

ANA PAULA VILAS BOAS WHEBERTH

POLIFARMÁCIA EM IDOSOS

**GOVERNADOR VALADARES/MG
2011**

POLIFARMÁCIA EM IDOSOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de Especialista.

Orientador: Flávio Chaimowicz

**GOVERNADOR VALADARES/MG
2011**

POLIFARMÁCIA EM IDOSOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de Especialista.

Banca Examinadora

Flávio Chaimowicz

Daniele Falci de Oliveira

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

Ao meu Deus, meu maior amor.

Aos meus pais, esposo, grandes companheiros

A minha filha, Ana Luíza, grande presente de Deus.

RESUMO

O aumento da representatividade dos idosos é um fenômeno mundial que abrange tanto países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Atribui-se tal realidade ao combate às doenças infecciosas, ao saneamento básico e às melhorias nas condições de vida, como também ao controle das doenças crônico-degenerativas.

A mudança do perfil demográfico da população é acompanhada de profundas alterações epidemiológicas. Tais alterações caracterizam-se pelo predomínio das moléstias crônico-degenerativas nos idosos, o que gera aumento de fatores de risco à saúde.

A partir dos 60 anos de idade, a polifarmácia e o uso de medicamentos inadequados continuam sendo problemas comuns, também na prática da Estratégia de Saúde da Família. O objetivo deste trabalho foi analisar a produção de conhecimento sobre os conceitos de polifarmácia em idosos, suas causas, comportamento e conseqüências, como também a frequência e importância de correção e prevenção na população atendida na prática clínica. Utilizou-se a revisão bibliográfica narrativa de produções científicas a partir de pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base do SciELO, tendo como termos de busca: “idosos”, “polifarmácia” e “inapropriados”. Localizou-se vinte artigos, dos quais cinco foram excluídos. Diversas estratégias poderão contribuir para melhorar a prescrição no doente idoso e evitar os riscos associados à terapêutica medicamentosa. A educação permanente do doente pelo seu médico, realizada em cada consulta, é considerada como tendo uma boa relação custo benefício.

Palavras-chave: Polifarmácia, idosos, inapropriados.

ABSTRACT

The increased representation of the elderly is a global phenomenon that includes both developed and developing countries. Is attributed to the fact that combat infectious diseases, sanitation and improvements in living conditions, but also the control of chronic degenerative diseases.

The changing demographics of the population is accompanied by profound epidemiological changes. Such changes are characterized by the predominance of chronic degenerative diseases in the elderly, which leads to increased health risk factors.

From 60 years of age, polypharmacy and inappropriate medication use remain common problems, also in the practice of the Family Health Strategy. The objective of this study was to analyze the production of knowledge about the concepts of polypharmacy in the elderly, its causes, behavior and consequences, as well as the frequency and importance of correcting and preventing the population seen in clinical practice. We used a narrative literature review of scientific production from research in the Virtual Health Library (VHL), based on the SciELO, with the search terms "elderly", "polypharmacy" and "inappropriate." Was located twelve articles, five of which were excluded. Several strategies may help to improve prescribing in elderly patients and avoid the risks associated with drug therapy. The education of the patient by his physician, performed at each visit, is regarded as having a cost-effective.

Keywords: Polypharmacy, the elderly, inappropriate.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
	1.1 Justificativa.....	10
	1.2 Objetivos.....	10
	1.3 Metodologia.....	10
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	11
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
	REFERÊNCIAS.....	20

1 - INTRODUÇÃO

O aumento da representatividade dos idosos é um fenômeno mundial que abrange tanto países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Atribui-se tal realidade ao combate às doenças infecciosas, ao saneamento básico e às melhorias nas condições de vida, como também ao controle das doenças crônico- degenerativas. O Brasil ocupa posição de destaque nesse cenário internacional: estima-se que entre 1950 e 2025, a população de idosos no Brasil crescerá dezesseis vezes contra cinco vezes a população total, o que a colocará em termos absolutos como a sexta população de idosos no mundo, com mais de 34 milhões de pessoas com 60 anos e mais (IBGE, 2004). Na prática da Estratégia de Saúde da Família, os atendimentos a idosos são diários, e cada vez mais aumentam em número de consultas, o que torna pertinente o conhecimento dessa população.

A mudança do perfil demográfico da população é acompanhada de profundas alterações epidemiológicas. Tais alterações caracterizam-se pelo predomínio das moléstias crônico-degenerativas o que gera aumento de fatores de risco à saúde. Segundo Chaimowicz (1997), esse processo engloba três transformações: 1) substituição, entre as primeiras causas de morte, das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causa externa; 2) deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos e 3) transformação de uma situação que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade é predominante.

Embora não haja ainda um consenso em sua definição, polifarmácia tem sido definida, basicamente, de duas formas: como o uso concomitante de fármacos, medido por contagem simples dos medicamentos ou como a administração de um maior número de medicamentos do que os clinicamente indicados, avaliado nas revisões clínicas, usando critérios específicos (Hanlon JT, Schmader, 2000).

A partir dos 60 anos de idade, a polifarmácia e o uso de medicamentos inadequados continuam sendo problemas comuns, que se agravam nas idades mais avançadas e quanto piores forem as condições de saúde. Estima-se que 23% da população brasileira consomem 60% da produção nacional de medicamentos, principalmente as pessoas acima de 60 anos. Sabe-se que a idade é uma variável preditiva da terapia medicamentosa e por causa da incidência de muitas patologias que acometem essa faixa etária, os idosos tendem a serem maiores usuários de medicamentos (Rozenfeld, 2003).

ca da Estratégia de Saúde da Família, os atendimentos a idosos são diários, e cada vez mais aumentam em número de consultas, o que torna pertinente o conhecimento dessa população.

A mudança do perfil demográfico da população é acompanhada de profundas alterações epidemiológicas. Tais alterações caracterizam-se pelo predomínio das moléstias crônico-degenerativas o que gera aumento de fatores de risco à saúde. Segundo Chaimowicz (1997), esse processo engloba três transformações: 1) substituição, entre as primeiras causas de morte, das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causa externa; 2) deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos e 3) transformação de uma situação que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade é predominante.

Embora não haja ainda um consenso em sua definição, polifarmácia tem sido definida, basicamente, de duas formas: como o uso concomitante de fármacos, medido por contagem simples dos medicamentos ou como a administração de um maior número de medicamentos do que os clinicamente indicados, avaliado nas revisões clínicas, usando critérios específicos (Hanlon JT, Schmader, 2000).

A partir dos 60 anos de idade, a polifarmácia e o uso de medicamentos inadequados continuam sendo problemas comuns, que se agravam nas idades mais avançadas e quanto piores forem as condições de saúde. Estima-se que 23% da população brasileira consomem 60% da produção nacional de medicamentos, principalmente as pessoas acima de 60 anos. Sabe-se que a idade é uma variável preditiva da terapia medicamentosa e por causa da incidência de muitas patologias que acometem essa faixa etária, os idosos tendem a serem maiores usuários de medicamentos (Rozenfeld 2003).

1.1 JUSTIFICATIVA

O estudo da população geriátrica nos dias de hoje é muito pertinente, devido ao crescimento dessa população e à frequência de consultas em nossa prática clínica na Estratégia de Saúde da Família; a polifarmácia e suas complicações são temas interessantes e assíduos na vida desses idosos.

1.2 OBJETIVOS

Estudar um tema tão importante em nossa prática clínica, na Estratégia de Saúde da Família, que é a Polifarmácia em idosos, suas complicações e comportamento no geronte, que é um ser humano mais frágil, processo inerente ao seu estágio de vida. A presente revisão bibliográfica, se propõe a informar e alertar sobre a realidade brasileira quanto à polimedicação em idosos, cuja prática encontra-se em exercício muitas vezes de forma indiscriminada também na Estratégia de Saúde da Família, pelos próprios profissionais de saúde em geral, familiares e idosos desinformados, além da indústria farmacêutica. Nós profissionais de saúde pública, devemos diagnosticar os problemas relacionados e discutir soluções, para que haja menos transtornos relacionados a medicações em idosos. Apresentam-se neste artigo também possíveis ações para sanar ou amenizar a assiduidade dessa prática, ou seja, evitar a polimedicação ou suas reações adversas no geronte.

1.3 METODOLOGIA

Utilizou-se a revisão bibliográfica narrativa de produções científicas a partir de pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base do SciELO, tendo como termos de busca: “idosos”, “polifarmácia” e “inapropriados”.

O período pesquisado foi de 1997 ao presente ano, compreendendo 20 documentos distintos, sendo descartados 5 artigos de tema específico ou pouco relevante. Realizada a leitura e revisão dos artigos e estudos descritos, foi destacado o que cada artigo acrescentou para a construção dos conceitos e contextos referentes ao tema.

2 - REVISÃO DE LITERATURA

O envelhecimento humano é um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda inexorável da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade a incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte (Filho ETC, 1996).

As mudanças fisiológicas do processo de senescência podem alterar as propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas dos medicamentos no idoso (Quadro 1). Dentre os fatores que contribuem para essas mudanças destacam-se o comprometimento da função renal para a depuração de fármacos que são primariamente excretados pelos rins; a redução do fluxo sanguíneo e do processo de biotransformação hepática; a distribuição dos fármacos é afetada pela redução da água corporal total e das proteínas e pelo aumento da gordura corpórea, o que contribui para alterações na distribuição e para sua acumulação. Além disso, as modificações de sensibilidade de receptores e a mudança da resposta do sistema fisiológico comprometidos por doenças (senilidade) podem alterar a ação dos fármacos. O quadro de declínio cognitivo, as limitações físicas e as múltiplas doenças crônicas associadas podem afetar a sua habilidade de usar adequadamente os medicamentos (Katzung, 2002).

QUADRO 1

As propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas dos fármacos no idoso	
Farmacocinéticos	Diminuição do funcionamento de órgãos, em especial nos fármacos de eliminação renal ou com primeira passagem hepática Diminuição da massa muscular e aumento da massa gorda, que condiciona alterações na distribuição e acumulação.
Farmacodinâmicos	Aumento da sensibilidade aos medicamentos, em especial anticolinérgicos e os que afetam a função cognitiva Alteração dos mecanismos homeostáticos
Capacidade funcional	Déficits visuais que condicionam dificuldade em ler as instruções ou os rótulos dos medicamentos. Déficits auditivos podem contribuir para problemas em compreender instruções verbais ou explicações. Artrites contribuem para a dificuldade em abrir embalagens Diminuição do tônus muscular e equilíbrio
Capacidade cognitiva	Dificuldade em recordar novas instruções. Adesão deficiente condicionada por problemas de memória ou de compreensão.
Fatores financeiros	Custo dos medicamentos pode interferir na adesão
Multipatologia	Possibilidade de interações medicamentosas nos doentes polimedicados, em especial com fármacos indutores ou inibidores enzimáticos.

Adapt. de Moodabe K. Drug-related mortality and morbidity: the elderly at risk. New Zeal Fam Physician 2001 Aug; 28 (4): 272-8

Prescrever para um idoso não é o mesmo que prescrever para um adulto mais jovem e sabe-se que a prescrição médica tem forte influência sobre o modo como essa população utiliza os medicamentos, inclusive no que diz respeito à automedicação (Mosegui, 1999). Até prova em contrário, o aparecimento de novos sinais e sintomas no doente idoso deverá ser sempre considerado como consequência da terapêutica habitual e não como uma nova doença (William CM, 2002). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Aderência ou Adesão à prescrição médica como a magnitude com que o comportamento de um paciente coincide com o aconselhamento do seu médico. O termo aderência ou adesão expressa compreensão ou cooperação, subentendendo um comportamento ativo por parte do doente e sugerindo colaboração no planejamento e implantação da terapêutica (Midence K. Myers LB, 1998). Alguns autores referem que a não adesão pode oscilar entre 21% e os 55% no idoso, e pode ser potencializada se polimedicado e incapaz de tomar os remédios corretamente ou se os efeitos indesejados forem intensos ou custos forem altos (William CM, 2002).

O surgimento de reações adversas e as manifestações idiossincráticas podem interferir definitivamente na adesão medicamentosa. O risco potencial de reações adversas aos medicamentos e de interações medicamentosas é tanto maior quanto maior for o número de fármacos, o tempo de utilização e a dose prescrita. Para tal contribuem também remédios de venda livre e os suplementos de ervanária (dietéticos). Das características do idoso que mais se associam com problemas com a medicação estão, entre outros, a apresentação atípica das doenças, terem mais do que seis problemas de saúde crônicos ativos, a polimedicação e a suscetibilidade a reações adversas a medicamentos (William CM, 2002). O medo do paciente em apresentar efeitos adversos pode fazê-lo interromper o tratamento (Marcolongo R. e cols, 2001). As patologias tratadas também influem na adesão: aquelas crônicas de longo tratamento têm, em geral, menor aderência, já que os esquemas terapêuticos demandam um grande esforço do paciente que pode até ter que mudar seu estilo de vida para cumprir o tratamento (Lynch. E cols, 2006).

A existência de polifarmácia expõe o idoso a um tratamento mais complexo, exigindo maior atenção, memória e organização diante dos horários de administração dos fármacos (Flores e Cols, 2005). Segundo Teixeira et al., as propriedades cognitivas encontram-se afetadas no paciente idoso, o que resulta em certa dificuldade para o seu entendimento e/ou recordação correta dos regimes terapêuticos prescritos.

Nos últimos anos ganha destaque a discussão sobre a ocorrência de Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM) e sua representatividade enquanto fator de risco que gera morbidade e mortalidade (Fernández Llimós, Faus, 2003), inclusive entre idosos

(Hanlon, *et al.* Shimp, Semla, 2000). Estudo realizado na Espanha encontrou que um em cada três pacientes que procuram o serviço hospitalar de urgências o faz devido a um PRM, e que, destes, 73,13% são evitáveis (Parejo, 2003). A ocorrência de reações adversas em idosos é estimada em 50,1 para cada 1000 pessoas por ano, das quais, 27,6% seriam evitáveis (Gurwitz, 2003). Outros autores apontam que 30% dos internamentos em pacientes idosos têm ligação com problemas relacionados com medicamentos ou efeito tóxico destes (Hanlon *AL.*, 1997). Estima-se que os custos totais do PRM cheguem a 177,4 bilhões de dólares por ano, somente nos Estados Unidos (Ernst, Grizzle, 2001).

O segundo consenso de Granada define PRM como sendo “problemas de saúde, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados da farmacoterapia que, produzidos por diversas causas, conduzem ao não alcance dos objetivos terapêuticos ou ao surgimento de efeitos não desejados” (Comitê de Consenso, 2002). Entre as causas principais (quadro 2) que condicionam o surgimento de um PRM em idosos estão as falhas ocorridas durante os processos de prescrição ou monitoria da farmacoterapia (Gurwitz, 2003). A qualidade dos medicamentos prescritos aos idosos foi classificada através dos critérios propostos por Beers em 1997, e revisados em 2003 (Beers, 1997). As opções farmacêuticas consideradas inapropriadas ao uso para indivíduos idosos, independentemente de seus diagnósticos estão ilustradas no quadro 3.

QUADRO 2

Fatores Associados a Problemas com Medicação
Prescrição de medicamentos errados ou desnecessários Nova medicação ou medicação adicional desnecessária Medicamento errado (contra-indicações, inadequado à situação para que é prescrito) Dosagem demasiado baixa ou elevada. Reação adversa Não adesão (incapacidade de tomar os medicamentos corretamente, custo, erro de prescrição).

Adapt. de Williams CM. Using medications appropriately in older adults. *Am Fam Physician* 2002 Nov 15; 66 (10): 1917-24.

QUADRO 3

Medicamentos inapropriados para idosos
Antiinflamatórios, como a indometacina ou outros antiinflamatórios não seletivos da COX2 por tempo prolongado;
Relaxantes musculares e antiespasmódicos, como o carisoprodol, ciclobenzaprina e oxibutinina de curta duração;
Benzodiazepínicos de meia-vida prolongada, como o flurazepam e o diazepam;
benzodiazepínicos de curta duração em doses altas, como doses superiores de 3mg de lorazepam, ou 2mg de alprazolam, ou 60mg de oxazepam;
Antidepressivos com forte efeito anticolinérgico, como a amitriptilina;
Fluoxetina;
Anti-hipertensivos, como a metildopa e a clonidina;
Hipoglicemiantes, como a clorpropramida;
Anticolinérgicos e anti-histamínicos, como a clorfeniramina, hydroxizine e a prometazina;
Meperidina; ticlopidina, anfetaminas, tioridazina, amiodarona, laxantes.

Fonte: Beers, 2003

Seguem abaixo alguns estudos sobre polifarmácia e idosos realizados no Brasil com cada período, localização, população, resultados e cada conclusão. Com o objetivo de conhecer também os riscos de polifarmácia em idosos no município de São Paulo (parte do projeto SABE – Saúde, Bem – estar e Envelhecimento, coordenado pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) para traçar o perfil dos idosos na América Latina e no Caribe), estudou-se de 1997 a 2003, 2143 idosos com 60 anos e mais. A média no número de medicamentos foi 2,72 e a prevalência de polifarmácia de 31,5%. A polifarmácia foi mais prevalente em mulheres com 75 anos e mais (52,1%), religião espírita (51,2%), que declararam estado de saúde ruim (40,2%), e escolaridade acima de 12 anos (46,9%). Verificou-se que 71,1% adquirem fármacos do próprio bolso, 15,95% se automedicam e a não adesão é devida ao custo (9,1%). Os riscos para polifarmácia foram mulheres com idade acima de 75 anos, com consultas e internações em quatro meses e problemas cardíacos. Quanto ao medicamento impróprio a prevalência foi de 15,6%. Concluiu-se que os riscos identificados na polifarmácia mostram uma necessidade de políticas públicas que visem promover o uso racional de medicamentos (Ferreira Carvalho, 2007).

O projeto Bambuí, estudo realizado na cidade de mesmo nome em Minas Gerais, foi iniciado em 1997, com 1554 participantes idosos com o objetivo de avaliar a prevalência da polifarmácia e a influência da renda na associação entre uso de medicamentos e disfunção cognitiva, entre idosos. A prevalência de polifarmácia (consumo de dois ou mais fármacos) foi de 70,4% e o número de medicamentos consumidos mostrou-se negativa e independentemente associado à disfunção cognitiva. Quando estratificada pela renda pessoal (< dois salários mínimos versus \geq dois), observou-se associação negativa entre uso de medicamentos e disfunção cognitiva entre idosos com renda mais baixa, mas não entre aqueles de renda mais elevada. Concluiu-se que a associação entre disfunção cognitiva e número de medicamentos consumidos indica desigualdade social no número de medicamentos sendo possível que os idosos pesquisados não estejam consumindo os fármacos necessários ao adequado tratamento de seus problemas de saúde (Loyola Filho, 2008).

Com o objetivo de avaliar a qualidade do uso de medicamentos de 634 mulheres com mais de 60 anos que freqüentavam a Universidade da Terceira Idade (UERJ), cidade do Rio de Janeiro-RJ, realizou-se um estudo em 1999. Verificou-se que 9,1% não o tomavam qualquer tipo de medicamento. A média de medicamentos consumidos foi de 4,0 por mulher. Das 2.510 especialidades farmacêuticas citadas, havia 538 princípios ativos diferentes. Cerca de 26% dos fármacos eram concordantes com as recomendações da Organização Mundial de

Saúde. Cerca de 17% eram inadequados para uso. Quanto às redundâncias (uso concomitante de dois ou mais fármacos com o mesmo princípio ativo), 14,1% das mulheres podiam sofrer conseqüências decorrentes desse evento. Quanto às interações medicamentosas, 15,5% das entrevistadas estavam expostas às principais interações. Concluiu-se que o uso de medicamentos entre as idosas é bastante influenciado pela prescrição médica e que sua qualidade é prejudicada pela baixa seletividade do mercado farmacêutico (Mosegui, 1999).

Foi realizado no ano 2000, no município de Curitiba – PR, um estudo epidemiológico qualitativo e quantitativo “A terceira idade na construção de suas práticas alimentares”. Resultou na identificação dos fármacos utilizados por grupo de idosos, com 60 anos e/ou mais, evidenciando grande número, variedade e freqüência de medicamentos utilizados a partir da prescrição médica e/ou automedicação caracterizando a polifarmácia; como – anti-hipertensivos e de ação cardiovascular (47,17%), analgésicos e anti-inflamatórios (37,73%), os vitamínicos (32,07%), para distúrbios metabólicos, nutricionais e endócrinos (28,30%); para distúrbios do aparelho digestório (26,41%). Também se constatou prática de automedicação (28,3%) importante, principalmente com medicamentos de uso contínuo, analgésicos e antitérmicos assim como com fitoterápicos e para disfunção aparelho digestório (Penteado, 2002).

Pesquisa de estudo transversal realizado em 2001 e 2002, em Porto Alegre –RS, utilizou uma amostra de 215 idosos. Dos entrevistados, 141 (66%) eram mulheres; 117 (54%) tinham entre 60 e 70 anos, 157 (73%) eram brancos, 115 (53%) tinham companheiros(as) e 145 (67%) cursaram até o ensino fundamental. A prevalência de uso de medicamentos foi de 91% (n=195). Na semana anterior à entrevista foram utilizados 697 medicamentos, com média de 3,2 (DP= 2,5) fármacos por pessoa. Do total da amostra, 187 (87%) haviam realizado no mínimo uma consulta médica no último ano, 71 (33%) pessoas usavam medicamento sem prescrição médica e em 57 (27%) casos foi caracterizada polifarmácia. Constatou-se padrão elevado de uso de medicamentos entre pessoas de faixa etária igual ou superior a 60 anos que vivem na comunidade, com pequenas variações conforme as condições de saúde e características sociodemográficas (Hoffmeister Rocha, 2008).

Foi realizado um estudo exploratório, descritivo e retrospectivo no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) na UERJ, na cidade do Rio de Janeiro – RJ, com o objetivo de avaliar a qualidade e quantidade de medicamentos utilizados por idosos (mais de 60 anos) em acompanhamento geriátrico. Foram selecionados os idosos que iniciaram acompanhamento entre fevereiro/2002 e fevereiro/2003, e que se mantiveram em atendimento por um período mínimo de seis meses. . A média de idade foi de 76 anos. Os principais

diagnósticos estabelecidos foram HAS (71,6%), osteoartrose (30,1%), depressão (22,6%), dislipidemia (20,7%) e osteoporose (15%). A mediana de drogas em uso regular pelos idosos era de 2,0 e passou a 3,0 após acompanhamento geriátrico, com a maioria (45,2%) utilizando entre 1 a 3 drogas diariamente. Anti-hipertensivos, AAS, cálcio, alendronato e fluoxetina foram os fármacos mais prescritos. A conclusão é que o acompanhamento geriátrico aumentou a mediana de drogas utilizadas pelos idosos, assim como aumentou o número de diagnósticos estabelecidos. Muitos fármacos sem indicação, os de meia-vida longa e com mais efeitos adversos foram suspensos. Houve o reconhecimento de doenças freqüentes na população idosa, como osteoporose e depressão (Coutinho, 2008).

Um estudo observacional exploratório foi realizado entre novembro de 2003 e fevereiro 2004 na cidade de Apucarana, Paraná, com internos de uma instituição geriátrica (lar para idosos). Analisaram registros clínicos de 76 pacientes, que possuíam média de idade de 67,1 anos (DP=12,8) e dos quais 52,6% eram homens. Vinte e seis (34,2%) do total tinham menos de 60 anos de idade. Nove não utilizavam nenhum medicamento (11,8%). O número de medicamentos utilizados variou de 1 a 9, num total de 230 medicamentos prescritos. A média por pessoa foi de 3,03 (DP= 1,99). Observou-se que 72,4% dos pacientes utilizavam entre 1 e 4 medicamentos e 27,6% entre 5 e 9 medicamentos. Foi encontrada duplicidade posológica (1,5%), sobredose (1,5%), Em relação aos critérios de Beers descobriu-se 31 ocorrências (13,5%) entre as 230 medicações (Januário Correr, 2007).

3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, o uso de medicamentos pelos idosos tem gerado preocupação quanto aos gastos excessivos e aos possíveis efeitos benéficos ou indesejáveis. O perfil de uso obedece à peculiaridade de idade, gênero, inserção social, estado de saúde e classe terapêutica. A inadequação traduz-se por quantidade e qualidade impróprias dos produtos empregados. O aprimoramento da farmacoterapia depende da atuação no campo da prescrição e no da investigação científica (Rozenfeld, 2003).

Diversas estratégias poderão contribuir para melhorar a prescrição no doente idoso e evitar os riscos associados à terapêutica medicamentosa. A utilização de programas informáticos concebidos para o apoio à decisão de prescrever foi considerada como um componente fundamental para melhorar a prescrição. Estes programas informáticos são importantes, quer pela informação detalhada sobre seleção de fármacos e de doses, quer pela informação pormenorizada que fornecem sobre possíveis interações medicamentosas e reações alérgicas, bem como pela existência de sinais de alerta sempre que é prescrito um segundo fármaco que possa interagir com os anteriormente (Galvão, 2006).

A educação permanente do doente pelo seu médico, realizada em cada consulta, é considerada como tendo uma boa relação custo. O idoso deverá ser informado sobre como tomar cada um dos medicamentos prescritos, o que fazer em caso de esquecimento de uma ou mais doses, onde guardar os medicamentos. Insistir para que o idoso traga sempre à consulta o “saco dos medicamentos”, reavaliar a terapêutica atual e a forma com que cada um dos medicamentos está a ser tomado, em cada consulta, contribui para uma melhor adesão ao tratamento e para evitar potenciais problemas associados à medicação. No idoso com alterações cognitivas, de visão, de audição ou analfabeto, deverá preocupar-se o apoio de terceiros (familiar próximo, apoio domiciliário, vizinhos) para a administração da terapêutica, bem como fornecer informação escrita sobre a administração de cada um dos medicamentos. A relação médico – paciente deve ser a melhor possível bem como a comunicação da equipe multidisciplinar se houver (Galvão, 2006).

REFERÊNCIAS

BEERS, M.H. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. *Arch Intern. Med.*, v.157, p.1531-1536, 1997.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública*, v.32, n.2, p.184-200, 1997.

COMITÊ DE CONSENSO. Segundo consenso de Granada sobre problemas relacionados com medicamentos. *Ars Pharm.*, v.43, n.3-4, p.175-184, 2002.

COUTINHO, FLÁVIA LÍRIO. Avaliação do impacto da intervenção geriátrica na prescrição de idosos. Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento, da Universidade Aberta da Terceira Idade - UnATI, Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, 2008. Disponível em: www.scielo.com.br

ERNST, F.R.; GRIZZLE, A.J.; Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. *J. Am. Pharm. Assoc.*, v.41, n.2, p.192-199, 2001. Disponível em: www.scielo.com.br

FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F. FAUS, M.J. Importance of medicine-related problems as risk factors. *Lancet*, v.362, p.1239, 2003. Disponível em: www.scielo.com.br

FERREIRA CATÃO CARVALHO, MARISTELA. A Polifarmácia em idosos no município de São Paulo – Estudo SABE – Saúde Bem-estar e Envelhecimento, USP, 2007

FILHO, Papaléo NM, Fisiologia do envelhecimento. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 60-70. Disponível em: www.scielo.com.br

FLORES LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(6):924-929

GABRIELA B G MOSEGUI, SUELY ROZENFELD, RENATO PEIXOTO VERAS E CID M M VIANNA. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos, *Rev. Saúde Pública*, 33 (5):437-44, 1999

GALVÃO, CRISTINA. O idoso polimedicado – estratégias para melhorar a prescrição. *Revista Port Clin Geral* 2006 ;22:747-52. Disponível em: <http://new.paho.org/bireme/>

GURWITZ, J.H.; FIELD, T.S.; HARROLD, L.R.; ROTHSCHILD, J.; DEBELLIS, K.; SEGER, A.C.; CADORET, C.; FISH, L.S.; GARBER, L.; KELLEHER, M.; BATES, D.W. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *J. Am. Med. Assoc.*, v.289, n.9, p.1107-1116, 2003. Disponível em: <http://new.paho.org/bireme/>

HANLON, J.T.; SCHMADER, K.E.; KORNKOWSKI, M.J.; WEINBERGER, M.; LANDSMAN, P.B.; SAMSA, G.P.; LEWIS, I.K. Adverse drug events in high risk older outpatients. *J. Am. Geriatr. Soc.*, v.45, p.945-948, 1997. Disponível em: www.scielo.com.br

HANLON, J.T.; SHIMP, L.A.; SEMLA, T.P. Recent Advances in Geriatrics: Drug-Related Problems in the Elderly. *Ann. Pharmacother.*, v.34, p.360-365, 2000. Disponível em: www.scielo.com.br

HOFFMEISTER ROCHA, CRISTIANE; SUEIRO DE OLIVEIRA, ANA PAULA; FERREIRA, CAROLINE; TÔRRES FAGGIANI FABIANA; SCHROETER, GUILHERME; CARLOS ARAÚJO DE SOUZA, ANTÔNIO; ATTILIO DECARLI, GERALDO; BUENO MORRONE, FERNANDA; CRISTINA WERLANG, MARIA. (Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS, Ciência e Saúde Coletiva, 13 (Sup) 703-710. 2008). Disponível em: www.scielo.com.br

IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatística. Projeção da população. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 30 agosto 2004.

JANUÁRIO CORRER, CASSYANO; PONTAROLO, ROBERTO; CÉSAR FERREIRA, LUCIANO; APARECIDA MARTIN BAPTISTÃO, SILMARA. Riscos de problemas relacionados com medicamentos em pacientes de uma instituição geriátrica. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences* vol. 43, n. 1, jan./mar., 2007. Disponível em: www.scielo.com.br

KATZUNG BG 2002. Aspectos especiais da farmacologia geriátrica, pp. 899- 906. In BG KATZUNG BG (org.). *Farmacologia básica & clínica*. 8a edição . Ed Guanabara Koogan , Rio de Janeiro.

LOYOLA FILHO, Antônio – Uchoa, Elizabeth – Firmo, Josélia O A - Lima-Costa, Maria Fernanda - Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí - *Rev Saúde Pública* 2008;42(1):89-99. Disponível em: <http://new.paho.org/bireme/>

LYNCH T. Medication costs as a primary cause of nonadherence in the elderly. *Consult Pharm* 2006; 21(2):143-146. Disponível em: <http://new.paho.org/bireme/>

MARCOLONGO R, Ribeiro E, Storpirtis S. Novas diretrizes para assistência farmacêutica hospitalar: atenção farmacêutica/farmácia clínica. In: Gomes MJVM, Reis AMM, organizadores. *Ciências farmacêuticas - uma abordagem em farmácia hospitalar*. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 521-530. Disponível em: www.scielo.com.br

MIDENCE K, Myers LB. *Adherence to treatment in medical conditions*. London: Harwood Academic Publishers; 1998. Disponível em: <http://new.paho.org/bireme/>

MOODABE K. Drug-related mortality and morbidity - the elderly at risk. *New Zeal Fam Physician* 2001 Aug; 28(4): 272-8. Disponível em: <http://new.paho.org/bireme/>

MOSEGUI G B G, Rozenfeld S, Veras RP & Vianna CMM 1999 . Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos . *Revista de Saúde Pública* 33(35): 437- 444. . Disponível em: www.scielo.com.br

PAREJO, M.I.B. *Problemas Relacionados con los medicamentos como causa de consulta en el servicio de urgencias del hospital universitario virgen de las nieves de Granada*. Granada, 2003. 308p. [Tese de doctorado. Universidad de Granada]. Disponível em: <http://new.paho.org/bireme/>

PENTEADO, P. T. P. da S; CUNICO, C; OLIVEIRA, K. S; POLICHUK, M. O. O uso de medicamentos por idosos. *Visão Acadêmica*, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 35-42, Jan.-Jun./2002. Disponível em: <http://new.paho.org/bireme/>

ROZENFELD S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Rev. Saúde Pública* 2003; 19(3):717-724. Disponível em: <http://new.paho.org/bireme/>