



Uma revisão integrativa sobre o uso de medicamentos por idosos na atenção primária à saúde*

An integrative review of drug utilization by the elderly in primary health care

Una revisión integradora sobre el uso de fármacos por ancianos en la atención primaria de salud

Luciane Paula Batista Araújo de Oliveira¹, Sílvia Maria Azevedo dos Santos²

Como citar este artigo:

Oliveira LPBA, Santos SMA. An integrative review of drug utilization by the elderly in primary health care. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(1):163-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100021>

* Extraído da tese "A pessoa idosa controlando sua situação de saúde/doença com o uso de medicamentos", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Santa Cruz, RN, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To identify knowledge produced about drug utilization by the elderly in the primary health care context from 2006 to 2014. **Method:** An integrative review of the PubMed, LILACS, BDENF, and SCOPUS databases, including qualitative research papers in Portuguese, English, and Spanish. It excluded papers with insufficient information regarding the methodological description. **Results:** Search found 633 papers that, after being subjected to the inclusion and exclusion criteria, made up a corpus of 76 publications, mostly in English and produced in the United States, England, and Brazil. Results were pooled in eight thematic categories showing the current trend of drug use in the elderly, notably the use of psychotropics, polypharmacy, the prevention of adverse events, and adoption of technologies to facilitate drug management by the elderly. Studies point out the risks posed to the elderly as a consequence of changes in metabolism and simultaneous use of several drugs. **Conclusion:** There is strong concern about improving communications between professionals and the elderly in order to promote an exchange of information about therapy, and in this way prevent major health complications in this population.

DESCRIPTORS

Drug Utilization; Aged; Primary Health Care; Geriatric Nursing; Review.

Autor correspondente:

Luciane Paula Batista Araújo de Oliveira
Rua Vila Trairi, s/n – Centro
CEP 59220-000 – Santa Cruz, RN, Brasil
lucianepoliveira@yahoo.com.br

Recebido: 19/06/2015
Aprovado: 10/11/2015

INTRODUÇÃO

Com o processo de envelhecimento, várias mudanças podem afetar a metabolização dos medicamentos, o que desperta muitas preocupações, especialmente quanto ao modo como os idosos vivenciam o uso diário de medicamentos e se considerarmos as complicações que essa prática pode acarretar à saúde dos mesmos.

É necessário ter em mente que envelhecer não é um processo homogêneo e, assim, cada organismo apresenta variações farmacocinéticas individuais, o que inclui absorção, distribuição, metabolismo e excreção das drogas⁽¹⁾.

O uso de medicamentos constitui-se em uma verdadeira epidemia entre idosos, o que pode estar associado a diversos fatores, tais como: o aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) nesse segmento da população; a alta medicalização da saúde observada nos últimos anos e impulsionada pelo poder da indústria farmacêutica; o estímulo à prescrição de medicamentos observado na formação e na prática dos profissionais da área da saúde; entre outros⁽²⁾.

Vale ressaltar que o uso frequente de medicamentos entre idosos pode ser visto não somente como uma tentativa de tratar comorbidades, mas, sobretudo, como uma forma de amenizar situações comuns do envelhecimento⁽³⁾.

O uso de diversos fármacos, combinado ou não com outras formas complementares de tratamento à saúde, configura-se como prática comum entre idosos que, muitas vezes, tem sido descrita na literatura como um problema da atualidade devido às inúmeras intercorrências advindas de reações adversas e sua repercussão nos custos para o sistema de saúde. Outros estudos identificaram a prática da polifarmácia e a frequência de doses diárias de medicamentos como um agente estressor para pessoas com diabetes mellitus tipo 2⁽⁴⁾.

Diante desse panorama, consideramos importante fomentar a discussão sobre como tem acontecido o uso de medicamentos em idosos na atenção primária à saúde e, para tanto, propomos uma revisão integrativa norteada pela seguinte questão: *Qual o estado da arte, na literatura científica, entre os anos de 2006 e 2014, sobre o uso de medicamentos por idosos no contexto da atenção primária à saúde?*

Por estar inserida em um estudo qualitativo baseado em princípios da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), a presente revisão enfoca as produções científicas de natureza qualitativa e tem como objetivo identificar o conhecimento produzido sobre o uso de medicamentos por idosos no contexto da atenção primária à saúde, entre os anos de 2006 e 2014.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura, nos moldes da revisão integrativa⁽⁵⁾, com produções que utilizaram abordagem qualitativa em estudos na temática do envelhecimento e uso de medicamentos na atenção primária à saúde.

As bases de dados consultadas foram: PubMed/Medline (National Library of Medicine and National Institutes of Health); LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); BDEFN (Base de Dados de Enfermagem); SCOPUS.

Os descritores utilizados – todos presentes no DeCS e MESH – foram: uso de medicamentos (Drug utilization, utilizado plural e singular, grafia com “s” e “z”); medicamentos (Medications); Estratégia de Saúde da Família (Family health Strategies e os sinônimos “Family health”, “family health Program”); Atenção Primária à Saúde (Primary health care e os sinônimos: “primary care”, “primary health”); Envelhecimento (Aged e os sinônimos: “Aged, 80 and over”, “elderly”, “older”); Pesquisa qualitativa (Qualitative research, bem como “qualitative study”, “qualitative studies”, “qualitative analysis”, “qualitative methods”).

Para composição do *corpus*, os artigos tiveram que obedecer aos seguintes critérios:

- **Crítérios de inclusão:** artigos de pesquisas completos e revisões, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, publicados em periódicos científicos no período de 2006 a 2014. A justificativa para esse recorte tem como base o ano de publicação de um documento da Organização Mundial de Saúde sobre o uso seguro de medicamentos em serviços de saúde pública⁽⁶⁾. Também se optou por resgatar apenas os artigos de natureza qualitativa, considerando o método adotado na pesquisa da qual esta revisão é parte e fornecendo uma visão sobre o que tem sido estudado acerca do uso de medicamentos em idosos sob o prisma da referida abordagem.
- **Crítérios de exclusão:** editoriais, resenhas, relatos de experiências e reflexões teóricas, dissertações, teses e monografias; resumos publicados em anais de eventos. Foram excluídos artigos repetidos, sendo mantida apenas a primeira versão identificada, bem como aqueles que não possuísem relação direta com o tema. Também foram excluídos os artigos cuja descrição metodológica trazia informações insuficientes para o leitor entender o processo de pesquisa, de modo que foram mantidos apenas os que apresentavam, no mínimo: o tipo de estudo, a abordagem, população, técnicas e instrumentos de coleta de dados.

ESTRATÉGIAS DE BUSCA

PUBMED/MEDLINE

(“drug utilization” [MeSH Terms] OR “drug utilization” [All Fields] OR “drug utilisation” [All Fields] OR “medication” [All Fields] OR “medications” [All Fields]) AND (“family health” [MeSH Terms] OR “family health” [All Fields] OR “family health Strategies” [All Fields] OR “family health Strategy” [All Fields] OR “family health Program” [All Fields] OR “primary health care” [MeSH Terms] OR “primary health care” [All Fields] OR “primary care” [All Fields] OR “primary health” [All Fields]) AND (“aged” [MeSH Terms] OR “Aged, 80 and over” [Mesh] OR “elderly” [All Fields] OR “older” [All Fields]) AND (“qualitative research” [MeSH Terms] OR (“qualitative” [All Fields] AND “research” [All Fields]) OR “qualitative research” [All Fields] OR (“qualitative” [All Fields] AND “study” [All Fields]) OR “qualitative study” [All Fields] OR (“qualitative” [All Fields] AND “studies” [All Fields]) OR “qualitative studies” [All Fields] OR (“qualitative”

[All Fields] AND “analysis” [All Fields] OR “qualitative analysis” [All Fields] OR (“qualitative” [All Fields] AND “methods” [All Fields]) OR “qualitative methods” [All Fields] OR (“qualitative” [All Fields] AND “method” [All Fields]) OR “qualitative method” [All Fields]) AND (“2006/01/01”[PDAT]: “2014/12/31” [PDAT]) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])

LILACS (VIA BVS)

(“Uso de Medicamentos” OR “Utilización de Medicamentos” OR “Drug Utilization” OR medicamento\$ OR medication\$ OR drug\$) AND (ESF OR (Estratégia AND Saúde AND Família\$) OR (Programa AND Saúde AND Família\$) OR PSF OR “Saúde da Família” OR “Atenção Primária” OR “Atenção básica” OR “cuidados primários” OR “Estrategia de Salud de la Familia” OR ESF OR “Programa de Salud de la Familia” OR “Salud de la Familia” OR “Atención Primaria” OR “Atención básica” OR “family health” OR “primary care” OR “primary health”) AND (Idoso\$ OR envelhecimento OR velhice OR anciano OR Aged OR elderly OR older)

BDEnf (VIA BVS)

(“Uso de Medicamentos” OR “Utilización de Medicamentos” OR “Drug Utilization” OR medicamento\$ OR medication\$ OR drug\$) AND (ESF OR (Estratégia AND Saúde AND Família\$) OR (Programa AND Saúde AND Família\$) OR PSF OR “Saúde da Família” OR “Atenção Primária” OR “Atenção básica” OR “cuidados primários” OR “Estrategia de Salud de la Familia” OR ESF OR “Programa de Salud de la Familia” OR “Salud de la Familia” OR “Atención Primaria” OR “Atención basica” OR “family health” OR “primary care” OR “primary health”) AND (Idoso\$ OR envelhecimento OR velhice OR anciano OR Aged OR elderly OR older)

SCOPUS (VIA PERIÓDICOS CAPES)

(“drug utilization” OR “drug utilisation” OR “medication” OR “medications”) AND (“family health” OR “family health Strategies” OR “family health Strategy” OR “family health Program” OR “primary health care” OR “primary care” OR “primary health”) AND (“aged” OR “Aged, 80 and over” OR “elderly” OR “older”) AND (“qualitative research” OR “qualitative study” OR “qualitative studies” OR “qualitative analysis” OR “qualitative methods” OR “qualitative method”)

RESULTADOS

As estratégias de busca apresentam pequenas diferenças entre si dadas as peculiaridades de cada base de dados. No LILACS e BDEnf, não foi possível inserir na estratégia de busca os termos referentes à pesquisa qualitativa e nem o recorte temporal, portanto esses critérios foram aplicados posteriormente. Desse modo, dos 315 artigos identificados inicialmente no LILACS com a estratégia mencionada, ao receber os limites “pesquisa qualitativa” e seus sinônimos, além do recorte temporal, restaram 260 artigos que teriam seus resumos analisados. A mesma redução houve na BDEnf, visto que os 27 artigos identificados com a estratégia de busca, após aplicação dos limites, foram reduzidos para 24 artigos. Já na SCOPUS, foi possível realizar a busca usando os termos “pesquisa, estudo e/ou método qualitativo”, mas apenas posteriormente puderam ser aplicados os filtros de idioma e de tempo (01/01/2006 a 31/12/2014). A aplicação desses filtros, nesta base, não representou grande impacto no número de artigos, tendo em vista ter diminuído de 182 para 181 artigos a terem seus resumos avaliados. A Pubmed/Medline foi a única das bases consultadas a permitir que todos os limites desejados fossem aplicados no momento da estratégia de busca.

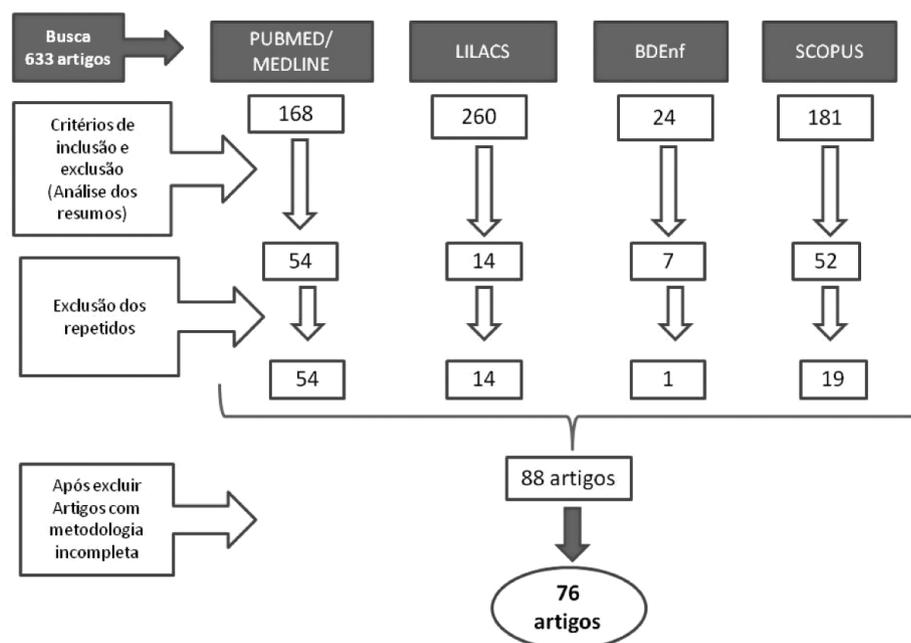


Figura 1 – Número de artigos identificados nas bases de dados, conforme descritores e limites estabelecidos, e *corpus* selecionado para revisão integrativa – Santa Cruz, RN, Brasil, 2015.

Na medida em que era realizada a leitura dos 76 artigos selecionados, suas principais informações foram organizadas em um quadro sinóptico contendo: identificação autor/ano; título do artigo; objetivo; metodologia utilizada; principais resultados; observações da pesquisadora e/ou trechos significativos destacados no artigo. Esta forma de organizar os dados proporcionou uma melhor visualização das informações coletadas de modo que nos ajudou a categorizar os artigos de acordo com o objeto de estudo de cada um.

Dentre os 76 artigos selecionados para compor o *corpus* desta revisão, a maior parte foi publicada no ano de 2011 (16 artigos), tendo um decréscimo nos anos seguintes: 2013 com 15 e 2012 com 14 artigos. No ano de 2010 foram identificados oito artigos, e em 2006, 2008, 2009 e 2014, foram publicados cinco artigos em cada ano. O ano com menor número de publicações nesta temática foi o de 2007, com três artigos identificados.

O principal idioma de divulgação foi a língua inglesa (60 artigos), seguido dos divulgados em português (14) e espanhol (dois). A predominância das publicações em inglês não necessariamente representa que todos esses artigos foram produzidos em países que têm esse idioma, mas apenas que a adoção do inglês como principal língua de divulgação tem sido exigida por periódicos dos mais diversos países, inclusive no Brasil. A maior parte dos artigos identificados foi oriunda de estudos desenvolvidos nos EUA (27 artigos), Brasil (16), Inglaterra (10), Austrália (seis), Nova Zelândia (dois), Bélgica, Alemanha, Malásia, Holanda (dois artigos cada), Cuba, Dinamarca, Irlanda, Suécia, Espanha, Suíça e Singapura (um artigo cada).

Na análise do *corpus* também foi dada atenção ao percurso metodológico adotado nos artigos, no entanto nos deparamos com uma dificuldade: muitos artigos não detalhavam importantes aspectos metodológicos, o que nos deixou com dúvidas sobre o modo como os pesquisadores procederam para alcançar resultados tão importantes em suas pesquisas. Respeitando nossas estratégias de busca, todos os artigos selecionados foram de natureza qualitativa – alguns eram recortes de pesquisa com métodos mistos –, porém os que deixaram de mencionar aspectos essenciais na metodologia foram excluídos. Por esse motivo, os 76 artigos que compõem o *corpus* analisado traziam informações quanto ao tipo de estudo, abordagem, população, técnicas e instrumentos de coleta de dados. Sobre as técnicas de coleta, destaca-se a entrevista do tipo semiestruturada (utilizada em 36 dessas produções) e quanto aos procedimentos de análise de dados, 29 mencionaram a adoção da análise de conteúdo, oito usaram a análise comparativa, 14 citaram outros tipos de análise.

Os artigos que mencionavam usar mais de uma técnica de coleta de dados, em geral, fizeram combinações de entrevista com observação⁽⁷⁻¹¹⁾, entrevista e grupo focal⁽¹²⁻¹⁶⁾, e dois artigos associaram entrevista, observação, análise documental e grupo focal⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Um achado interessante foi o fato de 31 artigos mencionarem o uso de *softwares* para auxiliar no tratamento e análise de dados. Destes, o mais citado foi o NVivo^(7,9,12,15,19-27), seguido do Atlas ti⁽²⁸⁻³³⁾, Maxqda^(10,34), SPSS^(9,31), QSR 6⁽³⁵⁻³⁶⁾, Excel⁽³⁷⁻³⁸⁾ (dois artigos

cada um desses), PASW18⁽³⁹⁾, KQualitan 5.0⁽⁴⁰⁾ e Alceste⁽⁴¹⁾ (um artigo cada).

As 76 produções analisadas foram publicadas em 56 periódicos de circulação internacional, sendo o mais frequente o *BMC Family Practice*, onde se encontravam sete destes artigos, seguido do *British Journal of General Practice* e o *Journal of General Internal Medicine* (quatro artigos em cada). Nesse aspecto, um dado relevante é o fato de que cinco periódicos faziam parte de um mesmo sistema, o *BioMed Central* (BMC), um portal de ciência, tecnologia e medicina que reúne 276 revistas de acesso aberto, sendo propriedade da Springer Science e Business Media.

Os dados organizados no quadro sinóptico – em conjunto com as recorrentes leituras dos artigos na íntegra – foram analisados conforme o referencial adotado para revisão integrativa, o que permitiu visualizar os dados, fazer comparações e identificar padrões de temas⁽⁵⁾, levando a uma classificação destes artigos em oito categorias temáticas. A discussão das categorias fundamenta-se nos conteúdos dos artigos selecionados que estruturam cada uma destas.

DISCUSSÃO

O uso diário de medicamentos é hoje para o idoso uma realidade com a qual ele precisa lidar por tratar-se de um importante meio de cuidar da saúde, encontrada corriqueiramente pelos profissionais em seu trabalho cotidiano. Diante disso, para atender esta população faz-se necessário estar atualizado, contando com a literatura como importante fonte para responder a questionamentos da prática profissional em saúde. A realização desta revisão permitiu identificar diferentes olhares dos pesquisadores sobre o objeto de estudo ora discutido – o uso de medicamentos em idosos. Assim, indo além dos aspectos metodológicos dos artigos revisados, buscou-se também identificar o escopo dos objetos de estudo para, em seguida, classificá-los em categorias temáticas que intencionam retratar o estado da arte deste assunto, agrupando os achados de acordo com suas proximidades.

Esses estudos apontavam tanto questões emergentes como a segurança no uso de medicamentos, a adoção de práticas integrativas e complementares, o auxílio de tecnologias para manejo do tratamento medicamentoso – como temas já amplamente discutidos – uso de psicotrópicos, adesão ao tratamento, atitudes e autocuidado nas doenças crônicas e o papel da rede de apoio nesse ínterim. Nos casos de publicações sobre temas já conhecidos na literatura, os pesquisadores ressaltam os avanços e fatores limitantes dos estudos, o que parece ser uma exigência dos periódicos internacionais na atualidade. O conteúdo desses estudos será apresentado a seguir por meio de oito categorias delimitadas mediante leitura e análise minuciosa.

SEGURANÇA NO USO DE MEDICAMENTOS: EVITANDO ERROS E MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS (PIM)

O envelhecimento causa mudanças na absorção, distribuição, biotransformação e eliminação das drogas. Os idosos tendem a ter redução dos níveis de albumina, o que os torna

mais susceptíveis aos efeitos agudos da polifarmácia quando várias drogas dependentes do transporte por proteína são prescritas juntas. Deve-se ter cuidado, por exemplo, com o uso da warfarina e o risco de hemorragia, e também com os benzodiazepínicos, uma vez que o idoso é mais sensível às drogas que atuam no Sistema Nervoso Central (SNC)⁽⁴²⁾.

O uso de Ácido Acetil Salicílico (AAS), por exemplo, é uma prática comum na prevenção de doenças cardiovasculares, no entanto, seu uso envolve o risco de sangramento e de sintomas gástricos, como dor, refluxo e azia⁽⁴³⁾. A ingestão de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) também pode causar desconfortos semelhantes. Estudo realizado com idosos australianos que utilizavam AINEs no tratamento da osteoartrite mostrou que esses estavam cientes dos danos gerados pelos medicamentos, os quais muitas vezes eram descritos como “venenos” ou produtos viciantes. Essas pessoas tinham um entendimento limitado sobre os efeitos adversos e os controlavam limitando a frequência e a dose dos anti-inflamatórios. Muitos idosos transferiam para o médico a responsabilidade de avaliar qualquer risco do uso de AINEs, pois confiavam no seu conhecimento para tomar decisões no tratamento⁽⁴⁴⁾.

No controle e prevenção de doenças cardiovasculares, existem profissionais que ponderam o uso dos medicamentos de acordo com a raça do paciente. Médicos americanos afirmaram que existe diferença nos efeitos dos inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (inibidores da ECA) de acordo com a raça, e que por isso o seu uso não deve ser a primeira escolha para tratar hipertensão em pessoas negras. Entretanto, outros entrevistados reconheceram o potencial efeito renoprotetor proporcionado por esses medicamentos e manifestaram apreensão de que pacientes negros podem não estar se beneficiando desses efeitos positivos⁽⁴⁵⁾.

Três artigos destacaram erros comuns que afetam a segurança no uso de medicamentos em idosos, entre os quais está o esquecimento quanto ao horário da dose⁽⁴⁶⁾ e falhas na comunicação profissional-usuário^(23,47). Em alguns casos, os pacientes sentiram que não eram levados a sério durante as consultas e que os profissionais acabavam não esclarecendo dúvidas sobre os efeitos adversos das drogas. Existem ainda os mal-entendidos quanto às informações escritas na prescrição médica que aparecem em dois extremos: aquelas instruções vagas, que não explicam adequadamente o intervalo entre doses, e aquelas muito complexas, que usam uma linguagem de difícil compreensão para os participantes^(23,47).

Um fenômeno que pode afetar o uso seguro de medicamentos é a polifarmácia, a qual pode ser definida como o uso de três ou mais drogas ou de uma quantidade de medicamentos maior do que a indicada. Muitos casos de polifarmácia se devem à falta de uma revisão regular do regime terapêutico por parte dos profissionais de saúde e, ainda, à rigorosa obediência aos *guidelines*, que muitas vezes levam à prescrição de inúmeros medicamentos⁽⁴⁸⁾. A polifarmácia predispõe os idosos ao risco de receber prescrições com medicamentos potencialmente inadequados (PIMs), ou seja, aqueles em que os danos reais ou potenciais da terapia superam os benefícios. Entre os fatores que podem minimizar o uso dos PIMs estão a experiência, a habilidade

técnica, o diálogo com os pacientes, o estímulo às revisões dos tratamentos e uma atitude favorável a não prescrição. A identificação, suspensão ou redução da dose de medicamentos inadequados deve ser prioridade na segurança dos pacientes⁽⁴⁹⁾.

Nos casos de polifarmácia, uma alternativa para simplificar o tratamento, reduzir erros e economizar tempo seria a adoção das *polypills*, pílulas contendo uma combinação dos medicamentos em uso pelo paciente. Todavia ainda existem algumas preocupações quanto à segurança e eficácia, bem como quanto à inflexibilidade da dosagem de cada um componentes da *polypill*⁽²¹⁾.

Estudo realizado no Rio Grande do Sul descreveu iniciativas de um programa de Atenção Farmacêutica Domiciliar que se mostrou eficaz na resolução dos problemas apresentados pelos usuários. Foram identificados 13 Resultados Negativos Associados aos Medicamentos (RNM), todos resolvidos em menos de um mês, assim como também foram resolvidos todos os problemas com armarzenamento dos medicamentos. Nesses programas as ações são realizadas por equipe interdisciplinar e visam avaliar se as queixas são decorrentes de adocimento ou apenas reações adversas. Na hipótese de reações adversas, a prescrição é modificada e o usuário é acompanhado para que sejam observados os desfechos⁽⁵⁰⁾.

Outro problema que afeta a segurança no uso de medicamentos é a dependência ou uso abusivo de benzodiazepínicos (BZD). Muitos idosos usuários crônicos passaram a confiar e a depender psicologicamente dos BZD e suas propriedades calmantes, chegando a negar ou minimizar o relato de efeitos colaterais para evitar que o medicamento fosse suspenso^(12,24).

Parte dos problemas de saúde em idosos, poderia ser melhor tratada com mudanças no estilo de vida, já que muitas vezes as intervenções farmacológicas carecem de uma justificativa sólida. Embora a atenção primária seja um local para prevenção, muitas vezes o que se faz é a prevenção através dos fármacos, por isso se deve ter o cuidado com prescrições indevidas para evitar as complicações advindas da polifarmácia, o que poderia melhorar a qualidade de vida da população idosa⁽⁵¹⁾.

O USO DE FERRAMENTAS/TECNOLOGIAS PARA MANEJO DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Recentemente, as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) têm sido usadas, entre outras aplicações, para reduzir as discrepâncias entre os medicamentos listados no prontuário e aqueles que os pacientes relatam usar, configurando-se como uma forma de reduzir discrepâncias e ajudar a evitar eventos adversos⁽⁷⁾.

Pesquisadores têm desenvolvido e aplicado ferramentas que possam ser úteis e fáceis de manusear, tanto pelos usuários como pelos profissionais. Nesse sentido, diversos instrumentos foram desenvolvidos para identificar prescrições indevidas e evitar danos à saúde das pessoas, especialmente quando idosas e, conseqüentemente, mais vulneráveis a desfechos adversos. Uma importante ferramenta seria o STOPP & START (*Screening Tool of Older*

Person's Prescriptions e Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment), criada em 2008 e que tem sido mais utilizada na Europa. Consiste em duas listas de critérios que abordam os excessos ou prescrições indevidas de medicamentos potencialmente inapropriados (PIMs), e que também permite detectar o risco de subprescrição^(17,19).

Entre as iniciativas realizadas por profissionais ao identificarem casos de PIM, estão: parar o medicamento, diminuir a dose, acrescentar outro medicamento ou mudar para um tratamento alternativo⁽¹⁹⁾.

Uma importante ferramenta que torna mais seguro o uso de medicamentos é o Med-STEP, um sistema *online* para controle da pressão arterial e autotitulação de pessoas hipertensas e diabéticas atendidas em um serviço de atenção primária. Os participantes do estudo que desenvolveu a ferramenta conseguiram reduzir os valores pressóricos durante o acompanhamento pela equipe de pesquisa e a avaliaram positivamente⁽¹⁵⁾.

Uma forma de melhorar a segurança no uso de medicamentos consiste nos alertas de prescrição que podem ser adotados em serviços que possuem o sistema de prontuário eletrônico. Pesquisadores de Indianápolis, EUA, desenvolveram um sistema que enviava alertas no formato de *pop-ups* no momento em que os médicos preenchiam as prescrições dos pacientes. À época da publicação da pesquisa, a ferramenta possuía apenas duas mensagens padronizadas: um alerta quando o paciente tinha mais de 65 anos e outro quando o paciente tinha um *clearance* de creatinina menor que 50. Os médicos que participaram da pesquisa consideraram a interface do sistema inadequada e sugeriram que o sistema relacionasse automaticamente alterações nos exames laboratoriais com os medicamentos prescritos⁽¹⁰⁾.

Também têm sido desenvolvidos sistemas de alerta voltados para os usuários, como um que enviava mensagens por telefone aos pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), informando sobre o horário das doses dos medicamentos, como também informações sobre condições climáticas, que contribuía para uma menor exposição dos usuários aos riscos⁽⁵²⁾. Outra proposta para simplificação do monitoramento do regime terapêutico pelo próprio usuário, identificada com a presente revisão, foi o uso de cartões multidroga perfurados (*multidrug punch card*), uma estratégia capaz de promover uma boa visualização dos medicamentos e de ajudar a lembrar das doses, além de ser uma forma higiênica de guardar os comprimidos⁽³⁴⁾.

Existem também medidas simples que podem ajudar especialmente os idosos a gerenciar o uso de medicamentos em seu dia a dia, tais como: colocar os frascos sempre na mesma ordem em que são utilizados; usar alarmes de telefone para avisar os horários; e ter sempre alguns comprimidos na bolsa, para não deixar de usar o medicamento⁽³¹⁾. O uso de etiquetas adesivas nos frascos contendo símbolos que remetam ao horário ou à função do medicamento, por exemplo, são mecanismos úteis para consumidores idosos, especialmente os que têm dificuldades para ler e/ou compreender as instruções nos rótulos⁽⁵³⁾.

Qualquer que seja a estratégia utilizada é preciso ter em mente que essas tecnologias precisam ser construídas não

somente com base na opinião de *experts* e/ou na literatura, mas necessitam considerar a opinião daqueles que irão lançar mão dessas ferramentas para gerenciar a própria terapia medicamentosa diariamente⁽³⁰⁾.

O USO DE PSICOTRÓPICOS

Atualmente, ansiedade e depressão são desordens comuns de serem encontradas entre usuários da atenção primária, onde se fazem necessários recursos humanos qualificados para intervir nesses casos e, entre outras coisas, ajudar na adesão à terapia medicamentosa. Embora existam várias formas de tratar as pessoas com transtornos mentais que podem ajudar no tratamento para a depressão, este ainda está focado na terapia medicamentosa⁽³⁹⁾. Estudo realizado em três serviços da atenção primária na Inglaterra mostrou que o início do tratamento com antidepressivos geralmente se dá quando os pacientes já esgotaram todas as outras possibilidades ou chegaram ao *fundo do poço*. Nessa realidade, os mais idosos e as mulheres asiáticas se mostraram mais dispostos a seguir a prescrição, afirmando que, na ânsia pelo alívio dos sintomas, fariam qualquer coisa que o médico mandasse⁽⁵⁴⁾.

Para aqueles que utilizam antidepressivos, algumas estratégias para não esquecer as doses têm se mostrado válidas para alguns idosos americanos: colocar o medicamento ao lado da cabeceira da cama quando o uso for antes de dormir; e utilizar caixas organizadoras separadas por dias da semana, para não esquecer nenhuma dose⁽⁵⁵⁾.

Todavia, ainda se faz presente o estigma quanto ao uso de antidepressivos, pois são vistos por alguns como substâncias ilícitas, não naturais e que geram dependência se usados por longos períodos. Todo esse receio constitui-se em uma importante barreira à adesão ao tratamento, o que pode ser agravado em alguns idosos que se mostram pessimistas quanto às chances de cura à medida que envelhecem^(35,56).

ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A adesão à terapia medicamentosa não deve ser vista como algo sem significado, pois resulta das experiências subjetivas de pessoas que vivem com determinados diagnósticos e tratamentos. O medo do tratamento, a falta de informação agravada pela relutância de tirar dúvidas com o médico são fatores que dificultam a adesão terapêutica⁽⁵⁷⁾. A ausência de sintomas, a normalização da pressão arterial em hipertensos e a distância do domicílio ao serviço de saúde também apareceram como causas para o abandono do tratamento⁽⁵⁸⁾.

Persistir em um tratamento envolve motivação pessoal e capacidade de realizar o autocuidado, além de habilidades para avaliar os riscos do uso do medicamento e a busca por informações⁽³⁶⁾. No contexto domiciliar, o tratamento sofre influência das crenças do paciente, dos hábitos de vida e das características da droga⁽⁵⁹⁾.

Os pacientes costumam se sentir apoiados quando o profissional e a família oferecem suporte, no entanto, não está comprovado que isso aumente a adesão. Ter uma rotina que inclua a tomada do remédio é um fator que parece ajudar na adesão⁽³⁶⁾. Entretanto, em alguns casos a família pode se posicionar como uma barreira ao tratamento

medicamento. Exemplo disto foi encontrado em estudo realizado na Malásia com diabéticos insulino-dependentes, onde alguns familiares diziam não concordar com o uso da insulina, por ser visto como um remédio de idosos, que causa disfunção sexual ou cujo uso é ilegal para os muçulmanos, apenas para citar algumas más interpretações⁽⁶⁰⁾.

Além da insulina, foi observado outro estigma: o uso de opioides. Nesse caso, as barreiras aparecem tanto na forma da resistência da família, pelo medo da dependência e pelos custos da aquisição, como por parte dos profissionais, pois afirmam que a avaliação da dor é algo subjetivo e que não necessariamente requer a prescrição dessa classe medicamentosa⁽²²⁾.

Pensar que os profissionais de saúde, em algumas situações, podem criar barreiras que dificultem a adesão terapêutica é algo intrigante e que foi alvo de discussão em alguns artigos identificados. Uma relação de confiança entre profissional e usuário, o uso de escrita legível nas prescrições e a abertura de espaço para esclarecer dúvidas quanto ao tratamento foram mencionados como aspectos importantes a serem adotados para lidar com o estresse de ter múltiplas comorbidades e aderir ao tratamento⁽¹¹⁾.

Em algumas realidades, existe uma verdadeira *peregrinação* na busca pelo medicamento, e, quando não disponível, os usuários seguem dois caminhos: a maioria prefere comprá-lo, mesmo que isso represente uma despesa extra para a família, ou buscar a via judicial para o fornecimento de medicamentos presentes nas listas oficiais públicas⁽¹¹⁾. Na presente revisão apenas um artigo tratava do fenômeno da judicialização da saúde, o qual remetia a uma pesquisa desenvolvida no sul do Brasil e que apontou as dificuldades de aquisição de alguns medicamentos⁽¹¹⁾. Tem-se conhecimento de que a via judicial tem sido procurada em outros países da América do Sul como forma de acesso aos medicamentos, porém não é possível afirmar a abrangência desse fenômeno – nacional ou mundial – tendo em vista o fato de só ter sido encontrado apenas um estudo, brasileiro, num *corpus* que engloba produções oriundas de 16 países diferentes.

A despeito das muitas dificuldades impostas pelo serviço de saúde, pelos profissionais, pelos próprios usuários e sua família, há que se buscar transpor essas barreiras, procurando estratégias capazes de solucionar ou minimizar os problemas elencados pelos estudos citados.

Além dos profissionais da equipe básica, o farmacêutico também deve se envolver no acompanhamento da saúde das pessoas na comunidade, no sentido de monitorar o seguimento dos usuários e de fornecer informações. Os serviços de saúde também podem usar estratégias simples, porém importantes, como a distribuição de caixas organizadoras para que o usuário organize seus medicamentos de acordo com doses e horários, o que pode ser uma ferramenta útil na adesão, especialmente para idosos com múltiplos medicamentos⁽¹⁴⁾.

O USO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Ao todo foram identificados cinco artigos que abordavam o uso de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) ou de Medicina Alternativa e Complementar

(CAM), para citar os termos usados pelo Ministério da Saúde do Brasil e pela OMS, respectivamente.

Alguns autores ressaltam que, por serem tratamentos naturais, o uso das terapias alternativas oferecem menos riscos à saúde se comparado ao dos medicamentos industrializados, embora relatem que tais tratamentos não são isentos de possíveis reações adversas⁽²⁶⁾. Estudo realizado nos EUA apontou que os tipos de CAM mais usados pelas participantes foram as ervas (em pó, chás ou extratos), os suplementos nutricionais, os alimentos ricos em soja, meditação, acupuntura, massagem e Reiki. As participantes desse estudo, todas as mulheres na menopausa, explicaram que a CAM era mais segura e menos danosa que a terapia hormonal, e justificavam a validade dessas terapias alegando que as mulheres de outras gerações se tratavam apenas com coisas naturais⁽²⁶⁾.

Para um grupo de homens idosos da Região Centro-Oeste do Brasil, as plantas eram diferentes dos *remédios do posto*, pois demoravam mais para fazer efeito, e só serviam como auxílio no tratamento prescrito pelo médico. Essas plantas eram vistas como um recurso complementar e só assumiam um protagonismo no tratamento de morbidades menores, como os chás para gripe. Foram mencionadas 34 plantas medicinais, sendo as mais citadas o guaco e a erva cidreira, as quais serviriam para tratamento da gripe e como calmante, respectivamente, segundo a opinião dos entrevistados. Os significados atribuídos a essas plantas foram adquiridos dos seus ascendentes e do conhecimento popular, reforçando a ideia de que os mais idosos são os guardiões da fitoterapia⁽⁶¹⁾.

Na realidade brasileira, pesquisadores que investigaram a experiência de usuários da atenção primária e secundária sobre o uso da acupuntura, encontraram que os principais motivos para buscá-la foram: a não resolução do seu problema usando tratamentos convencionais; apresentaram queixas de efeitos ruins de medicamentos usados por longos períodos e, assim, a acupuntura seria uma alternativa; receberam encaminhamento médico para acupuntura; desejavam fazer acupuntura devido a queixas de dor. Nessa pesquisa, o ambiente da atenção primária à saúde pareceu favorecer o uso da acupuntura e de outras modalidades da Medicina Tradicional Chinesa (MTC)⁽⁶²⁾.

Esse achado pode ser reforçado pelos resultados de uma pesquisa⁽³⁷⁾, em que os profissionais defenderam a importância do uso de terapias alternativas e complementares na atenção básica com base nas seguintes justificativas: diminuição do custo financeiro para o SUS; menos efeitos colaterais em relação a outras práticas; seria uma alternativa ao uso abusivo de ansiolíticos e à medicalização excessiva presentes na realidade dos serviços de saúde. Alguns profissionais mostraram receio e diziam não orientar a fitoterapia devido à falta de conhecimento técnico, por medo de o paciente abandonar a terapia medicamentosa e agravar o estado de saúde ou simplesmente devido ao tempo curto de atendimento.

AS ATITUDES DO SUJEITO SOBRE O MEDICAMENTO

Considerando que, atualmente, existe a tendência de um número crescente de indivíduos idosos com doenças

crônicas, há também uma grande presença de medicamentos de uso contínuo nessa população.

Algumas pessoas acreditam que, à medida que a doença avança, restam poucas opções e por isso preferem deixar a tomada de decisão quanto ao tratamento a cargo do médico e não buscam mais informações. Suas atitudes podem representar a preocupação ou ausência desta, quanto ao tratamento medicamentoso sob três formas: aqueles que não sabem para que serve e/ou quais os efeitos colaterais do medicamento; pessoas que sabiam os nomes e os principais efeitos colaterais, e que contavam com os médicos para fornecer informações detalhadas; os que entendiam seu diagnóstico e que estavam comprometidos em descobrir sempre algo mais⁽⁶³⁾.

Entre homens idosos do Mato Grosso do Sul, foi identificado que os medicamentos mais usados por eles foram captopril, hidroclorotiazida, enalapril, losartana, digoxina, sinvastatina, carvedilol, atenolol e clortalidona. Observa-se que, nesse caso, há uma predominância de medicamentos de uso diário e permanente para tratamento da hipertensão, outras doenças cardiovasculares e controle da hipercolesterolemia⁽⁶⁴⁾.

Os participantes de outro estudo não interpretavam o alto colesterol como uma doença, já que não existem sintomas percebidos, e afirmaram só tratá-lo com medicamentos porque existe um número que comprova a alteração nos exames laboratoriais⁽¹³⁾. Nesses casos o uso de medicamentos configura-se como uma prática integrada à vida diária desses idosos e essa incorporação segue o modelo da racionalidade médica ocidental. O fato de a vida girar em torno dos medicamentos pode levar a restrições nas atividades sociais e pessoais, especialmente para aqueles que ingerem inúmeras drogas por dia, sejam elas com caráter preventivo, voltadas para um tratamento específico ou sintomáticos^(13,64-65).

Pesquisa realizada na Inglaterra com pessoas com dor crônica (média de 62 anos de idade) mostrou que os medicamentos sintomáticos podem ser vistos de três maneiras: como um milagre por diminuir a dor; o medicamento só é usado como último recurso; o medicamento proporciona um alívio temporário. As pessoas se mostraram dispostas a fazer qualquer coisa que as ajudasse a melhorar, no entanto, buscavam primeiro entender a causa da dor, para tratá-la de modo mais específico e não apenas com os sintomáticos⁽²⁰⁾.

As mulheres foram alvo de uma importante pesquisa sobre o tratamento da osteoporose, na qual os fatores que mais influenciaram a visão acerca do uso de medicamentos dizem respeito à efetividade e segurança da droga, à percepção de necessidade do medicamento e à sua interação com o médico. As idosas parecem nem sempre expressar suas preocupações e dúvidas quanto ao tratamento, o que reforça a importância de o profissional orientá-las quanto ao seu diagnóstico, tratamento e suas implicações⁽⁶⁶⁾.

Uma questão presente na realidade do cuidado ao idoso no Brasil diz respeito à oferta e distribuição de medicamentos na atenção primária, visto que em muitos casos esse é o único recurso disponível para o tratamento das múltiplas morbidades. Entre os medicamentos distribuídos estão os genéricos que, em algumas situações, são vistos pelos idosos como um remédio fraco, falso e de qualidade inferior

ao *remédio de marca*. Por outro lado, existem sentimentos positivos de credibilidade e confiança, além destes serem valorizados por ter um preço acessível⁽⁴¹⁾.

O AUTOCUIDADO NAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNTs)

As pessoas com doenças crônicas podem apresentar uma forte dependência dos medicamentos, o que desafia a manutenção do seu bem-estar, além de envolver custos e acarretar efeitos adversos. Estudo recente mostrou que as pessoas com hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia tomavam em média 4,8 medicamentos por dia, um consumo que é impulsionado não apenas pelas necessidades de saúde individuais, mas também pela forte influência do *marketing* da indústria farmacêutica⁽⁹⁾.

Aqueles que fazem uso da polifarmácia têm maiores chances de passar por dificuldades econômicas e, conseqüentemente, sua capacidade para empenhar-se ativamente na autogestão de sua condição crônica e na redução de comportamentos de risco fica prejudicada. Mesmo os que se beneficiam com algum auxílio do governo no tratamento também sentem dificuldades econômicas, pois os benefícios costumam ser insuficientes para cobrir os custos das despesas com saúde e adotar hábitos saudáveis⁽⁶⁷⁾.

No cuidado das condições crônicas, os idosos parecem hierarquizar os medicamentos, priorizando os que tratam doenças mais graves e requerem mais cuidados em sua utilização em detrimento daqueles que consideram aliviar sintomas *menores*. Esse e outros comportamentos dos idosos hipertensos são estratégias que eles encontram para lidar com múltiplas morbidades e drogas em sua rotina diária⁽⁶⁸⁾.

Tratar uma ou mais condições crônicas implica uma sobrecarga para a vida do idoso. No caso de pessoas com doenças cardiovasculares, por exemplo, essa carga inclui a necessidade de desenvolver um entendimento sobre o tratamento, o autocuidado e a interação com familiares, profissionais e cuidadores para organizar o cuidado, o comparecimento às consultas, a polifarmácia e a adoção de mudanças no estilo de vida⁽⁶⁹⁾.

Em algumas situações, idosos comprometidos com dieta e exercícios podem apresentar um baixo nível de adesão ao uso de medicamentos. Essa pouca adesão ao tratamento medicamentoso das doenças crônicas possivelmente se deve à natureza dual das drogas enfatizada por eles: os remédios atenuam os sintomas e melhoram a qualidade de vida, porém levam a reações adversas e ao surgimento de novos sintomas⁽⁷⁰⁾.

Uma importante estratégia que pode ser adotada por aqueles que realizam o autocuidado e buscam o controle de doenças crônicas, como a hipertensão, é a automonitoração. Na presente revisão foram identificados três artigos que recomendavam essa prática, pois leva o sujeito a se envolver mais no próprio cuidado e entender melhor a doença. O fato de fazer as medições da pressão arterial em casa favoreceu a relação dos usuários com os profissionais, pois eles passaram a discutir os valores verificados durante as consultas^(16,71-72).

De modo geral, ao serem diagnosticadas com alguma doença crônica, as pessoas passam a desenvolver novos

comportamentos para gerenciar sua saúde, que incluem tomar o medicamento corretamente e adotar hábitos saudáveis para cuidar da saúde⁽⁷³⁾. No entanto, a ideia de conviver com uma condição que será permanente, algumas vezes, pode não ser aceita de forma tão simples quanto a literatura descreve. O engajamento do sujeito no autocuidado requer o apoio de familiares e de profissionais de saúde que atuem de forma interdisciplinar.

A literatura confirma um quadro encontrado comumente da prática profissional: os idosos com múltiplas morbidades usam múltiplos medicamentos. Um dos motivos para essa polifarmácia está na duplicação de prescrições quando, por exemplo, existe uma assistência desarticulada entre os profissionais que cuidam do idoso. Nesse sentido, idosos americanos que tratavam dor crônica sugeriram que, se os profissionais se comunicassem e observassem as anotações uns dos outros nos prontuários, muitas prescrições duplicadas seriam evitadas e muitos problemas poderiam ser resolvidos buscando estratégias não farmacológicas⁽⁷⁴⁾.

O PAPEL DA REDE DE APOIO NO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Pesquisadores de Maringá, Paraná, identificaram que a rede de apoio ao hipertenso possui pelo menos três vertentes: a rede formal; a rede familiar; e as redes sociais comunitárias. A rede de apoio formal, representada pelos profissionais da saúde, exerce um importante papel no auxílio ao hipertenso quando surge algum sintoma ou nos momentos de esclarecer dúvidas. Entretanto, dentre todas as profissões, somente o médico foi referido como profissional procurado para sanar dúvidas, e os participantes justificaram essa escolha pelo fato de ele ser o responsável pelo diagnóstico e prescrição de medicamentos⁽⁷⁵⁾.

Pelo menos outros sete artigos enfatizavam a soberania do papel do médico no tratamento medicamentoso^(27-28,33,76-79). Isso pode ser reforçado pelo fato de muitas pessoas seguirem uma terapia medicamentosa sem discutir ou questionar as prescrições por confiarem absolutamente em seu médico⁽²⁵⁾.

Em algumas realidades, ainda persiste uma relação de dominação entre médicos e idosos, caracterizada pelo pouco diálogo, pela linguagem científica pouco compreendida pelos pacientes ou mesmo pela grafia ilegível, fatores que levam ao distanciamento e a interações verticalizadas. Todavia, existem aqueles que se dizem respeitados e valorizados, o que favoreceu a comunicação, melhorando o entendimento sobre as doenças e reduzindo os riscos relacionados ao uso de medicamentos⁽⁸⁰⁾. Aliás, a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes parece ser uma temática que merece ser mais trabalhada na assistência, posto que foi uma habilidade referida como ineficiente em outro estudo⁽⁸¹⁾.

Orientações insuficientes no momento da alta hospitalar, por exemplo, podem gerar interpretações equivocadas e erros no uso de medicamentos quando o paciente retorna ao seu domicílio após um período de hospitalização. As pessoas costumam apresentar diferentes necessidades de informações sobre os medicamentos, mas em geral relatam

que o ideal seria receber as orientações de alta não apenas verbalmente, como também por escrito⁽⁴⁰⁾.

Além do fornecimento de orientações, outras questões comuns na prática dos médicos ao prescreverem medicamentos são a não adesão, o receio sobre os efeitos adversos, interações medicamentosas e custos do tratamento, além do pouco entendimento dos pacientes sobre seu regime terapêutico. Um aspecto intrigante foi que esses participantes elogiaram um serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (MTM, sigla em inglês) coordenado por farmacêuticos, mas afirmaram que o médico seria o profissional mais recomendado para tal função, por conhecer melhor os pacientes e ter mais conhecimento clínico. Esses médicos questionaram de que forma eles seriam recompensados pelo tempo gasto nessa atividade ao coordenar o cuidado dos pacientes assistidos⁽²⁸⁾.

O papel e as atitudes de outros profissionais da equipe da saúde sobre o uso de medicamentos também têm sido objeto de estudo em diversos países. O farmacêutico, por exemplo, é mencionado como alguém capacitado para dar orientações sobre o uso racional de medicamentos, advertir sobre os efeitos colaterais, e ainda capaz de mediar a relação médico-paciente^(29,38). Por outro lado, outros autores⁽¹⁸⁾ encontraram que a atitude natural do farmacêutico afeta negativamente o cuidado, visto que este não costuma considerar as questões individuais do paciente. Esses autores sugerem que os farmacêuticos devem reconhecer, perguntar e refletir mais em sua prática diária, uma vez que os pacientes desejam ser escutados e que suas experiências sejam analisadas individualmente.

Os enfermeiros também foram alvo de pesquisas que avaliaram de forma positiva seu envolvimento com consultas e prescrições medicamentosas, sendo mencionado que as consultas de enfermagem são feitas sem pressa, prezando pela continuidade da atenção e incluem orientações claras e embasadas cientificamente⁽³²⁾.

Estudos ressaltaram também o importante papel da família no cuidado domiciliar ao idoso ou portador de doença crônica, pois os familiares precisam conhecer os efeitos, modo de uso e outros aspectos do regime terapêutico da pessoa cuidada^(25,82). Entre as estratégias realizadas pelos familiares estão a busca pela redução dos custos do tratamento medicamentoso e a adoção de práticas naturais, da religiosidade e da afetividade como elementos do cuidado⁽⁸⁾.

CONCLUSÃO

Os resultados alcançados nesta revisão nos mostram que o uso de medicamentos configura-se como uma temática vasta que pode ser estudada a partir de diversas perspectivas e com diferentes métodos. Aqui optamos por estudar esse tema no contexto da atenção primária e suas repercussões no cuidado ao idoso, tendo em vista que muitas vezes a terapia medicamentosa ocupa um eixo central em torno do qual circulam os diversos aspectos da saúde daquele que envelhece.

À medida que envelhecemos, surgem modificações no organismo que podem alterar a ação de determinadas drogas e, assim, aumentar ou reduzir seus efeitos. Desse modo,

para melhorar a segurança no uso de medicamentos, os estudos analisados apontam algumas recomendações aos profissionais de saúde, as quais podem ser sintetizadas da seguinte forma: revisar a lista de fármacos e remédios caseiros de cada idoso, considerando os dados em prontuário e as informações fornecidas por eles durante os atendimentos; considerar as peculiaridades do envelhecimento ao recomendar um tratamento; melhorar a comunicação e tornar as relações terapêuticas mais horizontais; orientar sobre o tratamento e estimular a busca por informações; pesquisar e adotar na assistência o uso de dispositivos/tecnologias que facilitem a identificação das drogas e auxiliem os idosos a lembrar dos horários e das doses.

A adoção dessas práticas pode gerar bons resultados na assistência à saúde na medida em que, por exemplo, ao

melhorarmos a comunicação profissional-usuário, podemos abrir espaço para a troca de informações, para esclarecer dúvidas sobre o tratamento, identificar queixas de efeitos adversos e, assim, criar uma relação de confiança mútua e fortalecer o vínculo com a população. Ao possuir mais informações sobre a finalidade do tratamento e os riscos de segui-lo ou não, as pessoas podem se tornar mais aptas ao autocuidado, aderirem mais aos tratamentos e estarem menos expostas às complicações decorrentes do uso de medicamentos aquém ou além de suas necessidades de saúde. Desse modo, seriam evitados inúmeros casos de iatrogenia e hospitalização entre idosos, reduzindo custos para o sistema de saúde e para a própria família, para que o tempo de vida das pessoas seja destinado não apenas a tratar doenças, mas a viver com qualidade.

RESUMO

Objetivo: Identificar o conhecimento produzido sobre o uso de medicamentos por idosos no contexto da atenção primária à saúde, entre os anos de 2006 e 2014. **Método:** Revisão integrativa realizada nas bases de dados PubMed, LILACS, BDNF e SCOPUS, incluindo artigos de pesquisa qualitativa em português, inglês e espanhol. Foram excluídos aqueles cuja descrição metodológica trazia informações insuficientes. **Resultados:** As buscas levaram a 633 artigos que, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, formou-se um *corpus* de 76 produções, em sua maioria publicadas em língua inglesa e produzida nos EUA, Inglaterra e Brasil. Os resultados foram distribuídos em oito categorias temáticas e apontaram uma tendência do que tem sido o uso de medicamentos em idosos, destacando-se o uso de psicotrópicos, a polifarmácia, a prevenção de eventos adversos e adoção de tecnologias que facilitem o manejo dos medicamentos por parte do idoso. Os estudos apontam os riscos aos quais os idosos estão expostos devido às mudanças na metabolização e ao uso concomitante de vários medicamentos. **Conclusão:** Há uma forte preocupação com a melhora da comunicação entre profissionais e idosos no sentido de troca de informações sobre a terapia a fim de evitar maiores complicações à saúde dessa população.

DESCRITORES

Uso de Medicamentos; Idoso; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem Geriátrica; Revisão.

RESUMEN

Objetivo: Identificar el conocimiento producido sobre el uso de fármacos por ancianos en el marco de la atención primaria de salud, entre los años 2006 y 2014. **Método:** Revisión integradora llevada a cabo en las bases de datos PubMed, LILACS, BDNF y SCOPUS, incluyendo artículos de investigación cualitativa en portugués, inglés y español. Fueron excluidos aquellos cuya descripción metodológica traía informaciones insuficientes. **Resultados:** Las búsquedas llevaron a 633 artículos que, luego de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, conformaron un *corpus* de 76 producciones, en su mayoría publicadas en lengua inglesa y producida en los EE.UU. y Brasil. Los resultados fueron distribuidos en ocho categorías temáticas y señalaron una tendencia de lo que está siendo el uso de fármacos en ancianos, destacándose el uso de psicotrópicos, la polifarmacia, la prevención de eventos adversos y la adopción de tecnologías que faciliten el manejo de los fármacos por parte del anciano. Los estudios señalan los riesgos a los que los ancianos están expuestos debido a los cambios en la metabolización y el uso concomitante de varios fármacos. **Conclusión:** Existe una fuerte preocupación por la mejora de la comunicación entre profesionales y ancianos con respecto al intercambio de informaciones acerca de la terapia a fin de evitar complicaciones a la salud de dicha población.

DESCRIPTORES

Utilización de Medicamentos; Anciano; Atención Primaria de Salud; Enfermería Geriátrica; Revisión.

REFERÊNCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Módulo 6. Evaluación farmacológica del adulto mayor. Nueva York: OMS; 2002.
2. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. Rev Bras Enferm. 2010;63(1):136-40.
3. Farias RG, Santos SMA. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. Texto Contexto Enferm. 2012;21(1):167-76.
4. Nascimento AB, Corrêa EC, Grossi SAA, Lottenberg SA. The relationship between polypharmacy, chronic complications and depression in individuals with Type 2 Diabetes Mellitus. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(1):39-45.
5. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. 2005;52(5):546-33.

6. World Health Organization. The safety of medicines in public health programmes: pharmacovigilance an essential tool [Internet]. Geneva:WHO; 2006. Available from: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/Pharmacovigilance_B.pdf
7. Heyworth L, Clark J, Marcello TB, Paquin AM, Stewart M, Archambeault C, et al. Aligning medication reconciliation and secure messaging: qualitative study of primary care providers' perspectives. *J Med Internet Res*. 2013;15(12):e264.
8. Carreira L, Rodrigues RAP. Estratégias da família utilizadas no cuidado ao idoso com condição crônica. *Ciênc Cuid Saúde*. 2006;5 Supl:119-26.
9. Hunt LM. The changing face of chronic illness management in primary care: a qualitative study of underlying influences and unintended outcomes. *Ann Fam Med*. 2012;10(5):452-60.
10. Russ AL. Prescribers' interactions with medication alerts at the point of prescribing: a multi-method, in situ investigation of the human-computer interaction. *Int J Med Inform*. 2012;81(4):232-43.
11. Guerin GD, Rossoni E, Bueno D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(11):3003-10.
12. Payne M, Gething M, Moore AA, Reid MC. Primary care providers' perspectives on psychoactive medication disorders in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2011;9(3):164-72.
13. Kirkegaard P, Edwards A, Risør MB, Thomsen JL. Risk of cardiovascular disease? A qualitative study of risk interpretation among patients with high cholesterol. *BMC Fam Pract*. 2013;14:137.
14. DuPasquier S, Aslani P. Concordance-based adherence support service delivery: consumer perspectives. *Pharma World Sci*. 2008;30(1):846-53.
15. Grant RW, Pandiscio JC, Pajolek H, Woulfe A, Pelletier A, Kvedar J, et al. Implementation of a web-based tool for patient medication self-management: the Medication Self-titration Evaluation Programme (Med-STEP) for blood pressure control. *Inform Prim Care*. 2012;20(1):57-67.
16. Abdullah A, Othman S. The influence of self-owned home blood pressure monitoring (HBPM) on primary care patients with hypertension : a qualitative study. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2011 [cited 2015 May 16];12:143. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3271963/>
17. Dalleur O, Feron J, Spinewine A. Views of general practitioners on the use of STOPP & START in primary care: a qualitative study. *Acta Clin Belg*. 2014;69(4):251-61.
18. Oliveira DR, Shoemaker SJ. Achieving patient centeredness in pharmacy practice: openness and the pharmacist's natural attitude. *J Am Pharm Assoc*. 2006;46(1):56-66.
19. Clyne B, Bradley MC, Hughes CM, Clear D, McDonnell R, Williams D, et al. Addressing potentially inappropriate prescribing in older patients : development and pilot study of an intervention in primary care (the OPTI-SCRIPT study). *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2013 [cited 2015 May 16];13:307. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3751793/>
20. Dima A, Lewith GT, Little P, Moss-Morris R, Foster NE, Bishop FL. Identifying patients' beliefs about treatments for chronic low back pain in primary care: a focus group study. *Br J Gen Pract*. 2013;63(612):e490-8.
21. Bryant L, Martini N, Chan J, Chang L, Marmoush A, Robinson B, et al. Could the polypill improve adherence? The patient perspective. *J Prim Heal Care*. 2013;5(1):28-36.
22. Spitz A, Moore AA, Papaleontiou M, Granieri E, Turner BJ, Reid MC. Primary care providers' perspective on prescribing opioids to older adults with chronic non-cancer pain : qualitative study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2011 [cited 2015 May 16];11:35-44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3212901/>
23. Wolf MS, Davis TC, Shrank W, Rapp DN, Bass PF, Connor UM, et al. To err is human: patient misinterpretations of prescription drug label instructions. *Patient Educ Couns*. 2007;67(3):293-300.
24. Cook JM, Biyanova T, Masci C, Coyne JC. Older patient perspectives on long-term anxiolytic benzodiazepine use and discontinuation : a qualitative study. *J Gen Intern Med*. 2007;22(8):1094-100.
25. While C, Duane F, Beanland C, Koch S. Medication management : the perspectives of people with dementia and family carers. *Dementia*. 2012;12(6):734-50.
26. Hill-Sakurai LE, Muller J, Thom DH. Complementary and alternative medicine for menopause : a qualitative analysis of women's decision making. *J Gen Intern Med*. 2008;23(5):619-22.
27. Franz CE, Barker JC, Kravitz RL, Flores Y, Krishnan S, Hinton L. Nonmedical influences on the use of cholinesterase inhibitors in dementia care. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2007;21(3):241-8.
28. Mcgrath SH, Snyder ME, Dueñas GG, Pringle JL, Smith RB, McGivney MS. Physician perceptions of pharmacist-provided medication therapy management: qualitative analysis. *J Am Pharm Assoc*. 2010;50(1):67-71.
29. Tarn DM, Paterniti DA, Wenger NS, Williams BR, Chewning BA. Older patient, physician and pharmacist perspectives about community pharmacists' roles. *Int J Pharm Pract*. 2012;20(5):285-93.
30. Lauffenburger JC, Vu MB, Burkhardt JJ, Weinberger M, Roth MT. Design of a medication management program for medicare beneficiaries: qualitative findings from patients and physicians. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2012;10(2):129-38.
31. Finnell DS, Osborne FH, Gerard VK. Development of the patient-centered recovery resource system for veterans on long-term mental health medications. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011;25(4):235-44.
32. Stenner KL, Courtenay M, Carey N. Consultations between nurse prescribers and patients with diabetes in primary care: a qualitative study of patient views. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(1):37-46.
33. Tarn DM, Paterniti DA, Williams BR, Cipri CS, Wenger NS. Which providers should communicate which critical information about a new medication? Patient, pharmacist and physician perspectives. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(3):462-9.

34. Boeni F, Hersberger KE, Arnet I. Multidrug punch cards in primary care: a mixed methods study on patients' preferences and impact on adherence. *Front Pharmacol*. 2014;5:220.
35. Givens JL, Datto CJ, Ruckdeschel K, Knott K, Zubritsky C, Oslin DW, et al. Older patients' aversion to antidepressants. *Gen Intern Med*. 2006;21(2):146-51.
36. Borgsteede SD, Westerman MJ, Hugtenburg JG. Factors related to high and low levels of drug adherence according to patients with type 2 diabetes. *Int J Clin Pharm*. 2011; 33(5):779-87.
37. Fontenele RP, Maria D, Sousa P, Oliveira FDA. Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(8):2385-94.
38. Costa EM, Rocha A, Rabelo DM, Lima JG. Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2014;35(1):81-8.
39. Kitchen KA, Mckibbin CL, Wykes TL, Lee AA, Carrico CP, Mcconnell KA. Depression treatment among rural older adults: preferences and factors influencing future service use. *Clin Gerontol [Internet]*. 2013 [cited 2015 May 16];36(3). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3881270/>
40. Borgsteede SD. Information needs about medication according to patients discharged from a general hospital. *Patient Educ Couns*. 2011;83(1):22-8.
41. Nóbrega SB, Costa SMC, Peixoto TR, Silva LM, Queiroga ASG, Silva AO. Sentidos atribuídos aos medicamentos genéricos por idosos. *J Res Fundam Care Online [Internet]*. 2011 [citado 2015 maio 22]; Supl.: 37-44. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1937/pdf_523
42. Baldoni ADO, Chequer FMD, Ferraz ERA, Oliveira DP, Pereira LRL, Dorta DJ. Elderly and drugs: risks and necessity of rational use. *Braz J Pharm Sci*. 2010;46(4):617-32.
43. Margolis MK. Upper gastrointestinal symptoms experienced by users of low-dose aspirin (Acetylsalicylic Acid) 75325mg/day for primary and secondary coronary artery disease prevention: perspectives from patient focus groups. *Patient*. 2009;2(2):85-93.
44. Milder TY. Use of NSAIDs for osteoarthritis amongst older-aged primary care patients: engagement with information and perceptions of risk. *Age Ageing*. 2011;40(2):254-9.
45. Frank D, Gallagher TH, Sellers SL, Cooper LA, Price EG, Odunlami AO, et al. Primary care physicians' attitudes regarding race-based therapies. *J Gen Intern Med*. 2010;5(2):384-9.
46. Buetow S, Mcom JH, Student RCM, Sullivan DO. Distinguishing objective from subjective assessments of the severity of medication-related safety events among people with Parkinson's disease: a qualitative study. *J Clin Pharm Ther*. 2012; 37(4):436-40.
47. Burgess C, Cowie L, Gulliford M. Patients' perceptions of error in long-term illness care: qualitative study. *J Heal Serv Res Policy*. 2012;17(3):181-7.
48. Anthierens S, Tansens A, Petrovic M, Christiaens T. Qualitative insights into general practitioners views on polypharmacy. *BMC Fam Pract*. 2010;11:65.
49. Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults : a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open*. 2014;4(12):e006544.
50. Cardoso CK, Malheiros RT, Torres OM, Pinto M, Silveira T. Home pharmaceutical care: case studies of users of the integrated practice program in public health. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2013;34(2):263-8.
51. García Orihuela M. La evidencia científica y la intervención farmacológica preventiva en geriatría scientific evidence and preventive pharmacological intervention in geriatrics. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2012;28(4):747-55.
52. Cooper R, O'Hara R. Patients' and staffs' experiences of an automated telephone weather forecasting service. *J Health Serv Res Policy*. 2010;15 Suppl 2:41-6.
53. Cardarelli R, Mann C, Fulda KG, Balyakina E, Espinoza A, Lurie S. Improving accuracy of medication identification in an older population using a medication bottle color symbol label system. *BMC Fam Pract [Internet]*. 2011 [cited 2015 May 22];12:142. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3282670/>
54. Schofield P, Crosland A, Waheed W, Aseem S, Gask L, Wallace A, et al. Patients' views of antidepressants: from first experiences to becoming expert. *Br J Gen Pract*. 2011;61(585):142-8.
55. Fortney JC, Pyne JM, Edlund MJ, Stecker T, Mittal D, Robinson DE, et al. Reasons for antidepressant nonadherence among veterans treated in primary care clinics. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(6):827-34.
56. Izquierdo A, Sarkisian C, Ryan G, Wells B, Miranda J. Older depressed Latinos' experiences with primary care visits for personal, emotional and/or mental health problems: a qualitative analysis. *Ethn Dis*. 2014;24(1):84-91.
57. Marx G, Witte N, Himmel W, Kuhnel S, Simmenroth-nayda A, Koschack J. Accepting the unacceptable: medication adherence and different types of action patterns among patients with high blood pressure. *Patient Educ Couns*. 2011;85:468-74.
58. Duarte MTC, Cyrino AP, Cerqueira ATAR, Nemes MIB, Iyda M. Reasons for medical follow-up dropout among patients with arterial hypertension: the patient's perspective. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2603-10.
59. Escamilla Fresnadillo JA, Cañaster Niño O, Benito López S, Ruiz Gil E, Burrull Gimeno MB, Sáenz Moya N. Motivos de incumplimiento terapéutico en pacientes mayores polimedicados. *Aten Primaria*. 2008;40(2):81-5.
60. Lee YK, Lee PY, Ng CJ. A qualitative study on healthcare professionals' perceived barriers to insulin initiation in a multi-ethnic population. *BMC Fam Pract*. 2012;13: 28.
61. Lima SCS, Arruda GO, Renovato RD, Alvarenga MRM. Representations and uses of medicinal plants in elderly men. *Rev Latino Am Enferm*. 2012;20(4):778-86.

62. Silva EDC, Tesser CD. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des) medicalização social. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(11):2186-96.
63. Field K, Ziebland S, Mcpherson A, Lehman R. "Can I come off the tablets now?" A qualitative analysis of heart failure patients' understanding of their medication. *Fam Pract*. 2006;23(6):624-30.
64. Arruda GO, Lima SCS, Renovato RD. The use of medications by elderly men with polypharmacy: representations and practices. *Rev Latino Am Enferm*. 2013;21(6):1337-44.
65. Krska J, Morecroft CW, Poole H, Rowe PH. Issues potentially affecting quality of life arising from long-term medicines use: a qualitative study. *Int J Clin Pharm*. 2013;35(6):1161-9.
66. Mazor K, Velten S, Andrade S, Yood R. Older women's views about prescription osteoporosis medication: a cross-sectional, qualitative study. *Drugs Aging*. 2010;27(12):999-1008.
67. Jeon Y, Essue B, Jan S, Wells R, Whitworth JA. Economic hardship associated with managing chronic illness: a qualitative inquiry. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:182.
68. Renovato RD, Bagnato MHS. Hypertensive elderly people in primary health care: discourses and identities. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(3):423-31.
69. Gallacher K, May CR, Montori VM. Understanding patients' experiences of treatment burden in chronic heart failure using normalization process theory. *Ann Fam Med*. 2011;9(3):235-43.
70. Löffler C, Kaduszkiewicz H, Stolzenbach C, Streich W, Fuchs A, van den Bussche H, et al. Coping with multimorbidity in old age: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2012;13:45.
71. Jones MI, Greenfield SM, Bray EP, Hobbs FDR, Holder R, Little P, et al. Patient self-monitoring of blood pressure and self-titration of medication in primary care: the TASMINGH2 trial qualitative study of health professionals' experiences. *Br J Gen Pract*. 2013;63(611):e378-85.
72. Jones MI, Greenfield SM, Bray EP, Baral-grant S, Hobbs FDR, Holder R, et al. Patients' experiences of self-monitoring blood pressure and self-titration of medication: the TASMINGH2 trial qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2012;62(595):e135-42.
73. Audulv Å. The over time development of chronic illness self-management patterns : a longitudinal qualitative study. *BMC Public Health*. 2013;13:452.
74. Lyons KJ, Salsbury SA, Hondras MA, Jones ME, Andresen AA, Goertz CM. Perspectives of older adults on co-management of low back pain by doctors of chiropractic and family medicine physicians: a focus group study. *BMC Complement Altern Med*. 2013;13:225.
75. Faquinello P, Marcon SS. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. *Rev Bras Enferm*. 2012;64(5):849-56.
76. Fried TR, Tinetti ME, Iannone L. Primary care clinicians' experiences with treatment decisionmaking for older persons with multiple conditions. *Arch Intern Med*. 2011;171(1):75-80.
77. Tam DM, Paterniti DA, Kravitz RL, Fein S, Wenger NS. How do physicians conduct medication reviews? *J Gen Intern Med*. 2009;24(12):1296-302.
78. Howes F, Hansen E, Williams D, Nelson M. Barriers to diagnosing and managing hypertension: a qualitative study in Australian general practice. *Aust Fam Physician*. 2010;39(7):511-6.
79. Tan NC, Tay IH, Ngoh A, Tan M. Factors influencing family physicians' drug prescribing behaviour in asthma management in primary care. *Singapore Med J*. 2009; 50(3):312-9.
80. Lyra Júnior DP, Marques TC, Miasso AI, Cassiani SHB. Compreendendo os significados das interações entre profissionais de saúde e idosos usuários de medicamentos. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2008 [citado 2015 maio 22];10(3):591-9. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a05.pdf
81. Bokhour BG, Berlowitz DR, Long JA, Kressin NR. How do providers assess antihypertensive medication adherence in medical. *J Gen Intern Med*. 2006;21(6):577-83.
82. Zanetti ML, Biagg MV, Santos MA, Péres DS, Teixeira CRS. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(2):186-92.