

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANTONIO MARCIO DE OLIVEIRA**

**FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À POLIFARMÁCIA NO IDOSO**

**CAMPOS GERAIS / MG**

**2013**

**ANTONIO MARCIO DE OLIVEIRA**

**FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À POLIFARMÁCIA NO IDOSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para a obtenção do título de Qualificação em Estratégia de Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientadora: Profa. Dra. Walnéia Aparecida de Souza

**CAMPOS GERAIS / MG**

**2013**

**ANTONIO MARCIO DE OLIVEIRA**

**FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À POLIFARMÁCIA NO IDOSO**

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova o Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para obtenção do título de Qualificação em Estratégia de Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientadora: Profa. Dra. Walnéia Aparecida de Souza

Profa. Dra. Walnéia Aparecida de Souza – Orientadora

Profa. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira – Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **Dedicatória**

Aos meus queridos pais Conceição Balbino de Oliveira e Antônio Fraga de Oliveira (In Memoriam) com toda minha admiração, carinho e gratidão.

Para minha menina Giovana e minha companheira de jornada Leise.

## **Agradecimentos**

Em especial ao idoso diante do qual me curvo por tamanha sapiência. Eles foram os responsáveis diretos por este trabalho.

Aos professores deste curso pelo conteúdo altamente fundamentado pelo exemplo de postura, profissionalismo, foram fundamentais pelo desenvolvimento deste trabalho. Em especial a minha Orientadora Dra. Walnéia Aparecida de Souza, que me acolheu em meus anseios e sendo cúmplice de meu ideal.

A minha esposa por me motivar a mais essa conquista, encorajar nesse desafio, permitindo que eu a ame cada vez mais.

Em especial a minha sobrinha Nareluze pela ajuda prestada na execução deste trabalho.

Aos meus familiares que souberam compreender a minha ausência e minha limitação, sempre me apoiando e incentivando.

E a você filha que foi a mais bela inspiração para este pai.

“Se a gente cresce com os golpes duros da vida, também podemos crescer com os toques suaves na alma.”

“Cora Coralina.”

## Resumo

**Introdução:** Os cuidados com os pacientes idosos que apresentam doenças crônicas tornam-se para os profissionais de saúde um grande desafio a ser enfrentado na prática diária. O paciente idoso, frequentemente, apresenta um número significativo de queixas e doenças, o que leva ao uso de vários medicamentos, surgindo assim a polifarmácia com os seus efeitos adversos. Assim, face ao envelhecimento progressivo da população e à suscetibilidade aos efeitos adversos dos medicamentos, a compreensão holística da população idosa é essencial para que estratégias sejam implantadas junto à equipe de saúde, visando diminuir o impacto dos gastos e também que proporcionar melhorias no atendimento a essa população tão vulnerável.

**Objetivo:** Este estudo apresentou como objetivo analisar, por meio de revisão de literatura, os principais fatores de risco relacionados com a polifarmácia em idosos e propor estratégias para que a equipe de saúde se estruture no atendimento e nos cuidados desses pacientes.

**Material e Métodos:** Estudo baseado em uma revisão de literatura a partir de produção científica de diversos autores por meio de artigos publicados em *sites* científicos como Scielo, Bireme, Medline, Google Acadêmico e também em livros e textos relacionados ao tema.

**Resultados e discussão:** Pelos resultados verificou-se que o idoso não é apenas mais um paciente que procura os serviços de saúde, mas, sim, um paciente diferenciado com limitações e razões especiais de ser, exigindo do profissional de saúde um olhar holístico para cada necessidade expressa. O uso de medicamentos constitui uma epidemia entre idosos, que se evidencia com o aumento das doenças crônicas e das sequelas que acompanham o avançar da idade; o poder econômico da indústria farmacêutica; o *marketing* dos medicamentos e a formação dos profissionais de saúde que saem para o mercado com uma formação de medicalização e, conseqüentemente, com impacto clínico e econômico, refletem diretamente na segurança do paciente. O problema da polifarmácia no idoso é complexo, envolvido dentro de um contexto amplo e profundamente arraigado em nossa sociedade, para a qual os medicamentos são vistos como a solução de todos os problemas. Alterar esse paradigma é difícil e exige mudanças comportamentais e culturais tanto dos profissionais de saúde como dos próprios pacientes.

**Conclusão:** Fica claro, portanto, por meio do estudo realizado, que a polifarmácia é frequente e que os efeitos adversos podem comprometer a qualidade de vida do idoso. Assim, verifica-se a necessidade de adotar estratégias para melhorar a farmacoterapia e a assistência prestada ao idoso pela equipe de saúde.

**Palavras-chave:** Fatores de risco. Polifarmácia. Idosos.

## **Abstract**

**Introduction:** The care of elderly patients presenting chronic diseases to become health professionals, a challenge to be faced in daily practice. Elderly patients often presents a significant number of complaints and diseases, which leads to the use of various drugs, thus resulting polypharmacy with its adverse effects. Thus, given the progressive aging of the population and the susceptibility to the adverse effects of medications, holistic understanding of the elderly population is essential if strategies are implemented by the health care team in order to reduce the impact of spending and also providing improvements in meeting this this vulnerable population. **Objective:** This study aimed to analyze by means of literature review, the main risk factors associated with polypharmacy in the elderly and propose strategies for the health team is structured in care and care of these patients. **Material and Methods:** Study based on a review of literature from scientific production through various authors of articles published in scientific sites as SciELO, Bireme, Medline, Google Scholar and in textbooks related to the topic. **Results and discussion:** the results found that the elderly is not just another patient seeking health services, but a patient with different limitations and special reasons to be demanding professional holistic health a look for every need expressed. The use of drugs is an epidemic among the elderly, which is evident with the rise of chronic diseases and the sequelae that accompanies advancing age, the economic power of the pharmaceutical industry, the marketing of drugs and training of health professionals leaving for market with training medicalization and consequently with clinical and economic impact directly reflect patient safety. The problem of polypharmacy in the elderly is complex, involved in a broad context and deeply ingrained in our society, where drugs are seen as the solution to all problems. Changing this paradigm is difficult and requires cultural and behavioral changes of both health professionals and patients themselves. **Conclusion:** Therefore, it is clear by means of the study, which polypharmacy is common, and that adverse effects may impair the quality of life of the elderly. Thus, there is a need to adopt strategies to improve pharmacotherapy and assistance to the elderly by the health team.

**Keywords:** Risk factors. Polypharmacy. Elderly.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 INTERESSE PELO TEMA.....</b>	<b>12</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....</b>	<b>13</b>
<b>4 OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
<b>4.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>15</b>
<b>4.2 Objetivo Especifico.....</b>	<b>15</b>
<b>5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....</b>	<b>16</b>
<b>5.1 Delineamento da pesquisa.....</b>	<b>16</b>
<b>6 MARCO CONCEITUAL.....</b>	<b>17</b>
<b>6.1 Envelhecimento populacional: o surgimento de uma nova sociedade...17</b>	
<b>6.2 O Ser Idoso.....</b>	<b>21</b>
<b>6.3 Principais causas de mortalidade entre idosos.....</b>	<b>23</b>
<b>6.4 O idoso fragilizado pelos agravos de saúde.....</b>	<b>26</b>
<b>6.5 Polifármacia e idosos.....</b>	<b>29</b>
<b>6.6 Iatrogenia.....</b>	<b>34</b>
<b>6.7 Estratégias para melhorar o problema da polifarmácia no idoso.....</b>	<b>43</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>48</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>50</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O uso de medicamentos é um dos temas mais importantes a serem considerados na atenção à saúde do idoso devido ao elevado perfil de consumo, sendo que esse processo é viabilizado pelo acesso fácil a algumas medicações no balcão das farmácias e pela falta de conhecimento de medidas não farmacológicas. No caso do idoso, esse perfil de consumo torna-se preocupante devido às inúmeras alterações fisiológicas que ocorrem com o envelhecimento. Assim, o uso inadequado e/ou indiscriminado de medicamentos poderá levar a complicações no estado de saúde, a intoxicações e até ao óbito (FLORES; BENVENÚ, 2008; LIMA et al., 2010).

Os pacientes idosos, devido a suas peculiaridades, apresentam um número maior de patologias e, conseqüentemente, recebem maior quantidade de medicamentos quando comparados a outros grupos etários, aumentando o potencial para a ocorrência de interações medicamentosas, posto que esse potencial aumenta com o avanço da idade, com o número de medicamentos em uso e com o número de prescrições provenientes de vários médicos que cuidam do mesmo indivíduo (BUENO et al., 2012).

Assim, o envelhecimento e o aumento da prevalência de patologias crônicas conduzem à polifarmácia, considerada inapropriada para os idosos, embora muitas vezes as quantidades de medicamentos prescritos estejam adequadas às patologias diagnosticadas (SANTOS; ALMEIDA, 2010).

Compreender a população idosa, levando em consideração seus aspectos farmacocinéticos e farmacodinâmicos é essencial para que estratégias sejam implantadas, visando diminuir o impacto dos gastos em saúde, planejar e propor estratégias que propiciem melhorias nos sistemas de saúde e melhor cobertura a essa faixa etária (BALDONI; PEREIRA, 2011).

Os métodos empregados para controlar a polifarmácia em idosos são complexos e um grande desafio. Assim, a redução do número de medicamentos prescritos requer uma abordagem multidisciplinar dos profissionais da equipe de saúde, bem como a adaptação do idoso no ambiente familiar e social. (SOUZA, 2011).

Portanto, os serviços de saúde precisam adotar medidas e estratégias de capacitação da equipe multidisciplinar, principalmente do profissional médico, para que se tenha uma visão gerontológica e, assim, poder compartilhar os conhecimentos e as informações com o idoso.

Outra estratégia importante está relacionada à educação em saúde, enfocando os aspectos de promoção e de prevenção, tanto para o idoso, como para a família e para os cuidadores (MENDES, 2012). A educação em saúde possibilita fornecer ferramentas para que o idoso possa ter autonomia e responsabilidade em seu cuidado e desempenhar funções importantes no tratamento (PASCHOAL, 2000), como ter uma lista dos medicamentos de que faz uso, anotar todas as dúvidas antes de ir ao médico, informar ao médico todas as alergias e reações que já teve com medicamentos e utilizar caixinhas de identificação de medicamentos.

Mas ainda é muito frequente a prescrição de medicamentos impróprios para idosos, levando a iatrogenias graves que podem causar complicações, com internações e mesmo com incapacidades e com aumento da mortalidade (CARVALHO, 2007).

Além disso, a ingestão de doses elevadas dos medicamentos por descuido (negligência, esquecimento, pouca visão), a identificação confusa do medicamento, a via incorreta de administração e o armazenamento impróprio estão entre os principais motivos de intoxicação não intencional em idosos (BERNARDES; CHORILLI; OSHIMA, 2005).

Baseado nesses aspectos relatados, este estudo apresenta como objetivo analisar os principais fatores de risco relacionados à polifármacia em idosos, com a finalidade de propor estratégias para que a equipe de saúde se estruture no atendimento e nos cuidados desses pacientes, a fim de prevenir agravos e melhorar a qualidade de vida dos idosos.

## 2 INTERESSE PELO TEMA

A população idosa cresce em ritmo acelerado em todo o mundo. O Brasil segue esse ritmo como se constata em todas as estatísticas do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013), que chega a projetar para 2050, uma proporção de 30% de idosos (IBGE, 2013). Tendo em mente que essa parcela da população é mais susceptível às doenças crônicas não transmissíveis, complexas e onerosas, que perduram por anos e exigem cuidados constantes, medicamentos contínuos e exames complexos, geram-se um aumento dos custos e uma demanda por serviços de saúde. Assim, torna-se necessária a conscientização e a preparação do sistema de saúde para enfrentar esse problema.

Na prática clínica diária, em Unidades de Atenção Primária à Saúde, é cada vez maior o atendimento de um número elevado de idosos e também há uma crescente dificuldade em conduzir os tratamentos propostos. Essas dificuldades ocorrem, não só pelas limitações da idade, como também por várias prescrições que os idosos trazem consigo, pois sempre procuram diversos profissionais de saúde para o tratamento de diversas patologias.

Com isso, cada vez é mais crescente o aparecimento de idosos polimedicado e sempre em busca de novas alternativas para tratar alguns sintomas que na verdade nada mais são do que reações adversas e interações medicamentosas ao uso de vários medicamentos.

Estudos demonstram que os medicamentos são os principais responsáveis pelas iatrogenias em idosos, levando a uma prevalência elevada de complicações e de internações com consequente aumento da mortalidade (CHAIMOWICZ, 2009).

Os medicamentos podem gerar reações adversas de difícil reconhecimento por quem faz uso e mesmo por profissionais de saúde, pois podem variar de quadros inespecíficos como confusão mental, quedas, incontinência urinária, instabilidades a alterações bioquímicas (SILVA; SCHMIDT; SILVA, 2012).

Assim, surge a necessidade de realizar um estudo sobre o tema a fim de se estabelecerem estratégias para melhor orientação dos idosos e preparo da equipe de saúde nos cuidados com esse paciente.

### 3 JUSTIFICATIVA

Nas últimas décadas, com o crescente aumento da população idosa, tem-se acentuado a busca para compreender o processo de envelhecimento, por evidenciar seus problemas para que se estabeleçam propostas para se viver melhor esta etapa da vida (OLIVEIRA et al., 2009).

Se por um lado os medicamentos utilizados por idosos não estão inadequados, é preciso considerar que as reações adversas existem e podem influenciar de alguma forma na maneira de ser e de viver do idoso. Os medicamentos representam um dos itens mais importantes da atenção à saúde do idoso, porém devido à farmacodinâmica e à farmacocinética própria dessa população, cuidados especiais são necessários (CASSONI, 2011).

Manter a autonomia e a independência durante a fase de envelhecimento é uma meta fundamental para indivíduos e governantes. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos até 2025. Mesmo assim, ainda é enorme a desinformação sobre a saúde dessa população e sobre as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde em nosso contexto social, principalmente no que diz respeito ao uso de fármacos (CASSONI, 2011). Assim, este estudo poderá direcionar os profissionais de saúde propiciando uma prescrição mais condizente com a fisiopatologia do idoso.

Familiares e profissionais de saúde devem reconhecer que o processo de envelhecimento é natural, sendo necessária a aceitação de que a perda de algumas capacidades físicas ou intelectuais deva ser aceita e compreendida. O idoso não é apenas mais um paciente que procura os serviços de saúde, mas, sim, um paciente especial, com limitações e razões especiais de ser, exigindo do profissional de saúde um olhar holístico para cada necessidade expressada (SECHINATO, 2009).

Assim, é imprescindível a atuação de profissionais de saúde qualificados, sobretudo quando as atividades são direcionadas ao processo saúde/doença do idoso, com o objetivo de

melhorar a qualidade de vida, atuando na integridade das ações, visando à promoção, à prevenção, à cura e à reabilitação das condições de saúde. Cabe aos profissionais que assistem idosos, identificar e compreender suas limitações, educar e orientar os cuidadores e adotar esquemas terapêuticos simples, ou o mais simples possível, minimizando os efeitos adversos (BUENO et al., 2012).

Portanto, o estudo da população geriátrica nos dias atuais é muito pertinente, devido ao crescimento dessa população com o conseqüente surgimento de várias demandas a ser enfrentadas, como o aumento na frequência de consultas na prática clínica na Estratégia de Saúde da Família, o aumento dos gastos públicos com medicamentos, com exames complexos, com internações e com a polifarmácia com suas complicações. Esses são temas interessantes e assíduos na vida desses idosos, fazendo com que surja a necessidade constante de atualização e de capacitação das equipes de saúde da família.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

Analisar por meio de revisão de literatura os principais fatores de risco relacionados com a polifármacia em idosos e propor estratégias para que a equipe de saúde se estruture no atendimento e nos cuidados desses pacientes com a finalidade de prevenir agravos e melhorar a qualidade de vida.

### **4.2 Objetivo Especifico**

Reestabelecer aspectos para orientações de profissionais de saúde, cuidadores, familiares e para o próprio paciente quanto aos riscos decorrentes da prática da polifarmácia.

## 5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

### 5.1 Delineamentos da pesquisa

Trata-se de um estudo de natureza descritiva realizada por meio de levantamento bibliográfico em periódicos indexados na base de dados *Cientific Eletronic Library Online* (SCIELO), BIREME, MEDLINE e Google Acadêmico (2006-2010), a partir dos seguintes descritores: Fatores de Risco; Idoso e Polifarmácia. Foram identificados 96 artigos completos; destes, 62 foram considerados relevantes para o presente trabalho. Os artigos selecionados preenchem os seguintes critérios: ter sido publicado entre os anos de 1995 e 2013; contemplar como sujeitos da pesquisa a população idosa; ter sido publicado em português, em inglês ou em espanhol e abordar a temática de forma abrangente.

## 6 MARCO CONCEITUAL

### 6.1 Envelhecimento populacional: o surgimento de uma nova sociedade

Conforme relata Sechinato (2009, p.243-5), frente às tantas transformações da nossa sociedade, está não só o lado belo do desenvolvimento e de suas descobertas, mas também o lado do incerto e do imprevisível que está por chegar frente a essas transformações. Um desses desafios para o que se inicia é sem sombra de dúvida nossa preparação frente à nova sociedade, pois a cada dia que passa as estatísticas apontam para o envelhecimento populacional.

Oliveira; Menezes (2011, p.302) apontam que a população brasileira passou por várias transformações; entre elas, a mudança no perfil de morbidade e de mortalidade da população, o que resultou em um crescimento no número de pessoas idosas e, em especial, no segmento que se encontra acima dos 80 anos de idade, alterando a composição interna do próprio grupo.

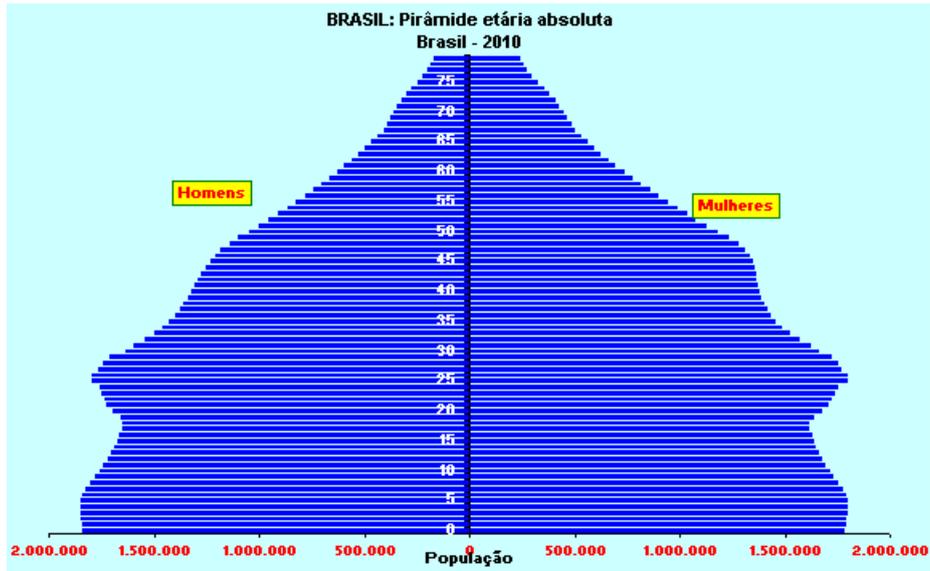
Segundo Veras (2004) “as estimativas para os próximos 20 anos indicam que a população idosa poderá exceder a 30 milhões de pessoas ao final desse período, chegando a representar quase 13% da população”.

Chaimowicz (2009, p.21) corrobora um número ainda maior. Em 2050, será esperada uma população de 38 milhões de brasileiros com mais de 65 anos.

Filho (2005, p. 545) afirma que:

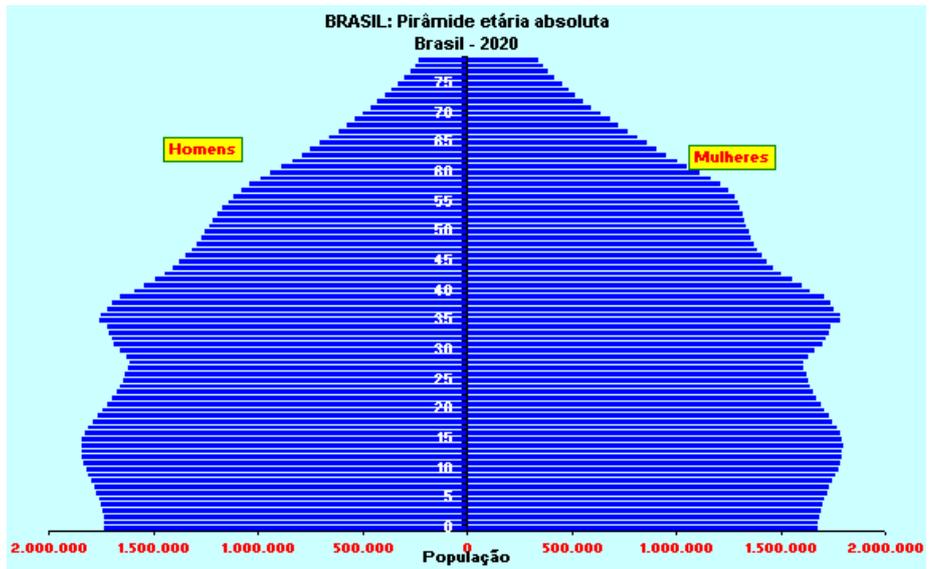
No Brasil o número de habitantes com sessenta ou mais anos de idade passou de 3 milhões em 1960 para 14 milhões em 2000, devendo atingir 32 milhões em 2025, correspondendo à sexta mais numerosa população idosa no mundo.

No site do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010), é fácil visualizar esses índices: em 2010 a pirâmide populacional estava desta forma:



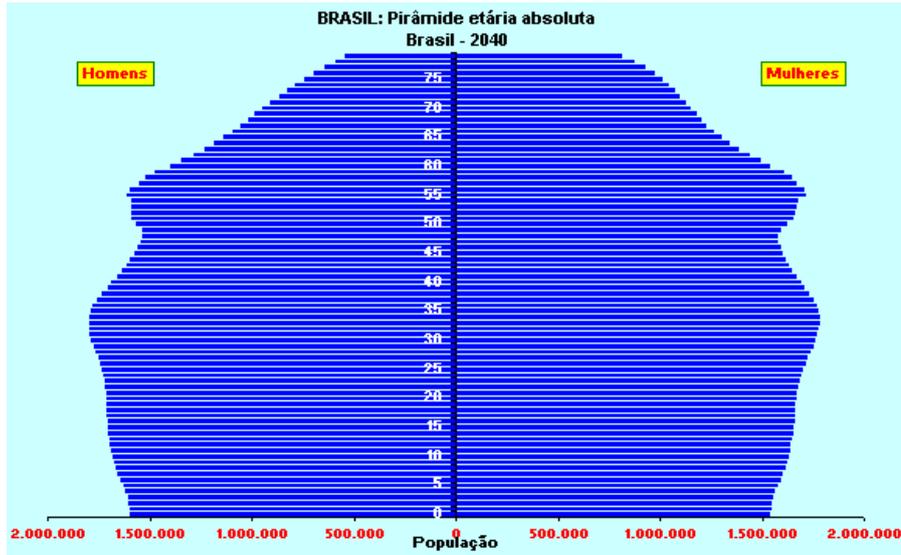
(IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)

Em 2020, a pirâmide populacional estará desta forma:



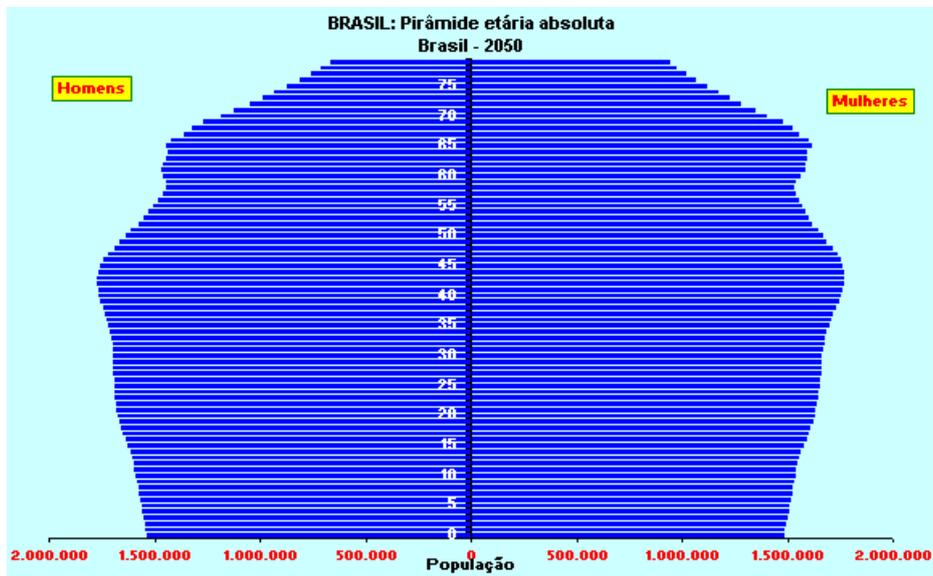
(IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)

Em 2040, estará desta forma:



(IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)

Em 2050, estará totalmente com o ápice invertido em comparação a 2010, como pode ver na pirâmide seguinte:



(IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)

Diante dessas afirmativas, pergunta-se: Será que os profissionais da área da saúde estão realmente preparados para atender as necessidades e responder a todos os desafios que essa nova sociedade idosa apresenta?

O envelhecimento populacional iniciou-se no final do século XIX em alguns países da Europa Ocidental, espalhou pelo resto do Primeiro Mundo, no século passado, e se estendeu, nas últimas décadas, por vários países do Terceiro Mundo, inclusive o Brasil. No caso brasileiro, observou-se, a partir do final dos anos 60, rapidíssima e generalizada queda da fecundidade, e houve, conseqüentemente, um célere processo de envelhecimento da população. Este processo será, necessariamente, mais rápido e com mudanças estruturais, demograficamente falando, mais profundas do que nos países do Primeiro Mundo por duas razões: o declínio da fecundidade, no País, deu-se em um ritmo maior e origina-se de uma população mais jovem do que aquele dos países desenvolvidos (CARVALHO; GARCIA, 2003, p.725).

Para os mesmos autores, no Brasil, o processo de envelhecimento da população não se dá de forma diferente. O envelhecimento populacional é sustentado pelo processo de queda da fecundidade e de queda da mortalidade concentrada nas idades avançadas, conseqüentemente acelerando ainda mais esse processo.

Carvalho; Garcia (2003, p. 731) afirma que o envelhecimento da população brasileira se dará, necessariamente, a ritmo maior do que aquele ocorrido nos países do Primeiro Mundo, principalmente naqueles que iniciaram sua transição da fecundidade ainda no século XIX. Por outro lado, esses países, antes do início do processo, já conviviam com populações menos jovens, por nunca terem experimentado níveis tão altos de fecundidade quanto o Brasil. A rapidíssima mudança na estrutura etária brasileira cria, para o País, oportunidades para o enfrentamento de alguns problemas básicos, principalmente relacionados às crianças e aos jovens, porém apresenta desafios, gerados normalmente pelo envelhecimento de sua população.

Laurenti; Jorge; Gotlieb (2005, p. 35) citam que o Brasil, do ponto de vista de sua população, apresenta o paradoxo de conviver, ao mesmo tempo, com situação predominante nos países desenvolvidos (doenças não infecciosas) e com doenças já vencidas há décadas, como várias doenças infecciosas, além, de altos valores de mortalidade infantil, em algumas áreas de seu território. O envelhecimento faz parte do processo natural de desenvolvimento do ser humano.

Carvalho (2007, p. 11) mostra que é inquestionável que, após a segunda guerra mundial, tenha havido grandes transformações e melhorias da qualidade de vida de todas as populações, em todos os continentes, favorecendo o surgimento do que se chamou “transição epidemiológica” e, com isso, o envelhecimento da população. A transição epidemiológica caracteriza-se pela mudança de altas para baixas taxas de fecundidade e mortalidade, pela urbanização e pelo aumento de longevidade, fenômeno conhecido como envelhecimento da população. Também mostra que a longevidade iniciada ao nascimento foi uma conquista devido a uma série de fatores como o progresso da medicina, as condições sociais e maior cobertura dos serviços de saúde. Também alerta que tal processo acarreta demandas, necessitando de mudanças nas políticas públicas, sendo este um desafio para o Estado, para a sociedade e para a família.

## **6. 2 O ser idoso**

O processo do envelhecimento não deve ser lembrado somente pelo número de anos que a pessoa vive, mas, sim, como algo muito complexo e biologicamente, considerado um processo que ocorre durante toda a vida (HOUAISS; VILLAR, 2007, p. 1567).

Para Silva (2009, p. 23) “o envelhecimento não começa subitamente aos 60 anos, mas consiste no acúmulo e interações de processos sociais, médicos e de comportamento durante toda a vida”.

Motta (2004, p. 118) considera o envelhecimento como sendo o conjunto de processos que contribuem para aumentar progressivamente a taxa de mortalidade específica para a idade, isto é, o envelhecimento não é um processo de adoecimento porque enquanto envelhecemos estamos experimentando mudanças normais e esperadas.

O mesmo autor afirma, ainda, que o envelhecimento pode ser definido como um processo multifatorial, indo do nível molecular ao fisiológico e morfológico, com uma

importante modulação do meio sobre o conteúdo genético, influenciado por modificações psicológicas, funcionais e sociais que ocorrem com o passar do tempo.

Silva (2009, p. 23) fortalece os dizeres de Motta, pois, para o autor, o envelhecimento deve ser definido a partir de um conjunto de condições. Biologicamente, o envelhecimento se inicia no momento em que se nasce, e não aos 60 anos. Socialmente, a velhice varia de acordo com o momento histórico e cultural. Intelectualmente, diz-se que alguém está envelhecendo quando suas faculdades cognitivas começam a falhar, apresentando problemas de memória, de atenção, de orientação e de concentração. Economicamente, a pessoa entra na velhice quando se aposenta, quando deixa de ser produtiva para a sociedade. Funcionalmente, quando o indivíduo perde a sua independência para desempenhar suas atividades básicas de vida diária e cronologicamente, a pessoa é idosa quando faz 60 ou 65 anos.

Sechinato (2009, p. 243) discorre que “do ponto de vista puramente biológico, pode-se considerar que o envelhecimento se inicia a partir do momento em que ocorre a respiração celular com o oxigênio e a conseqüente produção de radicais livres”. Silva (2009, p. 25), em suas afirmações também explicita que as alterações estruturais do envelhecimento são um processo contínuo e normal que se inicia na vida adulta e se prolonga até a morte.

Para Silva et al. (2012, p. 393), a velhice deve ser entendida sob uma perspectiva transdisciplinar e multiprofissional, resultado de um processo dialético social, demográfico, econômico e de saúde, relativa às necessidades fisiológicas, simbólico-culturais e estruturais da sociedade contemporânea, considerando suas particularidades geográficas e as desigualdades que estas impõem.

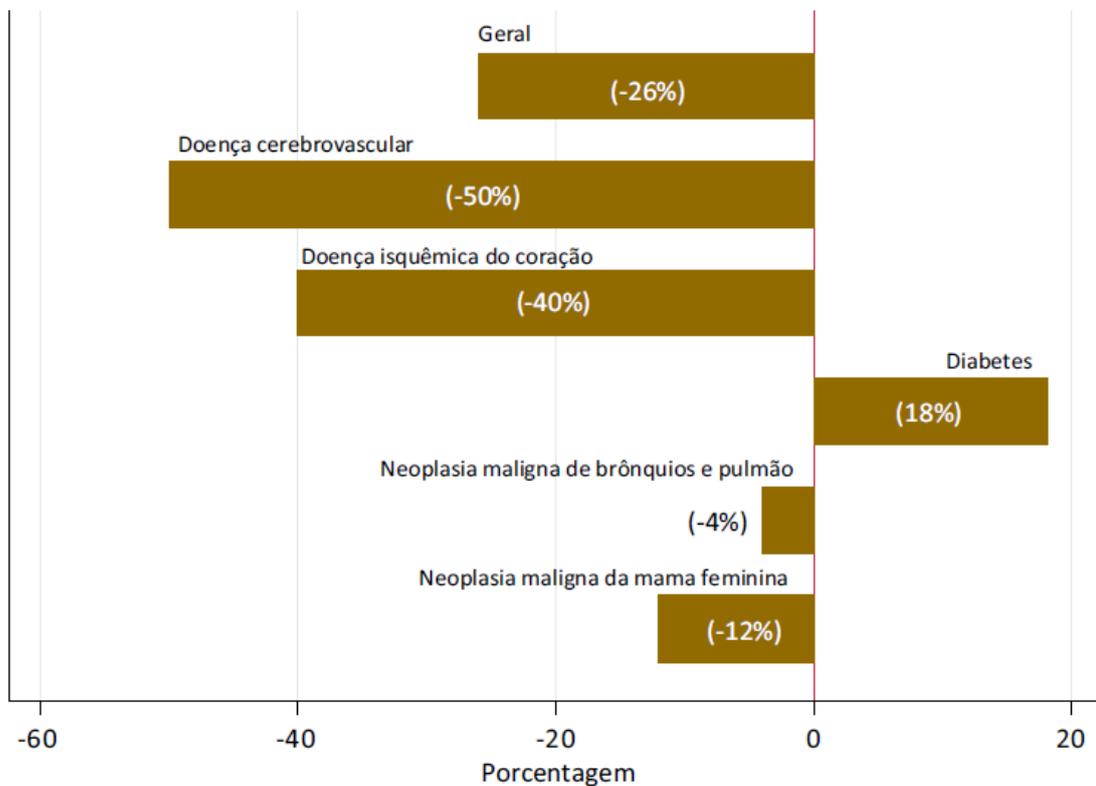
Segundo Carvalho (2007, p. 12):

A fase de envelhecimento não impõe um marcador de quando se inicia, como nas fases de desenvolvimento, puberdade e maturidade. Seu início pode ser precoce, já iniciando aos 30 anos, porém ocorrendo de modo pouco visível, até que surjam as primeiras alterações fisiológicas e ou estrutural atribuída ao envelhecimento no final da terceira década de vida.

### 6.3 Principais causas de mortalidade entre idosos

A mortalidade entre idosos vem recebendo mais atenção, uma vez que mais da metade das mortes observadas ao redor do mundo ocorre entre pessoas com mais de 60 anos. Entre as principais causas dessas mortes, estão as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias malignas (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – MS, 2011). Os dados estão demonstrados na Tabela 1.

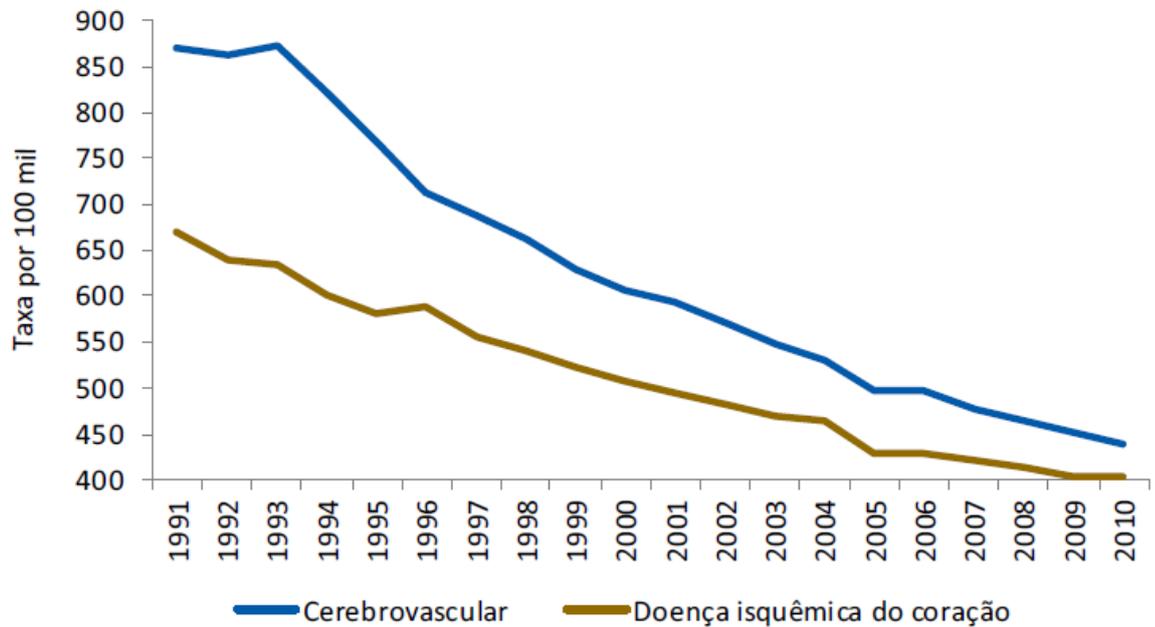
Tabela 1: Mudanças percentuais entre 1991 e 2010 das taxas de mortalidade geral e específicas por causas entre idosos – Brasil, 1991 a 2010.



Fonte: SVS - MS, 2011.

Segundo a Tabela 1, as doenças relacionadas ao aparelho circulatório acometem o grupo etário a partir dos 40 anos, com maior relevância na faixa etária de 70 anos ou mais CARVALHO (2007, p. 14).

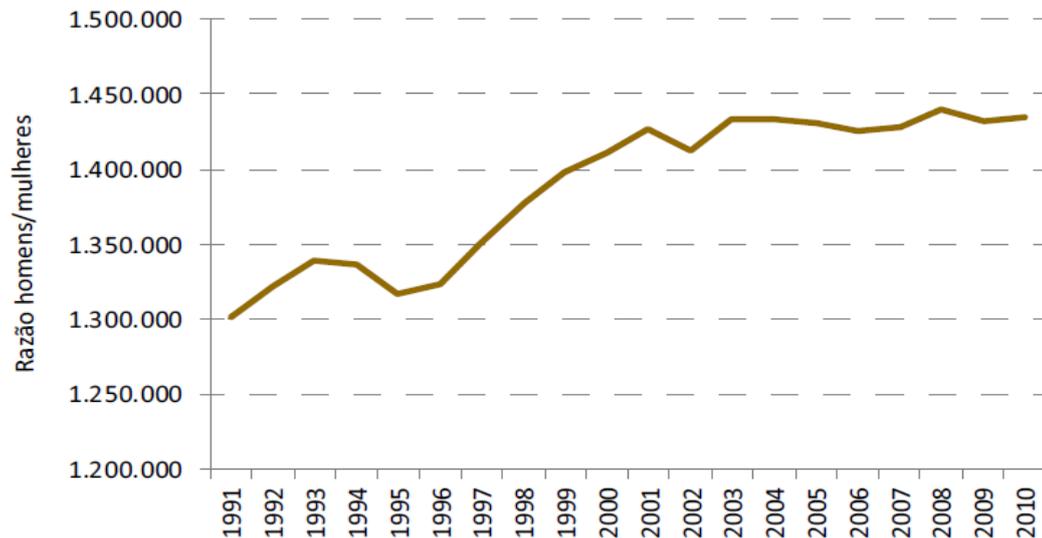
Tabela 2- Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares e por doenças isquêmicas do coração entre todos os idosos no Brasil, entre os anos de 1991 e 2010.



Fonte: SVS – MS, 2011.

Chaimowicz (2009, p. 38) relata “que entre os homens, nos idosos jovens, as mortes por doenças cardíacas (infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca) e cerebrovasculares foram muito importantes”. Se ocorrer a soma das mortes por causas mal definidas e sem assistência médica, elas equivalerão à cardiopatia isquêmica. Outras causas importantes foram diabetes, doenças pulmonares associadas ao tabagismo (incluindo os tumores) e hepatopatias alcoólicas.

Tabela 3- Razão da taxa de mortalidade entre homens e mulheres idosos no Brasil, entre os anos de 1991 e 2010.



Entre as mulheres, Chaimowicz (2009, p. 39) afirma que o perfil de mortalidade é distinto do observado entre os idosos jovens, a começar pela menor importância das mortes por causas mal definidas ou sem assistência (metade da observada em homens). Associadas, porém, representam a principal causa do grupo. A mortalidade por doenças isquêmicas do coração também é a principal causa entre as mulheres. Já em relação às mortes por doenças cardíacas, essas correspondem à metade da taxa dos homens.

As doenças cerebrovasculares são quase tão importantes quanto as isquêmicas do coração. O diabetes tem importância relativa mais elevada: taxa semelhante à observada entre os homens. As doenças associadas ao tabagismo (doença pulmonar crônica e neoplasias respiratórias) são relevantes. Entre as idosas mais velhas, as doenças cerebrovasculares são relevantes; já as causas cardíacas, têm taxas próximas das dos homens da mesma idade (CHAIMOWICZ, 2009, p. 39).

#### 6.4 O idoso fragilizado pelos agravos de saúde

Sechinato (2009, p. 243) afirma que a preocupação com o envelhecimento não deve ser lembrada apenas com relação às alterações metabólicas do organismo, mas como enfrentar essas alterações de forma saudável sem que elas causem mudanças significativas na qualidade de vida do idoso. As pessoas idosas recebem influências externas significativas, principalmente econômicas. Isso influencia algumas vezes, até de forma subjetiva. É necessário que se reconheça o fato de que os velhos no Brasil constituem um grupo populacional frequentemente vulnerabilizado não só pelas questões econômicas, mas também pelas relações com os familiares e com profissionais de saúde; pelo processo de envelhecimento e morte; pela perda da capacidade de autonomia e pelos abusos que sofrem.

Silva et al. (2012, p. 387) cita que, para a Organização Mundial de Saúde, o desafio do envelhecimento populacional é o crescimento das doenças crônicas e de suas incapacidades, bem como o status de dependência ou de deficiência do idoso.

Assim também, Pizzol et al. (2012, p. 104) reafirma que “A população idosa apresenta níveis de morbidade maiores que o da população em geral, com maior consumo de medicamentos e procura por serviços de saúde”.

Para Ramos (2004, p. 77), é imprescindível que os idosos alcancem faixas etárias avançadas em condições ideais de capacidade funcional e de independência. O idoso saudável não é apenas aquele sem doenças, mas, sim, o que pode ser portador de uma doença controlada, sem limitação de suas atividades regulares, sem prejuízo de sua capacidade funcional. Surge, então, uma preocupação acerca desse idoso, uma vez que se tem o conhecimento de que todo seu organismo interno e metabolismo corporal também foram modificados com a sua idade.

Com o número de anos vividos, surgem também algumas alterações funcionais e problemas de saúde considerados agudos ou crônicos. RAMOS (2004, p. 77) também afirma que o envelhecimento é um fato previsível, mas o envelhecimento bem sucedido se contrapõe ao patológico, que pode ser modificado por meios de prevenção. Essa afirmativa remete

novamente à necessidade de o profissional de saúde estar preparado para atender essa demanda. Com um olhar holístico, o médico, o enfermeiro e os agentes comunitários de saúde devem se sentir seguros e preparados para identificar esses agravos da saúde do idoso e esses problemas potenciais que cada um poderá vir a desenvolver. A prevenção das doenças degenerativas e das limitações funcionais constitui-se no principal fator de proteção da saúde no envelhecimento.

Para Oliveira; Menezes (2011, p. 302), os idosos com problemas crônicos de saúde e com incapacidades são encontrados pelos profissionais de saúde nos diversos níveis de atenção à saúde e, quando identificados tardiamente, dificultam a aplicação de intervenções que possam subvertê-las ou minimizá-las.

Assim Veras (2004, p. 9) mostra que “O modelo de compreensão da morbidade, tem se transformado no paradigma dominante para a implementação de programas de saúde e políticas dirigidas ao envelhecimento bem sucedido”. Portanto, faz-se necessária uma parceria entre o ser idoso e os profissionais de saúde.

A Política de Saúde do Idoso reconhece a importância da parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos apontando que esta parceria deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamento e outras formas de segregação e isolamento (SILVA; CALDAS, 2004, p. 26).

Nascimento (2009, p. 1) afirma que, com a crescente população idosa do Brasil, torna-se necessário que o sistema de saúde e de previdência também faça suas mudanças para que essa parcela da população tenha seus direitos assegurados. O Estatuto do Idoso regula os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (sessenta) anos. São asseguradas, seguindo o artigo 20, por lei e por outros meios, todas as oportunidades e facilidades para a preservação da saúde física, psíquica, moral, intelectual, espiritual e das condições de liberdade e de dignidade. É, ainda, obrigação da família, da comunidade, da

sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária, garantindo seu bem-estar biopsicossocial (MS, 2003).

Em relação ao direito à saúde, segundo o artigo 15 do Estatuto, é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantido o acesso universal, igualitário e contínuo das ações e dos serviços para a prevenção, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (MS, 2003).

O mesmo autor afirma ainda que:

No âmbito farmacêutico, também ocorreu uma preocupação especial com a classe dos idosos. Devido ao grande número de medicamentos utilizados por essa população, a Atenção Farmacêutica também foi direcionada para eles, com a finalidade de promover o uso racional de medicamentos por meio de ações educativas na área da saúde (NASCIMENTO, 2009, p. 1).

Carvalho (2007, p. 130) relata que, mais importante que o envelhecimento cronológico, pode ser o envelhecimento funcional, sendo que, em determinado nível, situa-se o limiar da incapacidade. Assim, acima do limiar da incapacidade, estão as pessoas que vivem de forma independente e são autônomas, ou seja, são pessoas que têm capacidade de realizar algo com seus próprios meios, de tomar decisões e de ter comando e, abaixo do limiar, encontram-se as pessoas incapazes e dependentes para realizar atividades da vida diária. As condições de saúde estão diretamente relacionadas com os riscos de mortalidade do indivíduo, sendo que, quanto pior a condição de saúde relatada pelo indivíduo, maior a chance de vir a ser hospitalizada.

Conforme Nobre; Serrano (2005, p. 1492), as modificações anatômicas e funcionais do envelhecimento tornam-se parceiras dos mecanismos fisiopatológicos das doenças cardiovasculares no idoso, determinando seu limiar, seu prognóstico e sua gravidade. A idade, por si só, é um enorme fator de risco para doenças como as das Artérias Coronárias, Hipertensão Arterial, Acidente Vascular Cerebral, Insuficiência Cardíaca Congestiva e Fibrilação Atrial, com aumento progressivo da morbidade e da mortalidade quanto maior a faixa etária.

Assim, o idoso é mais vulnerável, pois a doença é mais grave e extensa, por ser mais frágil e apresentar um maior número de comorbidades, além de um comprometimento maior da capacidade funcional e da função cognitiva. O diagnóstico do idoso é dificultado pelas manifestações clínicas atípicas, das dificuldades da obtenção da história clínica e pela interpretação do exame físico, a qual exige criatividade, bom senso e ponderação.

## 6.5 Polifarmácia e Idosos

A palavra polifarmácia vem do grego polis (muito, vários) e pharmakon (droga, tóxico). Ela foi descrita pela primeira vez em 1959, pelo New England Journal of Medicine. O termo polifarmácia apresenta como sinônimo as palavras polifarmacoterapia, polimedicação, polimedicação, polifármacos e plurimedicação (CARVALHO, 2007, p. 35).

A polifarmácia também pode ser definida como o uso de cinco ou mais medicamentos, sendo uma situação que aumentou de modo importante nos últimos anos, apesar de não ser uma questão contemporânea. O uso de medicamentos constitui hoje uma epidemia entre a população idosa, cujo cenário vem aumentando exponencialmente em consequência das doenças crônicas e de suas sequelas que acompanham essa faixa etária. Desse modo, racionalizar o uso de medicamentos no idoso e evitar a polifarmácia torna-se um grande desafio a ser enfrentado (SECOLI, 2010).

Willians (2002, p. 1917) afirma também que a grande preocupação sobre a polifarmácia é o potencial de reações adversas e de interações que podem ocorrer. Estima-se que, para cada dólar gasto em produtos farmacêuticos, em casas de repouso, outro dólar é gasto para tratar as doenças iatrogênicas atribuídas aos medicamentos devido aos seus efeitos adversos, podendo imitar outras síndromes geriátricas ou levando a confusões diversas, a quedas e a incontinências, possivelmente fazendo com que o médico prescreva mais medicamentos, o que levaria a um efeito cascata.

Segundo Flores; Mengue (2005, p. 925), o uso de medicamentos constitui uma epidemia entre idosos, que se evidencia com o aumento das doenças crônicas e das sequelas

que acompanham o avançar da idade; devido ao poder econômico da indústria farmacêutica e do enorme *marketing* dos medicamentos; e, também, devido à formação dos profissionais de saúde que saem para o mercado com uma formação de medicalização. Conseqüentemente, a enorme medicalização pode apresentar um impacto clínico e econômico, indo refletir diretamente na segurança do paciente.

Além disso, com o aumento da idade cronológica, podem surgir inúmeras causas de fragilidade ou de riscos para os indivíduos, das quais se destacam a presença de múltiplas patologias, situação econômica precária, internação hospitalar nos últimos 12 meses, ingestão de muitos medicamentos e reações adversas a esses medicamentos (FLORES; MENGUE, 2005, p. 925).

Secoli (2010, p. 136) destaca que a vulnerabilidade dos idosos aos problemas decorrentes do uso de medicamentos é bastante alta, o que se deve à complexidade dos problemas clínicos, à necessidade de múltiplos agentes terapêuticos e às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao envelhecimento.

O aumento da população idosa no Brasil traz desafios cada vez maiores aos serviços e aos profissionais de saúde, pois à medida que se envelhece surgem doenças crônicas, dentre elas a hipertensão arterial sistêmica, doenças osteoarticulares, diabetes, entre outras, fazendo com que dependam de tratamento medicamentoso prolongado e contínuo. Esta população está mais sujeita aos problemas agudos (infecções e transtornos menores) o que também está relacionado ao uso de medicamentos. Neste contexto, estes indivíduos tornam-se grandes consumidores de medicamentos, tornando-se o grupo mais medicalizado na sociedade. Sendo assim, muitas vezes para obter o alívio dos problemas que os afligem, diante de quaisquer sintomas, especialmente os mais comuns àqueles decorrentes de viroses banais, os idosos buscam muitas vezes por meio da automedicação uma solução (CASCADE; FALCHETTI; GAJATO, 2008, p. 64).

Essa afirmativa vem fortalecida pelos dizeres de: “O consumo elevado de medicamentos contribui para o uso de fármacos considerados inapropriados para idosos” BUENO et al. (2012, p. 56).

Bueno et al. (2012, p. 52) afirma que o uso de medicamentos em idosos aumenta o número de reações adversas e se relaciona à piora do estado físico e mental do usuário e à maior utilização de serviços de saúde. Para Bueno et al. (2012, p.56), a prática da polifarmácia é multifatorial, sendo influenciada, sobretudo pelas doenças crônicas e por

manifestações clínicas resultantes do envelhecimento. Refere, ainda, nos coloca que a utilização de polifarmácia e o uso de medicamentos inapropriados tornam os idosos mais suscetíveis à morbidade, à mortalidade e à utilização de recursos do serviço de saúde. Além disso, a farmacoterapia dos idosos exige cuidados individualizados, considerando-se múltiplas doenças, associadas a alterações fisiológicas que podem interferir na farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos utilizados.

Além disso, Flores; Mengue (2005, p. 927) afirmam que o fácil acesso a medicações e a baixa frequência de uso de recursos não farmacológicos para o manejo de problemas médicos contribui para esse consumo elevado de medicamentos pela população idosa. Isso pode estar sendo alimentando principalmente pelo fácil acesso desse idoso a medicamentos vendidos em livre comércio. Muitas vezes, o idoso recorre ao comércio livre de medicamentos para aliviar sintomas que podem estar associados ao uso concomitante de medicações previamente prescritas por um profissional de saúde, agravando ainda mais o quadro e justificando uma polifarmácia indiscriminada.

A propaganda de medicamentos nos meio de comunicação constitui um estímulo para a automedicação, pois explora o desconhecimento dos consumidores acerca dos produtos e de seus efeitos adversos. O baixo poder aquisitivo da população e a precariedade dos serviços de saúde contrastam com a facilidade de se obter medicamentos sem pagamento de consulta e sem receita médica, em qualquer farmácia, onde, não raro, encontra-se o estímulo do balconista interessado em ganhar uma comissão pela venda (SÁ, 2007, p. 76).

Mesmo nas camadas privilegiadas, que têm amplo acesso aos serviços médicos, a automedicação ganha espaço, havendo uma tendência para a busca de solução imediata para as enfermidades, a fim de não interromper as atividades cotidianas. Os prejuízos mais frequentes decorrentes da automedicação incluem, entre outros, gastos supérfluos, atraso no diagnóstico e na terapêutica, reações adversas ou alérgicas e intoxicações. Alguns efeitos adversos ficam mascarados, enquanto outros se confundem com os da doença que motivou o consumo, e criam novos problemas, os mais graves podendo levar o paciente à internação hospitalar ou à morte (SÁ, 2007, p. 76).

Para Sá (2007, p. 78), os motivos mais frequentes apresentados que levam à utilização de medicamentos por conta própria são a dor, seguida de febre, de diarreia, de pressão alta e de tosse. A automedicação constitui uma prática universal, presente nas mais diversas sociedades e culturas, independentemente do grau de desenvolvimento socioeconômico das mesmas. De acordo com a Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (ABIFARMA), cerca de 80 milhões de brasileiros seriam adeptos da automedicação.

Filho (2005, p. 546) nos mostra que estudos entre idosos, apresentam diferenças no padrão de consumo de medicamentos prescritos e não prescritos. Os medicamentos que atuam sobre o sistema cardiovascular são a categoria terapêutica mais utilizada entre os prescritos, ao passo que, entre os não prescritos, prevalecem os analgésicos. Em geral, o consumo de medicamentos prescritos está associado ao sexo feminino, às faixas etárias mais elevadas, à utilização de serviços de saúde (visitas médicas e hospitalizações) e a um pior estado de saúde.

Flores; Mengue (2005, p.927) descrevem que em relação às classes terapêuticas mais utilizadas por idosos, os resultados encontrados na literatura mostram que as relacionadas às doenças cardiovasculares são as mais utilizadas. Isso se deve ao fato de que essas doenças vêm liderando as causas de morbimortalidade, principalmente em idosos, sendo amplamente prescritos pelos médicos.

Segundo Secoli (2010, p. 137), em relação aos efeitos dramáticos que as mudanças orgânicas decorrentes do envelhecimento ocasionam na resposta aos medicamentos, a intervenção farmacológica é, ainda, a mais utilizada para o cuidado à pessoa idosa. Também cita que, em relação à prevalência da automedicação, no Reino Unido, cerca de dois terços dos idosos utilizam medicamentos prescritos ou não, e um terço é por automedicação. Nos Estados Unidos, os idosos foram responsáveis pela aquisição de um terço das prescrições médicas emitidas, e por 40% dos medicamentos vendidos sem receita médica.

Identificar e conhecer cada interação medicamentosa e cada consequência que determinado medicamento traz para o organismo do idoso é um desafio e uma responsabilidade para o profissional de saúde prescritor desse medicamento.

Os prejuízos e consequências para a saúde do idoso devido à polifarmácia são bem conhecidos. Os eventos adversos relacionados aos medicamentos é maior nesta faixa etária. Quando os pacientes fazem uso de dois agentes medicamentosos o risco de ocorrência aumenta em 13%; 58% quando este número aumenta para cinco; elevando-se para 82% nos casos em que são consumidos sete ou mais medicamentos (SECOLI, 2010, p.137).

Para Almeida et al. (1999, p. 9), esses pacientes ficam, portanto, sujeitos a interações medicamentosas e efeitos adversos potencialmente perigosos.

O mesmo autor afirma, ainda, que é imprescindível reduzir o uso de medicamentos inapropriados para melhorar a qualidade de vida dos idosos. Portanto, reduzir e racionalizar o uso dessas medicações se torna um desafio para os profissionais de saúde. Os medicamentos surgiram para serem aliados da medicina no tratamento de agravos à saúde, mas é necessária a utilização racional dos mesmos. Assim Bueno et al. (2012, p. 59) afirma: “Para reduzir a utilização de tais medicamentos e sua repercussão negativa na saúde do idoso, é necessário que prescritores e dispensadores conheçam os medicamentos que devem ser evitados e façam o acompanhamento necessário quando seu uso for imprescindível”.

Rozenfeld (2002, p.7) cita medidas importantes para evitar interações medicamentosas em idosos, como revisão periódica do conjunto dos medicamentos e de seus possíveis efeitos adversos; preferência por monodrogas, em detrimento das associações em doses fixas; preferência por fármacos de eficácia comprovada por meio de evidências científicas; suspensão do uso, sempre que possível; verificação da compreensão da prescrição e das orientações farmacológicas ou não farmacológicas; simplificação dos esquemas de administração e atenção aos preços.

SECOLI (2010, p. 137) também mostra que, nos países desenvolvidos, estima-se que 20% a 40% dos idosos utilizem múltiplos agentes associados e, no mínimo, 90% das pessoas nesse grupo recebam pelo menos um agente, sendo estimada uma média de quatro por indivíduo. No Brasil, o número de medicamentos disponíveis no mercado aumentou em 500% nos últimos anos, apresentando cerca de 17.000 nomes genéricos e comerciais.

## 6.6 Iatrogenia

De acordo com Oliveira; Menezes (2011, p. 308), a falta de qualificação especializada para o cuidado integral da pessoa idosa interfere nas práticas de cuidar em saúde, pois, em estudo recente, observou-se que o conhecimento sobre o envelhecimento entre os profissionais de saúde ainda é conceitual, ou se encontra no domínio dos universos consensuais, pois os elementos desse conhecimento não estão integrados à realidade social.

Iatrogenia pode ser definida como sendo um evento ou doença não intencional causada por uma intervenção, justificada ou não, por parte da equipe multiprofissional de saúde, que resulte em dano à saúde do paciente. A iatrogenia também pode ser decorrente da omissão direta de uma intervenção bem estabelecida esperada ou de um procedimento de monitoramento. A proliferação de drogas e procedimentos diagnósticos e de monitoramento levam a um aumento na incidência de iatrogenia, especialmente entre idosos, que acabam sofrendo um maior impacto (SZLEIF, 2008. p. 338).

Para Galvão (2006, p. 748), diversos fatores influenciam a eficácia e a segurança da terapêutica do idoso, nomeadamente alterações de órgãos e de sistemas e da função cognitiva, fatores financeiros e existência de problemas de saúde concomitantes, conforme se pôde alencar no quadro I.

<b>QUADRO I</b>	
<b>FATORES QUE AUMENTAM A VULNERABILIDADE DO IDOSO AOS FÁRMACOS.</b>	
<b>Farmacocinéticos</b>	<p>Diminuição do funcionamento de órgãos, em especial nos fármacos eliminados por via renal ou com primeira passagem hepática.</p> <p>Diminuição da massa muscular e aumento da massa gorda, que condiciona alterações na distribuição e na acumulação.</p>

<b>Farmacodinâmicos</b>	Aumento da sensibilidade aos medicamentos, em especial anticolinérgicos, e os que afetam a função cognitiva.  Alterações dos mecanismos homeostáticos.
<b>Capacidade funcional</b>	Déficits visuais que condicionam dificuldades em ler as instruções ou os rótulos dos medicamentos.  Déficits auditivos podem contribuir para problemas em compreender instruções verbais ou explicações.
<b>Capacidade cognitiva</b>	Dificuldade em recordar novas instruções.  Adesão deficiente condicionada por problemas de memória ou de compreensão.
<b>Fatores financeiros</b>	Custos dos medicamentos podem interferir na adesão.
<b>Multipatologia</b>	Possibilidade de interações medicamentosas nos doentes polimedicados, em especial com fármacos indutores ou inibidores enzimáticos.  Interação doença-medicamento

Fonte: Galvão, 2006 (p. 749)

Secoli (2010, p. 137) nos mostra que as reações adversas aos medicamentos representam um importante problema de saúde pública, cuja relação de risco é bem estabelecida. Estima-se que o risco de reações adversas aos medicamentos (RAM) e de hospitalizações decorrente seja, respectivamente, sete e quatro vezes maior em idosos do que em jovens. Na Europa, 20% dos idosos procuram serviço ambulatorial devido à RAM, e cerca de 10-20% das internações em hospitais geriátricos foram relacionados a elas. Em idosos que utilizam agentes impróprios, a prevalência foi de 30,4%. Estima-se que 23% da população brasileira consuma 60% da produção nacional de medicamentos, e nestes, se incluem principalmente as pessoas acima de 60 anos.

Neto et al. (2011, p. 310) relata “que eventualmente, a falta de protocolos clínicos ou a facilidade em comprar medicamentos podem ser fatores da polifarmácia”.

Assim idosos que vivem sozinhos utilizam uma maior quantidade de medicamentos e são mais propensos a desenvolver depressão, ansiedade e distúrbios do sono, contribuindo para aumentar o número de fármacos prescritos. Já os idosos que não moram sozinhos recebem ajuda na posologia e nos cuidados quanto às possíveis reações adversas (NETO et al. 2011, p. 310).

Para Neto et al. (2011, p. 310), ao citar um trabalho desenvolvido por Flores; Mengue (2005) em relação à polifarmácia e as suas consequências, o nível de escolaridade é inversamente proporcional à escolaridade. Assim, quanto mais baixo o nível de escolaridade, maior o número de medicamentos utilizados. Muitos idosos não consideram como medicamentos substâncias para emagrecer, antialérgicos, analgésicos, antidiarreicos, antiácidos, antitérmicos e qualquer tipo de vitamina. Esse mesmo estudo observou que grande parte dos entrevistados não considerava como automedicação o uso de analgésicos e de fármacos para resfriado e administração sem prescrição médica, contribuindo para a utilização indiscriminada.

Segundo Bueno (2009, p.334), “em uma revisão realizada por Rosenfeld (2003) com grupos de idosos, aponta que o uso de medicamento, de acordo com o gênero, é maior entre mulheres, e elas apresentam os piores estados funcional e de saúde autorreferidos, sintomas depressivos e hospitalizações”.

Galvão (2006, p. 748), afirma que, 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. Medicação sintomaticamente um fenômeno conhecido como “cascata de prescrição”, pode conduzir à doença iatrogênica.

Gomes; Caldas (2008, p. 89) afirmam que prescrever para o idoso não é o mesmo que prescrever para um adulto jovem. O envelhecimento conduz a progressivas alterações da farmacocinética a qual afeta a absorção dos fármacos e da farmacodinâmica que modifica o efeito dos fármacos nos órgãos e tecidos. Assim, as alterações relacionadas à absorção, ao aumento do pH gástrico, à diminuição da mobilidade gastrintestinal, da superfície de

absorção e à possível redução do transporte ativo são as mais frequentes, o que contribui para o aumento ou para a diminuição da absorção de diversos fármacos, dependendo da farmacocinética de cada um. A distribuição dos fármacos é afetada pela redução da água corporal total e das proteínas e pelo aumento da massa gorda, o que contribui para alterações na distribuição e em sua acumulação. A redução do fluxo sanguíneo hepático, as interações medicamentosas e algumas doenças prevalentes no idoso (por exemplo, insuficiência cardíaca e patologia da tireóide) provocam alterações no metabolismo dos fármacos. A diminuição da função renal contribui para a sua acumulação. Para além dos efeitos descritos, diversos outros fatores influenciam a eficácia e a segurança da terapêutica do idoso, nomeadamente alterações de órgão e de sistemas, da função cognitiva, de fatores financeiros e de existência de problemas de saúde concomitantes. Também afirmam que alterações fisiológicas, reações atípicas a fármacos, prescrições inadequadas e a não observância adequada dos esquemas terapêuticos pode contribuir para a maior toxicidade medicamentosa no idoso.

Os mesmos autores afirmam, ainda, que, em uma análise sistêmica, Leape et al. (1995) estimaram que interações medicamento-medimento seriam responsáveis por 5% de todos os erros de medicação. Trinta e nove estudos prospectivos realizados em hospitais americanos sobre reações medicamentosas mostraram incidência de 6,7% para reações adversas graves e 0,32% para reações adversas fatais.

É difícil determinar precisamente quais fármacos são mais perigosos, porém, de um modo geral, os medicamentos de maior meia vida (tempo necessário para a eliminação de 50% da droga) e aqueles com janela terapêutica estreita (dose terapêutica muito próxima da dose tóxica) são os mais comumente associados a efeitos adversos.

Estudo realizado por Gomes; Caldas (2008, p. 92) que envolveu 30.397 idosos ambulatoriais acompanhados durante um ano, constatou que medicações cardiovasculares foram responsáveis por 24,5% dos efeitos adversos, seguidos pelos diuréticos (22,1%); analgésicos não opioides (15%); hipoglicemiantes (10,9%) e anticoagulantes (10,2%). Os principais eventos indesejáveis relatados nesse estudo foram distúrbios renal-eletrolíticos (26,6%); gastrintestinais (21,1%); hemorrágicos (15,9%); metabólico-endócrinos (13,8%) e neuropsiquiátricos (8,6%).

Gorzoni; Fabri; Pires (2008, p. 353) afirmam que há duas décadas surgiram instrumentos visando identificar potenciais riscos de iatrogenia medicamentosas em idosos, sendo o de Beers-Fick o mais utilizado deles. Beers et al. (2003) estabeleceram critérios baseados em trabalhos publicados sobre medicamentos e farmacologia, para definir uma lista de fármacos potencialmente inapropriados a adultos com 65 ou mais anos de idade. Fick et al. (2003) atualizaram esses critérios, dividindo-os em dois: 1) Medicamentos ou classes deles que deveriam ser evitados em idosos, independentemente do diagnóstico ou da condição clínica, devido ao alto risco de efeitos colaterais e à existência de outros fármacos mais seguros; 2) medicamentos ou classes deles que não devem ser usados em determinadas circunstâncias clínicas.

<p>Quadro 1 – Medicamentos não recomendados em idosos, independentemente do diagnóstico ou da condição clínica, devido ao alto risco de efeitos colaterais e com opções de prescrição de outros fármacos mais seguros pelos critérios de Beers-Fick, 2003) e comercializados no Brasil.</p>	
<p><b>BENZODIAZEPÍNICOS</b></p> <p>Lorazepam &gt;3,0 mg/dl</p> <p>Alprazolam &gt; 2,0 mg/dl</p> <p>Clordiazepóxido</p> <p>Diazepam</p> <p>Clorazepato</p> <p>Flurazepam</p> <p><b>AMITRIPTILINA</b></p> <p><b>FLUOXETINA (DIARIAMENTE)</b></p> <p><b>BARBITÚRICOS (EXCETO FENOBARBITAL)</b></p> <p><b>TIONIDAZINA</b></p> <p><b>MEPERIDINA</b></p> <p><b>ANORÉXICOS</b></p>	<p><b>AMIODARONA</b></p> <p><b>DIGOXINA &gt; 0,125 mg/dl</b> (exceto em arritmias atriais)</p> <p><b>DISOPIRAMIDA</b></p> <p><b>METILDOPA</b></p> <p><b>CLONIDINA</b></p> <p><b>NIFEDIPINA</b></p> <p><b>DOXAZOSINA</b></p> <p><b>DIPIRIDAMOL</b></p> <p><b>TICLOPIDINA</b></p> <p><b>ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO-HORMONAIS</b></p> <p>Indometacina</p> <p>Naproxeno</p>

ANFETAMINAS	Piroxicam
ANTI-HISTAMÍNICOS	MIORRELAXANTES E ANTIESPASMÓDICOS
Clorfeniramina	Carisoprodol
Difenidramina	Clorzoxazona
Hidroxizina	Ciclobenzaprina
Ciproceptadina	Orfenadrina
Tripelenamina	Oxibutinina
Dexclorfeniramina	Hiosciamina
Prometazina	Propantelina
CLORPROPAMIDA	Alcaloides da Belladonna
ESTROGÊNIOS NÃO-ASSOCIADOS (VIA ORAL)	CETOROLACO
ESTRATO DE TIREOIDE	ERGOT E CIDANDELATA
METILTESTOSTERONA	LAXANTES
NITROFURANTOINA	Bisacordil
SULFATO FERROSO	Cáscara sagrada
CIMETIDINA	Óleo mineral

Fonte: GORZONI; FABRRI; E PIRES (2008, p. 354).

Rochon (2011, p. 98) afirma que o uso de benzodiazepínicos nos idosos é uma preocupação na área gerontológica, uma vez que são os medicamentos mais discutidos nos estudos referentes ao uso de medicamentos impróprios. Tal preocupação se dá em virtude de os ansiolíticos sofrerem alterações nos perfis farmacocinéticos do indivíduo idoso, devido à redução do líquido corporal, à diminuição da função renal e ao aumento da gordura corporal. Essa classe de fármacos apresenta uma meia-vida mais longa. Entre os efeitos indesejáveis dos benzodiazepínicos nos idosos, destacam-se as quedas. A probabilidade de quedas ocorrer em idosos que usam benzodiazepínicos é muito aumentada.

Rochon (2011, p. 98) também afirma que a metildopa é frequentemente usada entre os idosos, porém esse medicamento não apresenta indicação, uma vez que ela pode causar bradicardia, exacerbar a depressão, além de estar relacionada ao risco de quedas. Também cita que os relaxantes musculares, frequentemente usados por idosos como o Cloridrato de Ciclobenzaprina, o Carisoprodol e a Orfenadrina, possuem pouca tolerância, com efeitos adversos anticolinérgicos, com fraqueza, com sedação e com conseqüentes quedas e fraturas.

Moraes et al. (2010, p. 62) mostra que a instabilidade postural leva o idoso à queda que representa um dos maiores temores em geriatria. É fundamental conhecer as condições que a predisuseram, como ocorreram, quais os sinais e sintomas que a antecederam, a existência de comorbidades, se o idoso conseguiu se levantar sozinho e se houve fraturas. A incidência anual de quedas varia com a idade, sendo de 28% a 35% e de 32% a 42% entre pessoas com mais de 65 e de 75 anos de idade, respectivamente, chegando a 50% dos idosos em instituição de longa permanência. Entre os idosos que sofrem quedas, dois terços terão nova queda no ano subseqüente. As quedas constituem a sexta *causa mortis* de idosos e são responsáveis por 40% das suas internações. As quedas provocam em torno 40% a 60% das vezes, algum tipo de lesão, sendo de 30 a 50%, 5 a 6% e aproximadamente de 5% dos casos, respectivamente, relacionadas com escoriações e contusões menores, hematoma subdural e contusões maiores e fraturas. A fratura de fêmur destaca-se pela elevada morbimortalidade entre os idosos, ocorrendo em 1% dos casos. A complicação mais frequente da queda é o medo de cair novamente, o que, muitas vezes, impede o idoso de deambular normalmente, deixando-o preso ao leito ou à cadeira, aumentando o seu descondiçionamento físico. Alguns fármacos podem gerar ou agravar a instabilidade postural, como: antidepressivos tricíclicos; anticonvulsivantes; anti-inflamatórios; anti-hipertensivos (diuréticos, betabloqueadores, alfa-bloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio); antiarrítmicos (Amiodarona, verapamil); antibióticos (eritromicina, rifampicina, isoniazida, aminoglicosídeos, cloroquina); hipoglicemiantes orais e corticosteróides.

Lucchetti (2010, p. 38) relata que os psicofármacos são muito utilizados por idosos, principalmente os que permanecem em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Uma significativa parcela dos medicamentos prescritos no Brasil é da classe dos psicofármacos. Estima-se que pelo menos 13% do total de fármacos consumidos em nosso país envolva

benzodiazepínicos, antidepressivos, neurolépticos, anticonvulsivantes ou estimulantes do sistema nervoso central.

O mesmo autor afirma, ainda, que os pacientes internados em instituições de longa permanência para idosos merecem atenção especial quanto ao consumo desses grupos medicamentosos. Estudos recentes apontam para uma maior taxa de mortalidade entre idosos que sofrem demência e que recebem neurolépticos. Lucchetti (2010, p. 42) também afirma que o uso de benzodiazepínicos mostrou-se associado com a polifarmácia, o que pode ser justificado pelas características dos pacientes residentes em instituições de longa permanência por estarem associadas aos distúrbios de comportamento, aos distúrbios do sono e a outras alterações apresentadas, que muitas vezes necessitam de vários medicamentos.

Torna-se, assim, rotineira a necessidade da prescrição de psicofármacos visando ao controle de sintomas como agitação, agressividade, delírios, depressão e ansiedade. Muitas vezes, o prescritor não psiquiatra, não necessariamente apresenta familiaridade com o perfil farmacológico desses medicamentos e seus possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas (LUCCHETTI, 2010, p. 38).

Carvalho (2007, p. 23) mostra que a iatrogenia pode ser evitada ou reduzida, quando são consideradas algumas normas da terapêutica geriátrica, como diagnóstico correto, avaliação do estado hepático, renal e nutricional; emprego da menor dosagem necessária de medicamento e utilização do menor número possível de medicamentos.

Silva; Schimidt; Silva (2012, p. 165), demonstram que, na prescrição para idosos, devem ser considerados alguns aspectos como:

- Ao prescrever digoxina, se deverá ter muita cautela, pois o idoso apresenta diminuição da massa muscular, o que reduz o volume de distribuição do fármaco; o idoso também pode apresentar diminuição da função renal e, assim, a capacidade da albumina em se ligar à digoxina está diminuída. Como esse fármaco apresenta janela terapêutica estreita, o risco de toxicidade é maior;

- O idoso pode apresentar condições clínicas, como as anormalidades eletrolíticas séricas (hipopotassemia; hipomagnesemia; hipercalemia; hipóxia; acidose) e doenças como o hipotireoidismo e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica);

- Os idosos são vulneráveis à depleção de volume e à hipotensão ortostática quando utilizam diuréticos; também são mais propensos a apresentar hipopotassemia e hiponatremia. Além disso, os diuréticos poupadores de potássio podem provocar hiperpotasemia, especialmente se associados aos inibidores da enzima conversoras da angiotensina;
- Quanto aos nitratos, deve ser lembrado que os idosos são mais vulneráveis aos episódios de fraqueza, de tontura e de hipotensão ortostática provocados por esses medicamentos, de modo que as doses devem ser avaliadas cuidadosamente;
- Os anti-inflamatórios não esteroides (AINES) são os medicamentos mais prescritos após os 65 anos, sendo usados como analgésicos, antipiréticos e anti-inflamatórios, já que aliviam a dor e a rigidez articular. Contudo os pacientes idosos são mais susceptíveis a reações adversas por AINES devido à maior frequência de problemas reumáticos nessa população. Os AINES não apenas induzem à ulceração gástrica como também mascaram a sintomatologia. Na população idosa, o número de hemorragias gástricas é sete vezes maior que a encontrada na população adulta, sendo 10% dos casos fatais;
- Quanto aos Antidiabéticos orais, deve-se ter cuidado com as interações medicamentosas que envolvem o deslocamento de fármacos que circulam unidos às proteínas, por fármacos que apresentam maior capacidade de ligação, como no caso de pacientes que usam antidiabéticos orais e passam a ingerir aspirina, uma vez que uma fração significativa dos antidiabéticos circula unida às proteínas. A fração de antidiabéticos livres da ligação proteica torna-se ativa e exacerba sua atividade terapêutica, podendo causar hipoglicemia. O tempo prolongado de ação e a presença de metabólicos ativos aumentam o risco de hipoglicemia e contraindicam o uso de clorpropamida nos idosos. Além disso, a hiponatremia e a retenção hídrica também são importantes efeitos colaterais associados ao uso desse fármaco;
- Os antidepressivos são metabolizados mais lentamente em idosos. Assim, os idosos devem preferencialmente utilizar fármacos com menor meia-vida, como bupropiona, trazodona e venlafaxina. Além do mais, os antidepressivos tricíclicos possuem estreita margem de segurança;

- Os analgésicos opiáceos tem indicação limitada, sendo prescritos apenas em situações de dores intensas. Podem causar dependência física, depressão respiratória e constipação intestinal em idosos. A morfina pode levar ao quadro de coma, à insuficiência respiratória, à miose, à hipotensão, à hiporreflexia e à arritmia cardíaca. Já a codeína, em doses elevadas, pode determinar contrações musculares e convulsões;

- Dentre os ansiolíticos, destacam-se os benzodiazepínicos que podem acumular-se no tecido adiposo dos idosos e atingir níveis tóxicos, evidenciando sinais e sintomas de confusão, fala ininteligível, dispneia, falta de coordenação e fraqueza muscular.

Ribeiro et al. (2008, p. 724) reflete que uma das grandes razões que levam o idoso a buscar constantemente por medicamentos é o surgimento mais frequente das doenças crônico-degenerativas, cujo controle e prevenção de sequelas muitas vezes demandam o uso de medicamentos. Também relata diferenças entre os sexos, na utilização de medicamentos por idosos. As mulheres utilizam mais analgésicos, antirreumáticos e psicotrópicos e, nos homens, se observa maior utilização de agentes trombolíticos, cardioterápicos e antiasmáticos. Esse cenário pode ser parcialmente explicado pelo perfil de morbidade diferenciado entre homens e mulheres na terceira idade; prevalência de doenças osteoarticulares e depressão relatada entre as mulheres e de infarto, entre os homens.

## **6.7 Estratégias para melhorar o problema da polifarmácia no idoso**

Como já se observou, o problema da polifarmácia no idoso é complexo, envolvido dentro de um contexto amplo e profundamente arraigado na sociedade, para a qual os medicamentos são vistos como a solução de todos os problemas. Alterar esse paradigma é difícil e exige mudanças comportamentais e culturais tanto dos profissionais de saúde como dos próprios pacientes. Tal afirmação é descrita por Sousa (2011, p. 1810) que também alerta ser recomendável um trabalho de educação em saúde que envolva os idosos inseridos no seu contexto social, na sua família, no sentido de promover o melhor benefício da terapêutica medicamentosa prescrita. De igual forma, uma forte aposta no desenvolvimento de cuidados domiciliários, bem como de recursos e ferramentas que auxiliem o cumprimento dos horários

de administração, como as caixas multidoses, o que poderá promover melhora da adesão à terapêutica. Acrescenta, ainda, que esse efeito poderá contribuir para diminuir a incidência de reações adversas e de internações hospitalares, bem como reduzir despesas e proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Andrade; Silva; Freitas (2004, p. 59) lembra de que a utilização de medicamentos em idosos requer cuidados constantes, pois, nessa fase da vida, as reações adversas aos medicamentos são mais comuns. Enquanto na fase adulta normal, 10% dos pacientes desenvolvem algum tipo de reação aos medicamentos; após 80 anos, essa possibilidade pode alcançar 25%.

Freitas (2012, p. 79) faz referência a uma série de recomendações para a utilização racional de medicamentos em idosos:

- 1 – Efetuar revisão periódica dos fármacos;
- 2 – Implementar educação no uso de varfarina;
- 3 – Analisar as funções renais e potássio sérico em pacientes em uso de inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA);
- 4 – Monitorar o uso de diuréticos;
- 5 – Evitar propoxifeno (fratura de quadril);
- 6 – Evitar uso crônico de benzodiazepínico;
- 7 – Evitar uso de anticolinérgicos;
- 8 – Evitar uso de barbitúricos;
- 9 – Evitar meperidina;
- 10 – Evitar uso prolongado de relaxantes musculares;
- 11 – Reavaliar o uso de neurolépticos atípicos;
- 12 – Analisar as condições de uso de anti-inflamatórios.

É importante que se recomende ao paciente idoso manter uma lista com todos os medicamentos de que faz uso e levá-los às consultas para se resolver eventuais confusões.

Segundo a Secretaria de Estado de Saúde – Minas Gerais (2006, p. 186), existem algumas regras básicas para a boa condução do paciente idoso que podem auxiliar no tratamento farmacológico:

**ANTES DE PRESCREVER PARA UMA PESSOA IDOSA, PENSE:**

- Conheça os efeitos do envelhecimento antes de dizer que se trata de uma doença;
- Estabeleça as prioridades do tratamento. Conheça o incômodo que a doença representa para o idoso;
- Evite sempre que possível tratar sinais e sintomas sem procurar esclarecer a causa;
- Um efeito colateral não deve ser tratado com outro medicamento;
- O medicamento é realmente necessário? Já foram tentadas medidas não farmacológicas?
- Simplifique a sua receita;
- Antes de iniciar a medicação, certifique-se de que é realmente indispensável ou pode ser substituída por tratamento tópico ou medidas para reabilitação física;
- Comece a usar os fármacos sempre em doses mais baixas, pois habitualmente os idosos respondem muito bem a doses consideradas subterapêuticas para o adulto;
- Aumente a dose da medicação gradativamente, de acordo com a resposta e a sensibilidade do paciente;
- Evite o uso de fármacos que necessitem de várias tomadas por dia;
- Estabeleça os objetivos do tratamento e o tempo;
- Informe e esclareça os idosos e familiares sobre os medicamentos e os possíveis efeitos colaterais;
- Nunca diga ao idoso que deverá tomar um remédio para sempre, pois eles podem considerar essa recomendação para todos os medicamentos prescritos, dificultando muitas vezes a retirada de medicação desnecessária bem como o ajuste posológico;
- Estabeleça contato com outros profissionais que estejam cuidando do idoso, evitando o uso de fármacos semelhantes e interações medicamentosas;

- Acompanhe sempre o tratamento e peça aos familiares que o informem acerca do aparecimento de sintomas;
- Peça ao idoso que traga os medicamentos que está usando – prescritos e não prescritos;
- Pergunte sempre pela medicação para dormir. Medicamentos usados por muito tempo nem sempre são lembrados;
- Altere um medicamento de cada vez. Isso facilitará o entendimento de efeitos colaterais e/ou benefícios de cada um;
- Prescreva o medicamento que você conhece bem, de menor custo, de fácil manuseio e posologia mais cômoda;
- Prescrever para uma pessoa jovem é bem diferente de prescrever para um idoso. Um idoso de 60 anos é bem diferente de um idoso de 95. Um idoso de 95 anos sadio, independente, é bem diferente de um idoso de 60 anos diabético, coronariopata e sequelado de AVC.

Nóbrega; Karnikowski (2005, p. 312) conclui o que é importante em uma prescrição adequada para o idoso: a) considerar o estado clínico geral do paciente; b) minimizar o número de fármacos a serem administrados para evitar interações medicamentosas e maiores possibilidades de reações adversas; c) iniciar o medicamento em pequenas doses e adequar a posologia conforme a resposta; d) evitar ao máximo o uso de medicamentos considerados impróprios pela literatura médica e científica; e) e em situações em que os mesmos não possam ser evitados, usar com cautela e promover o monitoramento constante.

Chaimowicz (2009, p. 73) apresenta boas (e más) práticas de prescrição para idosos. Diante de um sintoma novo, pensar em retirar um medicamento. Às vezes, um medicamento de uso crônico passou a apresentar um efeito adverso, gerando efeitos indesejáveis. Evitar sempre a cascata iatrogênica. Não prescrever um novo fármaco para tratar efeito adverso de outra. Não usar placebos nem medicamentos de eficácia não comprovada. Exemplos comuns na geriatria são codergocrina (Hydergine®), nimodipina (Oxygen®), piracetam (Exit®, Nootropil®), pentoxifilina e Ginko biloba. O tratamento com doses elevadas de vitaminas e antioxidantes (medicina ortomolecular) não tem respaldo científico e é considerado charlatanismo por muitas autoridades médicas.

De acordo com o mesmo autor, medicamentos comercializados como antivertiginosos como cinarizina (Stugeron®) e flunarizina (Vertix®) na realidade são anti-histamínicos. Provocam sedação leve, amenizam sintomas de ansiedade e tonteados. No entanto, não têm nenhuma eficácia comprovada. O seu uso prolongado pode desencadear parkinsonismo.

Em todas as consultas, conferir todos os medicamentos do paciente. Lembrar que muitos deles não consideram como medicamentos os analgésicos, vitaminas, laxativos, cremes, colírios e chás. Não prescrever medicamentos caros e cuidados com associações medicamentosas. Não prescrever medicamentos inadequados para tratar sintomas e facilitar a posologia (CHAIMOWICZ, 2009, p. 73).

Conforme descreve Barbosa (2009, p. 365), existem medidas importantes para o aprimoramento da qualidade da prescrição do paciente idoso como estímulo ao emprego, sempre que possível, de medidas não farmacológicas; acompanhamento, com revisão periódica, do conjunto dos medicamentos e de seus possíveis efeitos adversos e interações; preferência por monoterapias, em vez de associações em doses fixas; prescrição dos fármacos de eficácia comprovada por evidências científicas nesse grupo etário; suspensão do uso de produtos inúteis e sem eficácia comprovada, inclusive dos complexos vitamínicos inapropriados; verificação da compreensão da prescrição e das orientações (devem ser sempre escritas e legíveis); simplificação dos esquemas de administração; e atenção com relação aos custos.

Vieira et al. (2010, p. 1), reafirma a necessidade de uma educação continuada e permanente dos profissionais de saúde para a prescrição racional, para a prevenção de possíveis agravos causados por consumo inadequado de medicamentos no idoso, além de políticas públicas para conter a venda e o uso de medicamentos desnecessários, fazendo cumprir a legislação sanitária vigente.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para entender e prevenir a polifarmácia, além de tratar suas complicações, o profissional de saúde que atende o público geriátrico deve ter o conhecimento que abranja desde as alterações orgânicas próprias do envelhecimento, que irão influenciar nas características farmacocinéticas dos fármacos até a farmacologia das medicações prescritas; suas possíveis interações medicamentosas e efeitos adversos; as dificuldades encontradas pelo idoso em entender as prescrições médicas e em sua tendência ao apego terapêutico; a realidade socioeconômica individual desses pacientes, sendo este um fator muito importante no Brasil.

A automedicação e a polifarmácia encontram-se em franca expansão haja vista a enorme quantidade de medicamentos existentes no mercado farmacêutico e o contínuo surgimento de novos fármacos associados a uma publicidade por meio de comunicação de uma maneira esmagadora, que procura passar a imagem de um medicamento como a solução final de todos os males. Alia-se a isso a facilidade em adquiri-lo, para isso bastando dirigir até um balconista de farmácia, à internet, a pessoas conhecidas ou ao telefone, sem a necessidade de uma receita médica. Porém, não se pode esquecer de que a vulnerabilidade dos idosos aos eventos adversos relacionados aos medicamentos é bastante alta, o que se deve à complexidade dos problemas clínicos, à necessidade de múltiplos medicamentos e às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao envelhecimento (SÁ, 2007).

Além disso, há outros fatores que se associam a isso facilitando a polifarmácia: “Viver sozinho, gênero feminino e ter no mínimo uma consulta médica no último ano são fatores que devem ser sempre considerados por estarem fortemente associados com um maior uso de medicamentos” (FLORES; MENGUE, 2005).

Apesar de os medicamentos serem a estratégia mais eficaz para o tratamento de doenças, podem trazer alguns riscos. O maior uso pela população idosa oferece muitas vezes uma relação risco-benefício desvantajosa e com repercussões negativas quanto ao estado de saúde e à qualidade de vida desse grupo etário. Os medicamentos potencialmente inapropriados e a elevada proporção de medicamentos de uso contínuo são dois dos maiores problemas concernentes à segurança do uso de medicamentos, sendo mais especificamente

considerados fatores de risco para o desenvolvimento de eventos adversos, as interações medicamentosas, as hospitalizações, a qualidade de vida insuficiente e a morte (SILVA et al., 2012).

Neste cenário, o grande desafio dos profissionais da área de saúde no Brasil com a população que vem envelhecendo progressivamente é contribuir para a promoção de melhor qualidade de vida. A educação dos usuários, especialmente com relação à automedicação e, também, principalmente com os medicamentos de venda livre e os fitoterápicos; a orientação com relação à troca, à interrupção, à substituição sem conhecimento dos profissionais da saúde; a observação em relação aos horários de administração; as orientações em relação às associações de medicamentos que não podem ser administrados simultaneamente e àqueles que interagem com alimentos; o monitoramento das reações adversas implicadas em desfechos negativos; são algumas estratégias que podem ajudar a prevenir e minimizar os eventos adversos.

Portanto, existe a necessidade de esforços coletivos dos profissionais de saúde, sendo que programas específicos de atenção ao idoso, como os existentes em algumas Unidades de Atenção à Saúde para a terceira idade, podem funcionar como programas educativos para os cuidadores, para os familiares e para o próprio idoso, para que esses possam utilizar os medicamentos de maneira segura e garantir uma melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, O.P. et al . Fatores preditores e consequências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 3, Sept. 1999.
- ANDRADE, M, A.; SILVA, M. V. S.; FREITAS, O. Assistência Farmacêutica como Estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em Idosos. **Semina**, v.25, n.1, p. 55-63, 2004.
- BALDONI, A. L.; PEREIRA, L. R. O. Impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. **Rev. Ciênc. Farm. Básicas Apl.**, v.3, n.32 , p. 313-21, 2011.
- BARBOSA, M.T. Os idosos e a complexidade do regime terapêutico. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 55, n.4, p.364-365, 2009.
- BEERS, M.H. et al. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. **Arch. Intern. Med.**, 2003.
- BERNARDES, A.C.A.; CHORILLI, M.; OSHIMA, F.Y. Intoxicação medicamentosa no idoso. **Saúde Rev.**, v.7, n.5, p.53-61, 2005.
- BUENO, C.S. et al. Utilização de medicamentos e risco de interações medicamentosas em idosos atendidos pelo Programa de Atenção ao Idoso da Unijuí. **Rev. Cienc. Farm. Básica Apl.**, p.331-338, 2009.
- BUENO, C. S. et al . Perfil de uso de medicamentos por idosos assistidos pelo Programa de Atenção ao Idoso (P.A.I.) da UNIJUÍ. **Rev. Bras. Ger. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.51-61, 2012.
- CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p.725-733, mai-jun. 2003.
- CARVALHO, M. F. C. **A polifármacia em idosos no município de São Paulo – Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento**. 197f. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.

CASCADE, E.A.; FALCHETTI, M, L.; GALATO, D. Perfil da automedicação em idosos participantes de grupos da terceira idade de uma cidade do sul do Brasil. **Arq. Catarin. Med.**, Santa Catarina, v. 37, n. 1, p. 63-69, 2008.

CASSONI, T. C. J. **Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do município de São Paulo – Estudo SABE – Saúde, Bem Estar e Envelhecimento.** 94 f. 2011. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública para Obtenção do Título de Mestre em Ciências. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

CHAIMOWICZ, F. Saúde do Idoso. **NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.** Belo Horizonte: Coopmed. p 172, 2009.

FICK, D.M. et al. Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **Arch. Inter. Med.**, p.2716-25, 2003.

FILHO, A. I. L. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idoso: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p. 545-53, 2005.

FLORES, L. M.; MENGUE, S. S. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. **Rev. Saúde Públ.**, v.39, n.6, p.924-929, 2005.

FLORES, V. B.; BENVENÚ, L.A. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, v. 24, n. 6, p.1439-46, jun. 2008.

FREITAS, E. V. et al. **Manual prático de geriatria.** 1ª ed. Rio de Janeiro. A.C. Farmacêutica, 2012.

GALVÃO, C. O idoso polimedicado – estratégias para melhorar a prescrição. **Rev. Port. Clin. Geral.**, v. 22, n.6, p. 747-52. Nov-Dez. 2006.

GOMES, H. O.; CALDAS, C. P. Uso inapropriado de medicamentos pelo idoso: Polifármacia e seus efeitos. **Rev. HUPE, UERJ**, Ano 7, p.88-99, 2008.

GORZONI, M. L.; FABRRI, R.M. A.; PIRES, S, L. Critérios de Beers-Fick e Medicamentos Genéricos no Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 54, n.4, p. 353-6, 2008.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.** 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Objetiva, 2007.

IBGE: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/piramide/piramide.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/piramide/piramide.shtm)>. Acesso em: 17 fev. 2013.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. de M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil Epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.

LEAPE, T. L.L. et al. Systems analysis of adverse drug events: ADE Prevention Study Group. **JAMA**, v. 274, n. 1, p. 35-43, 1995.

LIMA, G.B. et al. Uso de medicamentos armazenados em domicílio em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família. **Ciênc. & Saúde Coletiva**. v.15, supl.3, p.3517-3522, 2010.

LUCCHETTI, G. et al. Fatores Associados ao uso de psicofármacos em idosos asilados. **Rev. Psiquiatr. RS**, v.32, n.2, p.38-43, 2010.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, p.512, 2012.

MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R.; Principais síndromes geriátricas. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n.1, p. 54-66, 2010.

MOTTA, L. B. Processo do Envelhecimento. In: SALDANHA, A.L. **Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Interciência. p.118-124, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), Estatuto do Idoso/Ministério da Saúde. – 1.ed.; 2ª reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 70 p, 2003.

NASCIMENTO, E. M. **Atenção farmacêutica para o idoso: uma realidade no Programa de Saúde a Família (PSF)**. Publicado em: 21/05/2009.

NETO, J. A. C. et al . Uso de medicamentos por idosos de Juiz de Fora: um olhar sobre a polifármacia. **Rev. HU.**, Juiz de Fora, v.37, n.3, jul/set, p.305-313,2011.

NOBRE, F.; SERRANO JR, C. V. S. **Tratado de cardiologia SOCESP**, 1ª ed. São Paulo. Ed. Manole, p.1850, 2005.

NOBREGA, O. T.; KARNIKOWSKI, M. O. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p.309-313, abr. 2005.

- OLIVEIRA, C.A.P. et al. Caracterização dos medicamentos prescritos aos idosos na Estratégia Saúde da Família. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.25, p.1007-1016, maio. 2009.
- OLIVEIRA, L. O. B. A.; MENEZES, R. M. P. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia Saúde da Família. **Texto e Contexto Enferm.** Florianópolis, v.20, n.2, p.301-309, Abr-Jun. 2011.
- PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. São Paulo, 2000. 252p. **Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo, 252p. 2000.**
- PIZZOL, T. S. D. et al. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, p.104-114, 2012.
- RAMOS, J. A. de S. Cuidados Preventivos: Medidas Gerais de Manutenção da saúde. In: SALDANHA, A. L. **Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Interciência. p.199-203. 2004.
- RIBEIRO, A. Q. et al. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. **Rev. Saúde Públ.**, Belo Horizonte, v. 42, n. 4, p. 724-32, 2008.
- ROCHON, P.A. Drug prescribing for older adults. 2011. Up tp date.
- ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.717-724, 2002.
- SÁ, M. B.; Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro – PE, **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 10, n. 1, p. 75-85, 2007.
- SANTOS, M.; ALMEIDA, A. POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO. **Rev. Enferm. Referência**. III Série, n.2, p. 149-72, dez, 2010.
- SECHINATO, M. S. Bioética e Envelhecimento. In: SILVA, J. V. **Saúde do idoso e a enfermagem: processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos**. São Paulo, Iatria. 2009.
- SECOLI, S. R. Polifármacia: Interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.63, n.1, p. 136-40, jan-fev. 2010.

- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Atenção à saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, Saúde do idoso - Atenção 2. p. 186. 2007.
- SILVA, J. A.; CALDAS, C. P. Aspectos Políticos do Envelhecimento. In: SALDANHA, A. L. **Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Interciência. p.22-26, 2004.
- SILVA, A. C. Processo Natural do Envelhecimento. In: SILVA, J. V. **Saúde do Idoso e a Enfermagem: Processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos**. 1º. ed. São Paulo, Iatria. 2009.
- SILVA, B. G. de O. et al. Uso de medicamentos contínuos e fatores associados em idosos de Quixadá, Ceará. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.15 n.2, Jun, p.386-395, 2012.
- SILVA, R.; SCHMIDT, O. F.; SILVA, S. Polifarmácia em geriatria. **Rev. da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n.2, p. 164-174, abr-jun. 2012.
- SOUSA, S. et al. Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. **Rev. Port. Clín. Geral**, Lisboa, v. 27, n. 2, p 176-82, mar. 2011.
- SZLEIF, C. et al. Fatores relacionados com a ocorrência de iatrogenia em idosos internados em enfermaria geriátrica: estudo prospectivo. **Einstein**, São Paulo, v.6, n.3, p.337-342, 2008.
- VERAS, R. A era dos idosos: Desafios Contemporâneos. In: SALDANHA, A.L. **Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Interciência. p.3-10, 2004.
- VIEIRA, T. S.V, et al. Automedicação e polifarmácia do idoso. **FIEP Bulletin On-line**, v. 80, n. 2, 2010.
- WILLIAMS, C.M. Uniformed Services University of the Health Sciences. **Am. Fam. Physician**, v. 66, n.10, p. 1917-1925, Nov. 2002.