total do medicamento pode levar de 2 a 6 semanas.
- Metildopa: retirada em 1 ou 2 semanas.
- Clonidina: por possuir meia-vida de 23 horas, apresenta um alto risco de abstinência, caso seja retirada totalmente de uma só vez, por isso, recomenda-se a retirada gradual, levando de 6 a 8 semanas para a desprescrição.
- Alfabloqueadores: interromper o tratamento ao longo de 1 a 2 semanas, com redução gradual da dose.

Ao contrário dos demais estudos, H. Lee & Lee (2023), conduziram um estudo intervencionista prospectivo com grupo único para avaliar a viabilidade da descontinuação de medicamentos anti-hipertensivos em adultos jovens e de meia-idade com hipertensão bem controlada. Participaram 16 indivíduos cuja pressão arterial estava controlada há pelo menos 6 meses com monoterapia diária. Ao longo deste tempo, o estudo revelou que, após a descontinuação do medicamento, a pressão dos participantes estava elevada. Não foram observadas diferenças significativas entre as características iniciais ou hábitos de

autocuidado dos grupos que permaneceram normotensos e daqueles com elevação da pressão arterial. As entrevistas qualitativas revelaram sentimentos ambivalentes sobre a interrupção do tratamento, com a ansiedade sendo a principal causa de abandono do estudo, mesmo com a pressão arterial sob controle. A descontinuação de medicamentos anti-hipertensivos foi bem-sucedida em uma pequena parcela dos participantes após 6 meses.

Com esses resultados os autores mencionam a necessidade de selecionar cuidadosamente os pacientes a se beneficiarem de uma tentativa de descontinuar o anti-hipertensivo, para evitar o sofrimento psicológico. Assim, sugerem avaliar:

1. Adesão às atividades de autocuidado para hipertensão.
2. Alfabetização em saúde.
3. Sintomas depressivos e ansiosos.
4. Informações sociodemográficas

Para a desprescrição ser realizada com sucesso, o estudo concluiu que é preciso melhorar as atividades de autocuidado e criar estratégias que auxiliam na evitação à exposição aos fatores que modulam a pressão arterial no cotidiano. Envolver os familiares na discussão sobre a possibilidade de retirada do medicamento pode ser interessante, uma vez que o apoio social dos familiares impacta nas mudanças de comportamento. Além disso, o suporte emocional contínuo pode ser importante para manter os pacientes sem o medicamento.

A literatura revisada aponta que protocolos e algoritmos específicos, como os sugeridos por Sheppard et al. (2022), Welsh & Mitchell (2023) e Reeve et al. (2024), podem orientar o processo de desprescrição, pois incluem desde a identificação de pacientes elegíveis até a retirada gradual dos medicamentos, com monitoramento para minimizar riscos e garantir a segurança. Além disso, a adaptação de ferramentas como o protocolo CEASE para o contexto da desprescrição de anti-hipertensivos demonstra a possibilidade de adaptar outras estratégias para este contexto. Por outro lado, H. Lee & Lee, (2023) trazem uma perspectiva distinta ao considerar o estado psicológico do paciente para a desprescrição e a necessidade de suporte contínuo.

### **3.2 Medicamentos anti-hipertensivos desprescritos**

Dentre os artigos analisados, um (Welsh & Mitchell, 2023) menciona a desprescrição de alfabloqueadores e anti-hipertensivos de ação central, outro (H. Lee & Lee, 2023) trata da desprescrição de bloqueadores do receptor da angiotensina II e bloqueador do canal de cálcio, um artigo (Sheppard et al., 2022) cita diversas classes de anti-hipertensivos como sugestão para desprescrição, incluindo as classes citadas pelos demais artigos.

Os anti-hipertensivos de ação central e alfa bloqueadores são sugeridos para a desprescrição devido ao risco de hipotensão ortostática, fadiga, distúrbios do sono e outros efeitos adversos, especialmente em idosos frágeis. Devido a estes efeitos, estas classes apresentam um perfil desfavorável em relação aos demais anti-hipertensivos, não sendo escolhidos como primeira linha de tratamento na hipertensão, mas são utilizados na hipertensão arterial resistente ou em condições específicas, como, por exemplo, a metildopa indicada para hipertensão arterial na gestação, a clonidina que pode ser usada em pacientes hipertensos com síndrome das pernas inquietas e a doxazosina utilizada em paciente com hiperplasia prostática benigna (HPB) (Barroso et al., 2021; Welsh & Mitchell, 2023).

Outro estudo (Sheppard et al., 2022) também considera a desprescrição de alfabloqueadores e vasodilatadores de ação central devido ao risco de hipotensão postural e quedas. Sugere também a desprescrição de outras classes caso o paciente apresente alguma contraindicação ao medicamento, como, a descontinuação de:

- diuréticos tiazídicos em pacientes que convivem com gota;
- betabloqueadores em combinação com verapamil devido ao risco de bloqueio cardíaco sintomático;

- betabloqueadores não cardiosseletivos em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica;
- bloqueadores do canal de cálcio em pacientes com constipação crônica;
- diltiazem ou verapamil em pacientes com insuficiência cardíaca avançada.

Quando não houver contraindicações, os anti-hipertensivos podem ser desprescritos na ordem inversa do tratamento recomendado pelas diretrizes:

1º diuréticos de alça, antagonistas da aldosterona, anti-hipertensivos de ação central, vasodilatadores periféricos e bloqueadores alfa periféricos, que não são recomendados para pacientes idosos;

2º betabloqueadores;

3º diuréticos tiazídicos e semelhantes aos tiazídicos;

4º inibidores da ECA/bloqueadores do receptor da angiotensina II;

5º bloqueadores dos canais de cálcio, considerado terapia de primeira linha em pessoas idosas.

No estudo de H. Lee & Lee (2023) com 16 pacientes, ocorreu a desprescrição dos bloqueadores do receptor da angiotensina II em 15 pacientes e bloqueador do canal de cálcio em 1 paciente. Esses participantes estavam em monoterapia anti-hipertensiva, condizente com as recomendações das diretrizes nacional e internacionais, que recomendam monoterapia a pacientes com baixo risco cardiovascular ou idosos frágeis que sugerem os BRA, IECA, BCC e diuréticos tiazídicos como opções para terapia única da hipertensão arterial (Barroso et al., 2021; H. Lee & Lee, 2023; McEvoy et al., 2024; Van Der Meer et al., 2019).

A análise dos estudos revela que os anti-hipertensivos de ação central e alfa bloqueadores foram os mais citados para desprescrição devido aos riscos de efeitos adversos e por não serem tratamento de primeira linha para a hipertensão.

Portanto, medicamentos menos eficazes na redução da pressão arterial e com perfil menos seguro de uso são preferencialmente descontinuados e aqueles com maior evidência na redução da pressão arterial e redução de morbidade e mortalidade cardiovascular, além de maior segurança, são os últimos a serem retirados do tratamento.

Ademais, a escolha do anti-hipertensivo a ser desprescrito deve levar em consideração a condição clínica e comorbidades de cada paciente, sendo uma abordagem individualizada e personalizada.

### **3.3 Profissionais envolvidos na desprescrição**

Dentre os artigos analisados, 3 (H. Lee & Lee, 2023; Sheppard et al., 2022; Welsh & Mitchell, 2023) mencionam recomendações de desprescrição para o médico, sendo que um destes artigos (Sheppard et al., 2022), além disso, refere também a possibilidade de desprescrição pelo farmacêutico.

Welsh & Mitchell, (2023) descrevem o protocolo de desprescrição de alfabloqueadores e anti-hipertensivos de ação central para médicos, a fim de trazer ferramentas que os auxiliem na retirada dos medicamentos.

H. Lee & Lee, (2023) sugerem que a seleção de pacientes elegíveis que se beneficiariam com a desprescrição deve ser realizada cuidadosamente pelo médico.

O estudo de Sheppard et al., (2022) além de citar o médico como profissional apto para desprescrição, sugere também que a desprescrição pode ser realizada pelo farmacêutico.

O médico é o profissional que realiza a avaliação clínica do paciente, o diagnóstico e define as condutas terapêuticas, sendo de sua competência realizar a prescrição, por exemplo, de anti-hipertensivos. No entanto, uma abordagem multidisciplinar com farmacêuticos, enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas oferece benefícios no cuidado da hipertensão em relação a uma abordagem exclusiva médica (McEvoy et al., 2024).

Em relação a desprescrição, o farmacêutico tem o papel de revisar a farmacoterapia, a fim de identificar problemas como interações medicamentosas, medicamentos potencialmente inapropriados, reações adversas e pode recomendar alterações prescricionais ao médico, incluindo a redução ou descontinuação do medicamento, contribuindo para uma farmacoterapia segura (Santos et al., 2019).

O profissional de enfermagem pode realizar monitoramento dos sinais clínicos do paciente, como pressão arterial e reações após a descontinuação do medicamento (Vaismoradi et al., 2024). O nutricionista pode orientar o paciente quanto a alimentação saudável, por exemplo, reduzindo o consumo de sódio e o fisioterapeuta e educador físico podem contribuir para a redução do comportamento sedentário, incentivando a prática de atividade física, desta forma impactando na perda de peso e consequentemente redução da pressão arterial (Barroso et al., 2021).

Uma abordagem multidisciplinar é de grande importância para que a desprescrição seja realizada de forma segura e eficaz, no entanto, há poucos estudos na literatura sobre o impacto de uma equipe multiprofissional na desprescrição de anti-hipertensivos.

### **3.4 Sugestão de algoritmo para a desprescrição de anti-hipertensivos**

A partir da leitura dos artigos na presente revisão propõe-se um algoritmo para a desprescrição de anti-hipertensivos nas seguintes etapas:

#### **1. Identificar os pacientes com potencial benefício de desprescrição:**

- O paciente é idoso?
- Apresenta fragilidade ou risco de queda?
- Apresenta algum efeito adverso a anti-hipertensivos, por exemplo, hipotensão ou síncope?
- Apresenta pressão arterial abaixo da meta?

#### **2. Revisar todos os anti-hipertensivos utilizados pelo paciente:**

- O paciente apresenta alguma contraindicação a algum anti-hipertensivo?

#### **3. Avaliar os riscos e benefícios:**

- Existe risco de efeito adverso na vigência de manutenção do medicamento?

#### **4. Letramento de paciente e familiares sobre a desprescrição:**

- Explicar a motivação para a desprescrição e os riscos associados.
- Verificar o estado emocional do paciente em relação a desprescrição.

#### **5. Selecionar os anti-hipertensivos para a desprescrição:**

- Priorizar a retirada em ordem inversa às recomendações das diretrizes:
  1. Alfbloqueadores e anti-hipertensivos de ação central.
  2. Diuréticos de alça e antagonistas da aldosterona.
  3. Betabloqueadores.
  4. Diuréticos tiazídicos e semelhantes, Inibidores da ECA (IECA) ou bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA) ou Bloqueadores dos canais de cálcio (BCC).

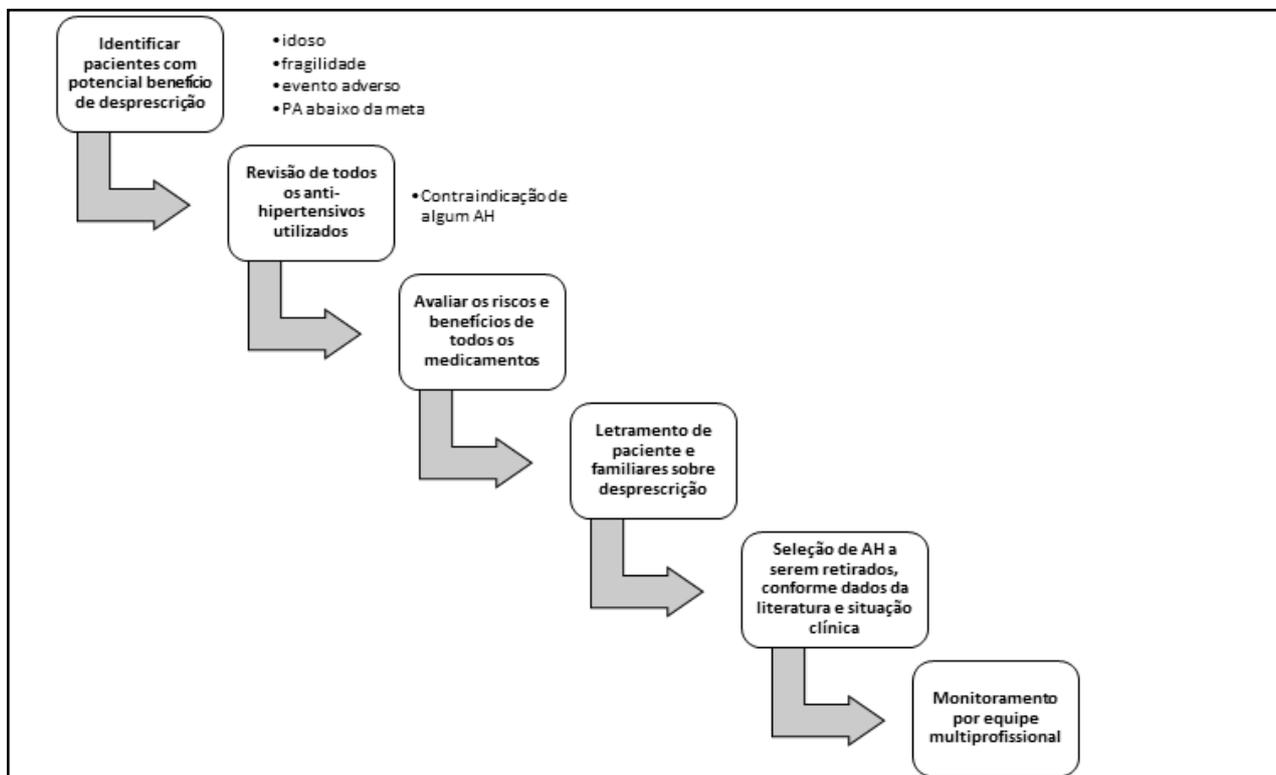
#### **6. Monitoramento por equipe multiprofissional:**

- Definição conjunta entre profissionais de saúde e paciente de um plano para a retirada gradual do medicamento com base na meia-vida do medicamento e risco de abstinência.
- Monitorar a pressão arterial e sinais clínicos.
- Estimular mudanças no estilo de vida, envolvendo a equipe multidisciplinar.
- Avaliar possíveis reações adversas à retirada, como sintomas de abstinência ou descontrole pressórico.

- Reavaliar a necessidade de ajustes no plano terapêutico: caso ocorram eventos adversos ou descontrole pressórico, reintroduzir o medicamento mais adequado ou ajustar a dose.

A seguir, a Figura 2 apresenta a proposição de algoritmo de desprescrição:

**Figura 2** - Proposta de algoritmo para a desprescrição de anti-hipertensivos.



AH = anti-hipertensivo(s). Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos artigos citados em referências.

A proposta do presente algoritmo baseou-se em um número limitado de artigos, o que pode levar a simplificações que não abrangem situações complexas ou populações fora do escopo dos artigos incluídos. Além disso, este algoritmo ainda não foi testado na prática clínica, o que limita a avaliação de sua viabilidade e eficácia clínica.

#### 4. Considerações Finais

Esta revisão buscou analisar as recomendações para a desprescrição de anti-hipertensivos em pacientes com hipertensão arterial, os medicamentos anti-hipertensivos desprescritos, as razões para a desprescrição e os profissionais envolvidos na tarefa.

Os achados apontam que a desprescrição é mais comumente indicada em pacientes idosos, com maior risco de desenvolver efeitos adversos, como hipotensão ortostática e síncope. Também revela que anti-hipertensivos de ação central e alfa bloqueadores são os mais recomendados para a desprescrição, considerando que apresentam um perfil de maior efeitos adversos em razão de não serem também as primeiras opções para o tratamento da hipertensão.

No entanto, ainda há poucos estudos que avaliam a desprescrição em pacientes jovens ou adultos e que apresentem uma pressão arterial controlada, em uso de monoterapia ou combinação das primeiras opções de tratamento, como BRA, IECA ou BCC carecendo de mais evidências para recomendar a desprescrição neste grupo de pacientes.

Esta revisão apresenta a limitação de ter um número reduzido de estudos selecionados, o que traz menor representatividade da realidade, de forma a generalizar os resultados, além de comprometer a robustez do trabalho, prejudicando a confiabilidade das conclusões obtidas.

Três dos artigos incluídos apresentam sobreposição de estudos revisados, podendo representar que não há muita diversidade de artigos relacionados ao tema de desprescrição de anti-hipertensivos.

O algoritmo proposto se baseia em um conjunto restrito de evidências, podendo ser considerado como ponto de partida para futuras investigações.

Desenvolver protocolos claros, adaptados às diretrizes locais e que integrem a atuação de equipes multidisciplinares, serão primordiais para tornar a desprescrição uma prática mais amplamente utilizada, segura e eficaz.

## Referências

- Barroso, W. K. S., Rodrigues, C. I. S., Bortolotto, L. A., Mota-Gomes, M. A., Brandão, A. A., Feitosa, A. D. D. M., Machado, C. A., Poli-de-Figueiredo, C. E., Amodeo, C., Mion, D., Barbosa, E. C. D., Nobre, F., Guimarães, I. C. B., Vilela-Martin, J. F., Yugar-Toledo, J. C., Magalhães, M. E. C., Neves, M. F. T., Jardim, P. C. B. V., Miranda, R. D., ... Nadruz, W. (2021). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 116(3), 516–658.
- Carvalho, M. V. D., Siqueira, L. B., Sousa, A. L. L., & Jardim, P. C. B. V. (2013). The Influence of Hypertension on Quality of Life. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 100(2), 164–174.
- Corrêa, N. B., de Faria, A. P., Júnior, H. M., & Modolo, R. (2016). Não adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo como causa de controle inadequado da hipertensão arterial. 23(3), 58–65.
- Crossetti, M. G. M. (2012). Revisión integradora de la investigación en enfermería el rigor científico que se le exige. *Rev. Gaúcha Enferm.* 33(2), 8-9. 9)
- Dias, G. D. S., Costa, M. C. B., Ferreira, T. D. N., Fernandes, V. D. S., Silva, L. L. D., Júnior, L. M. S., Barros, M. S. V. D. S. M., & Heliotério, M. C. (2021). Fatores de risco associados à hipertensão arterial entre adultos no Brasil: Uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 963–978.
- Freitas, J. G. A. (2015). Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: Uma revisão integrativa da literatura. 13(1), 75–84.
- Hung, A., Kim, Y. H., & Pavon, J. M. (2024). Deprescribing in older adults with polypharmacy. *BMJ*, 385, 1–18.
- Jordan, J., Kurschat, C., & Reuter, H. (2018). Arterial Hypertension. *Deutsches Aerzteblatt Online*, 115(33–34), 557–568.
- Krishnaswami, A., Steinman, M., Goyal, P., Zullo, A., Anderson, T., Birtcher, K., Goodlin, S., Maurer, M., Alexander, K., Rich, M., Tjia, J., & Amer Coll Cardiology. (2019). Deprescribing in Older Adults With Cardiovascular Disease. *Journal Of The American College Of Cardiology*, 73(20), 2584–2595.
- Lee, H., & Lee, K. (2023). Withdrawal of antihypertensive medication in young to middle-aged adults: A prospective, single-group, intervention study. *Clinical Hypertension*, 29(1).
- Lee, H.-Y., Shin, J., Kim, G.-H., Park, S., Ihm, S.-H., Kim, H. C., Kim, K., Kim, J. H., Lee, J. H., Park, J.-M., Pyun, W. B., & Chae, S. C. (2019). 2018 Korean Society of Hypertension Guidelines for the management of hypertension: Part II-diagnosis and treatment of hypertension. *Clinical Hypertension*, 25(1), 20.
- McEvoy, J. W., McCarthy, C. P., Bruno, R. M., Brouwers, S., Canavan, M. D., Ceconi, C., Christodorescu, R. M., Daskalopoulou, S. S., Ferro, C. J., Gerds, E., Hanssen, H., Harris, J., Lauder, L., McManus, R. J., Molloy, G. J., Rahimi, K., Regitz-Zagrosek, V., Rossi, G. P., Sandset, E. C., ... ESC Scientific Document Group. (2024). 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension: Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO). *European Heart Journal*, 45(38), 3912–4018.
- Ministério da Saúde. (2023). *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023*. 131.
- Oliveira, A. S. (2021). *Atenção Farmacêutica no tratamento de pacientes com hipertensão arterial sistêmica*. 32(9224), 1–11.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71.
- Pereira A. S. et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [free e-book]. Editora UAB/NTE/UFMS.
- Piper, V. A., Castro, K., Elkfury, J. L., de Almeida, A. G., Martins, S. C. O., & Chaves, M. L. F. (2012). *Dieta DASH na redução dos níveis de pressão arterial e prevenção do acidente vascular cerebral*. 22(2), 113–118.
- Reeve, E., Gnjjidic, D., Langford, A. V., & Hilmer, S. N. (2024). Deprescribing antihypertensive drugs in frail older adults. *Australian Prescriber*, 47(3), 85–90.

Santos, N. S. D., Marengo, L. L., Moraes, F. D. S., & Barberato-Filho, S. (2019). Interventions to reduce the prescription of inappropriate medicines in older patients. *Revista de Saúde Pública*, 53, 7.

Sheppard, J. P., Benetos, A., Bogaerts, J., Gnjidic, D., & McManus, R. J. (2024). Strategies for Identifying Patients for Deprescribing of Blood Pressure Medications in Routine Practice: An Evidence Review. *Current Hypertension Reports*, 26(5), 225–236.

Sheppard, J. P., Benetos, A., & McManus, R. J. (2022). Antihypertensive Deprescribing in Older Adults: A Practical Guide. *Current Hypertension Reports*, 24(11), 571–580.

Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of business research*, 104, 333-339.

Vaismoradi, M., Mardani, A., Crespo, M. L., Logan, P. A., & Sak-Dankosky, N. (2024). An integrative systematic review of nurses' involvement in medication deprescription in long-term healthcare settings for older people. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 15, 20420986241289205.

Van Der Meer, P., Gaggin, H. K., & Dec, G. W. (2019). ACC/AHA Versus ESC Guidelines on Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(21), 2756–2768.

Welsh, T. J., & Mitchell, A. (2023). Centrally acting antihypertensives and alpha-blockers in people at risk of falls: Therapeutic dilemmas-a clinical review. *European Geriatric Medicine*, 14(4), 675–682.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. WHO IRIS.

World Health Organization. (2023). *Global report on hypertension: The race against a silent killer*. 291.

Yeh, A., Sun, A. Z., & Chernicoff, H. (2022). Polypharmacy in Hospice and Palliative Care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 38(4), 693–704