








Quais condições se associam à polifarmácia em uma população geriátrica?

Which diseases are associated with polypharmacy in a geriatric population?

Ingrid Maria de Oliveira Leite¹ 
Gustavo Guerreiro Gondim Barbosa¹ 
Lívia Ramos Farias Leite¹ 
Khálife Wenzel Lima Silva¹ 
Diego Bonfada¹ 

Resumo

Objetivo: Investigar a prevalência de polifarmácia e os seus fatores associados no espaço da Atenção Primária à Saúde em Caicó (RN, Brasil). **Método:** Trata-se de um estudo de prevalência de abordagem quantitativa com amostra final de 295 pessoas idosas. **Resultados:** A prevalência de polifarmácia foi de 22%. A maioria dos participantes tinha entre 60 e 79 anos (76%), cor parda (50,5%), era casada (43,1%), ensino fundamental incompleto (60,3%) e renda entre um e três salários-mínimos (74,2%). Os fármacos mais utilizados foram os bloqueadores dos receptores de angiotensina (26,1%), as estatinas (20,3%) e os diuréticos tiazídicos (19,3%). O modelo de regressão logística multivariada mostrou que a polifarmácia se associa com diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, transtorno de ansiedade generalizada, gastrite, insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana e idade acima de 80 anos. **Conclusão:** A polifarmácia é uma condição de alta prevalência, fortemente associada ao aumento da idade, do tipo e do número de comorbidades. A problemática aponta para a necessidade de fortalecer ações e políticas de promoção da saúde, educação profissional permanente, fortalecimento do trabalho em equipe e prestação de cuidado longitudinal e em rede, em vista do risco iatrogênico do uso de muitos medicamentos por parte dos idosos.

Palavras-chave:

Polimedicação. Idoso.
Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Objective: To investigate the prevalence of polypharmacy and its associated factors in the Primary Care setting of Caicó city (Rio Grande do Norte state, Brazil). **Method:** A quantitative prevalence study of 295 older adults was conducted. **Results:** The prevalence of polypharmacy was 22%. Participants were predominantly aged 60-79 years (76%),

Key words: Polypharmacy.
Aged. Primary Care.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola Multicampi de Ciências Médicas (UFRN/EMCM). Caicó, RN, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Este estudo foi parcialmente financiado pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC). Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ). Nº do processo: PVV17864-2020. Bolsa de Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CONSEPE/UFRN).

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Ingrid Maria de Oliveira Leite
ingridm.leite@gmail.com

Recebido: 24/10/2023
Aprovado: 11/04/2024

brown (50.5%), married (43.1%), educated to primary (incomplete) level (60.3%) and had an income of 1-3 minimum wages (74.2%). The most used medications were angiotensin-receptor blockers (26.1%), statins (20.3%) and thiazide diuretics (19.3%). The multivariate logistic regression model showed that polypharmacy was associated with *diabetes mellitus*, systemic arterial hypertension, generalized anxiety disorder, gastritis, heart failure, coronary artery disease and age >80 years. *Conclusion:* Polypharmacy prevalence was high and strongly associated with advanced age and number and type of comorbidity. These results highlight the need for greater health promotion actions and policies, continuous professional education, enhanced team work and longitudinal systemic care provision to address the iatrogenic risk of use of multiple medications by older adults.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural, complexo, dinâmico, progressivo e contínuo que envolve uma série de mudanças biológicas, sociais e comportamentais, acompanhadas de uma perda gradual das reservas fisiológicas humanas^{1,2}.

Não por acaso, as pessoas idosas constituem o grupo populacional mais acometido por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e pelas doenças ou agravos degenerativos. Nesse processo, com o acúmulo de disfunções orgânicas impactando na sua qualidade de vida, em maior ou menor grau, as pessoas idosas tornam-se mais propensas a precisarem se submeter a algum tratamento farmacológico rotineiro, que muitas vezes se materializa no uso de muitos medicamentos diariamente. Esse cenário é agravado pelo uso de outros fármacos decorrentes da automedicação corriqueira e habitual na sociedade brasileira³.

De maneira geral, o consumo diário e prolongado de cinco ou mais fármacos, condição denominada de polifarmácia, pode resultar em sérias complicações de saúde se não forem bem acompanhadas pelos profissionais competentes².

Apesar da formação médica e produção científica na área terem focado esforços no sentido de promover uma prescrição racional de medicamentos, sob a discussão da promoção quaternária em saúde, comumente encontram-se prescrições com redundância farmacológica, dosagens inadequadas e interações medicamentosas de importância clínica potencialmente grave⁴. Aumentando-se, assim, a probabilidade de ocorrência de efeitos colaterais graves e de reações associadas ao uso de medicamentos,

ou mesmo relativas à prescrição dos chamados fármacos inapropriados para todas as pessoas idosas e dos potencialmente inapropriados, devido às suas interações fármaco-doença e fármaco-síndrome².

O município de Caicó, no interior do Rio Grande do Norte, é uma região historicamente marcada pela carência de assistência médica e com alto percentual de pessoas idosas, em parte explicado pelo intenso fenômeno migratório dos jovens em direção aos maiores centros urbanos. Nesse sentido, a presente pesquisa marca sua contribuição social e seu aspecto inovador na escolha de um cenário sub assistido por políticas públicas e carente de estudos que desvelam as necessidades de saúde das pessoas idosas⁵.

Este estudo tem o intuito de investigar a prevalência de polifarmácia e os seus fatores associados no espaço da Atenção Primária à Saúde em Caicó (RN, Brasil).

MÉTODO

Estudo de delineamento transversal e de abordagem quantitativa. Participaram da pesquisa, os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, residentes na área urbana do município de Caicó, estado do Rio Grande do Norte, Brasil, e cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF). Pessoas idosas acamadas, com comprometimento cognitivo, segundo relato de cuidador e/ou equipe da APS e sem cuidador foram excluídas, pois parte das informações foram coletadas por meio de entrevista.

Para efeito amostral, utilizou-se como referência o número de pessoas idosas cadastradas no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica

(SISAB), para a área urbana do município, em dezembro de 2015. Um total de 8.347 indivíduos foi identificado. No cálculo amostral optou-se por um grau de confiança de 95%, poder estatístico de 85%, margem de não respondentes de 20% e adotou-se como referencial a prevalência de 39,4% de pessoas idosas polimedicadas, baseado no estudo de Pagno et al⁶. A partir disso, foi determinada uma amostra de 366 participante.

O recrutamento dos sujeitos da pesquisa foi realizado de forma aleatória e estratificada em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de forma proporcional ao número total de pessoas idosas cadastradas nas suas áreas adscritas. A coleta de dados foi realizada por meio de visitas domiciliares, no período de maio de 2021 a fevereiro de 2023, agendadas, antecipadamente, pela equipe de atenção primária à saúde por meio de entrevista. Utilizou-se um questionário estruturado e padronizado, baseado em: informações sociodemográficas (sexo, idade, raça/cor, estado civil, escolaridade, com quem e com quantas pessoas mora, qual o tipo de moradia, quantidade de cômodos da residência, renda e adesão ou não ao plano de saúde privado); medicamentos em uso; comorbidades autorreferidas; e avaliação das condições de saúde (autoavaliação da saúde em muito ruim, ruim, regular, muito boa ou boa, se teve internação hospitalar nos últimos 12 meses, perda de apetite, problemas com o sono, uso de tabaco ou álcool, realização de atividades físicas e dificuldade para realizar tarefas habituais). A aplicação desse foi feita por quatro estudantes de medicina, previamente treinados, e teve um tempo médio de execução de 22 minutos. A construção do questionário foi embasada em um estudo piloto realizado junto a 33 pessoas idosas, as quais não fizeram parte da amostra final da pesquisa.

Tais dados foram inicialmente analisados por meio da estatística descritiva, de medidas de tendência central e de dispersão. Para análise bivariada foi utilizado o teste qui-quadrado de *Pearson* ou seu equivalente não paramétrico, teste Exato de Fisher, quando necessário. Utilizou-se a Regressão Logística Binária, por meio do modelo de entrada Stepwise, como ferramenta da análise em nível multivariado com os eventos mais importantes para o desfecho ($p < 0,20$), previamente metrificados em teste bivariado

de associação, conforme ressaltado. No entanto, somente as variáveis com $p < 0,05$ permaneceram no modelo final. As razões de prevalência brutas e ajustadas (RP) foram estimadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Os resíduos foram observados segundo os critérios do teste de Hosmer e Lemeshow e dos *outliers* multivariados analisados a partir dos valores estudentizados das observações discrepantes.

O presente trabalho foi planejado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 e a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências Médicas - FACISA/UFRN, sob o parecer consubstanciado nº 4.331.783/2020. Desse modo, todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tiveram suporte profissional garantido frente a situações de risco, por meio da intervenção farmacêutica baseada no método Dáder⁷ e pelo suporte da equipe da APS, onde a pessoa idosa estava cadastrada.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi disponibilizado no “Figshare” e pode ser acessado em [https://figshare.com/s/b63af0a05cd10ff840fa].

RESULTADOS

Devido à pandemia da covid-19, que dificultou a coleta de dados pelo isolamento social, houve uma perda de 19,4% do tamanho amostral, de modo que, ao final, obteve-se um total de 295 pessoas idosas entrevistadas.

A maioria dos participantes do estudo tinha entre 60 e 79 anos, cor parda, casada, com ensino fundamental incompleto, residia em casa própria, tinha renda entre um e três salários-mínimos, não possuía plano de saúde e era acompanhada por profissionais da saúde da APS. A Tabela 1 mostra tal perfil.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das pessoas idosas participantes do estudo (n=295). Caicó, RN, 2023.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	162 (54,9%)
Masculino	133 (45,1%)
Idade (anos)	
60 - 79	225 (76,3%)
80 ou mais	70 (23,7%)
Cor da pele	
Branca	113 (38,3%)
Parda	149 (50,5%)
Preta	24 (8,1%)
Amarela	8 (2,7%)
Indígena	1 (0,3%)
Estado Civil	
Solteiro (a)	48 (16,3%)
Viúvo (a)	78 (26,4%)
Divorciado (a)	24 (8,1%)
União estável	18 (6,1%)
Casado (a)	127 (43,1%)
Escolaridade	
Analfabeto (a)	56 (19,0%)
Ensino fundamental incompleto	178 (60,3%)
Ensino fundamental completo	14 (4,7%)
Ensino médio incompleto	9 (3,1%)
Ensino médio completo	25 (8,5%)
Ensino superior	13 (4,4%)
Moradia	
Cônjuge	128 (43,4%)
Filho (s)	89(30,2%)
Sozinho (a)	49 (16,6%)
Outros parentes	28 (9,5%)
Pessoas de fora da família	1 (0,3%)
Tipo de moradia	
Alugada	49 (16,7%)
Cedida	14 (4,8%)
Própria	232 (78,6%)
Renda Familiar (SM*)	
<1,1	45 (15,3%)
1,1 a 3	219 (74,2%)
3,1 a 5	24 (8,1%)
5,1 a 10	4 (1,4%)
>10	3 (1,0%)

continua

Continuação da Tabela 1

Variáveis	n (%)
Filiação a plano de saúde	
Não	273 (92,5%)
Sim	22 (7,5%)
Vínculo com a UBS	
Não	38 (12,9%)
Sim	257 (87,1%)
Acompanhados por profissional da UBS	
Não	39 (13,2%)
Sim	256 (86,8%)

*SM: salário mínimo. Um SM equivalente a R\$1.045,00 (Valor considerado no ano de 2020).

Por sua vez, os fármacos mais utilizados pelas pessoas idosas foram os Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina (BRA), as estatinas, os diuréticos tiazídicos, os betabloqueadores e a metformina, como mostra a Tabela 2.

Sobre a autoavaliação de saúde das pessoas idosas que participaram da pesquisa, 48,1% (142) avaliaram sua saúde como boa, 10,5% (31) relataram ter vivenciado pelo menos uma internação nos últimos 12 meses, 36,3% (107) disseram ter problemas para dormir, 16,6% (49) relataram perda de apetite, 56,9% (168) já fizeram uso regular de álcool, 65,4% (193) dos participantes se identificaram como fumantes e 70,2% (207) dos indivíduos declararam-se sedentários. Além disso, 28,5% (84) dos participantes referiram ter sofrido queda no último ano e 27,5% (81) afirmaram ter dificuldades com as tarefas rotineiras.

Nesse estudo, 22% (65) das pessoas idosas encontravam-se em situação de polifarmácia. A Tabela 3 mostra as variáveis que demonstraram associação estatisticamente significativa na análise bivariada com teste qui-quadrado ou exato de Fisher, conforme distribuição amostral, entre as variáveis independentes e a situação de polifarmácia.

As seguintes variáveis foram testadas ao nível bivariado, mas não foram consideradas para a modelação logística ($p > 0,20$), pois acima desse ponto de corte o modelo corre o risco de ser inflacionado pela multicolinearidade: sexo do indivíduo; filiação a plano de saúde; vínculo e acesso do indivíduo à UBS; transtorno depressivo maior; osteoartrite;

osteoporose; artrite reumatoide; hérnia de disco; hiperplasia prostática benigna; asma; doença de chagas; labirintite; glaucoma; neuralgia do trigêmio; câncer; Alzheimer; Parkinson; tremor; acidente cardiovascular; internação hospitalar nos últimos 12 meses; problemas do sono; perda de apetite; tabagismo; prática de exercícios físicos; ocorrência de queda nos últimos 12 meses; moradia; estado civil; cor da pele; escolaridade e renda.

Alguns agravos apareceram nesta pesquisa, mas pela baixa prevalência populacional encontrada, não foi possível testá-los estatisticamente nesse desenho de estudo, são eles: transtorno de humor; fibromialgia; psoríase; aterosclerose; insuficiência venosa; doença arterial periférica; doença pulmonar obstrutiva crônica; hipertireoidismo; alcoolismo; enfisema pulmonar; gota; obesidade; doença do refluxo gastroesofágico; catarata; esteatose hepática; nefrolitíase; esquizofrenia; trombose venosa profunda; trombofilia; anemia; hanseníase e HIV.

O modelo final apresentou-se significativo, com sensibilidade de 47,7%, especificidade de 94,8% e acerto global de 85,7%, o R quadrado de Nagelkerke de 37,8%, teste de Omnibus e Wald significativos ($p < 0,001$) e a análise de resíduos foi garantida pelo teste de Hosmer-Lemeshow não significativo ($p = 0,531$), bem como pela presença de 4% (13) de observações de resíduos estudentizados acima de duas unidades padronizadas, caracterizando a distribuição aleatória dos resíduos e a ausência de *outliers* multivariados, respectivamente, conforme mostra a Tabela 4.

Tabela 2. Medicamentos mais utilizados pela população geriátrica estudada (n=295). Caicó, RN, 2023.

Variáveis	n (%)
Bloqueadores dos receptores de angiotensina	
Sim	77 (26,1)
Não	218 (73,9)
Estatinas	
Sim	60 (20,3)
Não	235 (79,7)
Diuréticos tiazídicos	
Sim	57 (19,3)
Não	238 (80,7)
Betabloqueadores	
Sim	51 (17,3)
Não	244 (82,7)
Metformina	
Sim	50 (16,9)
Não	245 (83,1)
Antiagregantes plaquetários	
Sim	42 (14,2)
Não	253 (85,8)
Inibidores da enzima conversora de angiotensina	
Sim	39 (13,2)
Não	256 (86,8)
Bloqueadores dos canais de cálcio	
Sim	34 (11,5)
Não	261 (88,5)
Inibidores seletivos da recaptação de serotonina	
Sim	27 (9,2)
Não	268 (90,8)
Inibidor da bomba de prótons	
Sim	21 (7,1)
Não	274 (92,9)
Levotiroxina	
Sim	21 (7,1)
Não	274 (92,9)
Sulfonilureias	
Sim	20 (6,8)
Não	275 (93,2)
Benzodiazepínicos de longa duração	
Sim	19 (6,4)
Não	276 (93,6)
Bloqueadores de receptores de dopamina atípicos	
Sim	14 (4,7)
Não	281 (95,3)

continua

Continuação da Tabela 2

Variáveis	n (%)
Anticoagulante	
Sim	9 (3,1)
Não	286 (96,9)
Insulina	
Sim	9 (3,1)
Não	286 (96,9)
Benzodiazepínicos de média duração	
Sim	9 (3,1)
Não	286 (96,9)
Inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina	
Sim	8 (2,7)
Não	287 (97,3)
Clortalidona + atenolol	
Sim	7 (2,4)
Não	288 (97,6)
Olmesartana + hidroclorotiazida	
Sim	7 (2,4)
Não	288 (97,6)
Glitazonas	
Sim	5 (1,7)
Não	290 (98,3)
Diurético poupador de potássio	
Sim	5 (1,7)
Não	290 (98,3)
Propatilnitrato	
Sim	5 (1,7)
Não	290 (98,3)
Bloqueador dos canais de potássio	
Sim	5 (1,7)
Não	290 (98,3)
Anti-inflamatório não esteroideal	
Sim	5 (1,7)
Não	290 (98,3)

Tabela 3. Associação entre polifarmácia em pessoas idosas e suas condições sociodemográficas, autoavaliação de saúde e comorbidades (n=295). Caicó, RN, 2023.

Variável	Polifarmácia		RP*	IC**	p-valor
	Sim (%)	Não (%)			
Doença Arterial Coronariana			4,23	2,62 - 6,83	<0,001
Sim	14(77,8)	4(22,2)			
Não	51(18,4)	226(81,6)			
Dislipidemia			2,87	1,85 - 4,45	<0,001
Sim	21(50)	21(50)			
Não	44(17,4)	209(82,6)			

continua

Continuação da Tabela 3

Variável	Polifarmácia		RP*	IC**	p-valor
	Sim (%)	Não (%)			
Hipertensão Arterial Sistêmica			2,71	1,62 - 4,53	<0,001
Sim	52(29,5)	124(70,5)			
Não	3(10,9)	106(89,1)			
Diabetes <i>Mellitus</i>			2,64	1,71 - 3,98	< 0,001
Sim	33(39,8)	50(60,2)			
Não	32(15,1)	180(84,9)			
Transtorno da Ansiedade Generalizada			2,27	1,40 - 3,69	0,001
Sim	16(43,2)	21(56,8)			
Não	49(19)	209(81)			
Insuficiência Cardíaca			4,00	1,90 - 8,42	0,002
Sim	5(83,3)	1(16,7)			
Não	60(20,8)	229(79,2)			
Hipotireoidismo			2,10	1,14 - 3,87	0,017
Sim	9(42,9)	12(57,1)			
Não	56(20,4)	218(79,6)			
Gastrite			2,37	1,09 - 5,16	0,030
Sim	5(50)	5(50)			
Não	60(21,1)	225(78,9)			
Arritmia cardíaca			2,11	1,07 - 4,15	0,031
Sim	7(43,8)	9(56,3)			
Não	58(20,8)	221(79,2)			
Consumo de álcool			1,54	1,01 - 2,36	0,047
Sim	35(27,6)	92(72,4)			
Não	30(17,9)	138(82,1)			
Idoso com 80 anos ou mais			1,53	0,97 - 2,41	0,071
Sim	21(30,0)	49(70,0)			
Não	44(19,6)	181(80,4)			
Boa autoavaliação da saúde			0,67	0,44 - 1,04	0,077
Sim	25(17,6)	117(82,4)			
Não	40(26,1)	113(73,9)			
Osteoartrite			1,67	0,93 - 3,00	0,100
Sim	10(34,5)	19(65,5)			
Não	55(20,7)	211(79,3)			
Artrite Reumatoide			2,33	0,86 - 6,26	0,123
Sim	3(50)	3(50)			
Não	62(21,5)	227(78,5)			
Dificuldade de realizar tarefas habituais			1,35	0,86 - 2,13	0,209
Sim	22(27,2)	59(72,8)			
Não	43(20,1)	171(79,9)			

*RP: Razão de prevalência; **IC: Intervalo de confiança.

Tabela 4. Modelo de Regressão Logística binária para polifarmácia em população idosa. Caicó, RN, 2023.

Variáveis na equação	B*	S.E**	Wald	Df***	Sig ^b	RP ^c (IC 95%) ^d
Diabetes <i>mellitus</i>	1,341	0,352	14,540	1	<0,001	3,825 (1,919-7,621)
Hipertensão arterial sistêmica	1,258	0,415	9,176	1	0,002	2,518 (1,559-7,939)
Transtorno de ansiedade generalizada	1,392	0,429	10,540	1	0,001	4,021 (1,736-9,316)
Gastrite	1,535	0,760	4,081	1	0,043	4,640 (1,047-20,571)
Insuficiência cardíaca	3,120	1,208	6,666	1	0,010	22,647 (2,120-241,930)
Doença arterial coronariana	3,282	0,665	24,373	1	<0,001	26,624 (7,235-97,974)
Idoso com 80 anos ou mais	0,732	0,375	3,800	1	0,050	2,079 (1,006-4,337)

*Valor de Beta zero; **Erro padrão; ***Graus de Liberdade; ^bsignificância; ^cRazão de Prevalência Ajustada; ^dIntervalo de confiança da Razão de Prevalência.

DISCUSSÃO

A prevalência de polifarmácia entre as pessoas idosas nesta pesquisa foi de 22%. Os resultados deste estudo fornecem evidência científica para a associação múltipla entre polifarmácia em pessoas idosas e Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), gastrite, Insuficiência Cardíaca (IC), Doença Arterial Coronariana (DAC) e idade igual ou acima de 80 anos.

As doenças cardiovasculares têm notada importância epidemiológica no cenário nacional, sendo associadas isoladamente a 31% das mortes no país. Dentre elas, a DAC e a IC são as mais prevalentes no espaço da APS e seu manejo clínico envolve inúmeros medicamentos⁸⁻¹⁰. As duas enfermidades citadas costumam estar associadas a outras doenças de base, como DM, HAS e TAG^{2,9}, e a agravos também presentes no modelo múltiplo construído neste estudo, o que reforça a evidência científica sobre a validade do perfil apresentado.

Diante desse perfil de morbidade, a prescrição de drogas adicionais ao tratamento já implementado precisa ser apoiada por um plano de cuidado longitudinal e construído de maneira interprofissional. Em caso contrário, aumenta-se a probabilidade do aparecimento de efeitos farmacológicos secundários indesejados, das interações medicamentosas e de erros durante a autoadministração dos fármacos, que podem trazer ameaças para a eficácia do tratamento proposto ou causar danos aos pacientes^{9,11}. Inclusive,

há evidências que suportam a associação entre o uso concomitante de muitas drogas e os desfechos negativos em saúde, como readmissão hospitalar, maior risco de hospitalização e de mortalidade¹¹.

Entre as pessoas idosas, os efeitos adversos decorrentes da associação indevida de muitas drogas, das interações medicamentosas e das reações adversas ou, até mesmo, dos efeitos colaterais precisam ser ponderados em função do declínio fisiológico natural ao envelhecimento dos pacientes^{1,2}. Contudo, mensurar os efeitos da idade sobre a homeostase individual é algo difícil de ser executado pelos profissionais atuantes na APS no Brasil, pois, mesmo considerando as diversidades locorregionais relativas à qualidade da atenção primária, a alta demanda, as condições de trabalho, os poucos recursos e as demais necessidades de saúde da população, limitam o cenário de atuação profissional¹².

Mesmo que isso fosse possível, o uso concomitante de quatro ou mais medicamentos, independente do manejo terapêutico, está relacionado com o aumento da prevalência de queda, delirium, sangramento, fadiga, tremor, alucinações, depressão, ansiedade, incontinência urinária, perda de apetite, diarreia e constipação entre as pessoas idosas^{2,10}. O que coloca em dúvida a viabilidade e a efetividade de uma avaliação de homeostase em pessoas idosas em nível populacional.

Portanto, para além de uma mudança na práxis dos profissionais de saúde é preciso pensar na necessidade de intensificar as pesquisas clínicas sobre os riscos decorrentes do uso de vários medicamentos entre as

pessoas idosas, em geral. Trata-se da população que, proporcionalmente, mais consome medicamentos entre todas as faixas etárias. E, na contramão desse processo, a maior parte dos estudos na área foca suas análises em populações adultas e robustas, ao não conduzirem estudos longitudinais com a população idosa em multimorbidade¹³⁻¹⁵.

Como consequência, a prescrição clínica pode estar desassistida de suporte teórico adequado, especificamente quando se trata do uso de cinco ou mais medicamentos de forma concomitante. Essa situação pode desencadear outras condições clínicas, as quais podem gerar uma cascata de prescrição de novas drogas na tentativa de tratar sintomas, gerando um ciclo vicioso e arriscado de polifarmácia^{8,13,16}.

No caso da população idosa, temos a maior prevalência de DM e HAS entre todas as faixas etárias no Brasil, ambos são associados, pelo presente estudo, à polifarmácia. Os agravos compartilham fatores de risco e complicações, sejam elas microvasculares, como retinopatia, neuropatia e nefropatia, ou macrovasculares, como acidente vascular cerebral, infarto e DAC's, em geral¹⁴.

Outros estudos, nacionais e internacionais, levantam evidências semelhantes ao avaliar a associação de DM e HAS com a polifarmácia, fortalecendo os resultados discutidos neste estudo. Barella et al.¹⁵ apresentaram uma prevalência de 67,5% de HAS em uma amostra de 203 pessoas idosas polimedicadas em um estudo no Rio Grande do Sul. No âmbito internacional^{17,18}, HAS e DM apresentaram uma relação com a polifarmácia e uma prevalência de 80% e 82,4%, respectivamente, em uma amostra de 5.639 pessoas idosas.

Um elemento explicativo que pode ser unido ao fenômeno é que, comumente, as terapias para HAS e DM são combinadas. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes¹⁹, é possível fazer o uso concomitante de até quatro medicamentos de classes diferentes até atingir a necessidade da insulinoterapia. Mesmo quando essa é realizada, ainda é possível, ou não, associar a outro antidiabético oral, como a metformina. Por sua vez, a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial²⁰ não estabelece um uso máximo de anti-hipertensivos, mas preconiza o uso

de até quatro a cinco medicamentos até estabelecer a hipertensão refratária, definida como uma hipertensão não controlada com o uso de cinco ou mais fármacos anti-hipertensivos.

Nesse contexto, a análise aprofundada da condição clínica da pessoa idosa com HAS e/ou DM, uma das situações mais comuns na APS no Brasil, necessita de uma abordagem farmacológica instruída pelas especificidades e demandas da pessoa idosa. A construção de protocolos clínicos, pautados nesses cenários mais rotineiros, que possam dar suporte decisório para os profissionais dos serviços de saúde, precisam ser incentivados e operacionalizados na tentativa de promover uma assistência mais segura e integral para as pessoas com 60 anos ou mais.

Outra condição associada à polifarmácia foi o TAG. Não por acaso, trata-se de um dos transtornos mentais mais prevalentes nas pessoas idosas na APS e a nível ambulatorial, de modo que se associa ao aumento do uso de serviços de saúde e à polifarmácia²¹. Dado ao seu impacto na vida das pessoas idosas, os indivíduos merecem tratamento que, com frequência, requer a introdução de farmacoterapia, geralmente sendo iniciada com Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRSs) ou Inibidores da Recaptação da Serotonina e Noraepinefrina (SNRIs)²². Ambas as opções terapêuticas possuem a característica de provocar efeitos adversos como agitação, insônia, disfunção sexual e prisão de ventre, comumente tratados com outros medicamentos. Nesse sentido, a TAG pode se associar de diferentes maneiras com o aumento do risco de polifarmácia, sendo a comunicação entre os profissionais que manejam o paciente idoso um elemento contribuinte para a diminuição desse risco.

Neumann-Podczaska et al.²³ avaliaram a prescrição medicamentosa de 4.793 pessoas idosas e afirmaram, baseado em seus resultados, que a prevalência de polifarmácia aumenta de acordo com o avançar da idade. O trabalho²³ mostrou um pico de 79,6% de prevalência de polifarmácia e de 36,4% de polifarmácia excessiva (uso de 10 ou mais medicamentos) em indivíduos com 90 anos ou mais, corroborando com o presente estudo no que diz respeito à associação significativa de polifarmácia com idoso longo, ou seja, aquele com 80 anos ou mais

Ao passo que a longevidade da população brasileira aumenta, fica evidente o protagonismo e o papel estratégico da APS na construção de planos terapêuticos longitudinais, incentivo às medidas de prevenção de agravos e de doenças, promoção da saúde, prescrição racional de medicamentos e exames, trabalho pautado na lógica da rede de atenção à saúde e interprofissional como medidas de prevenção quaternária para a população idosa, com impactos diretos sobre a situação de polifarmácia.

Este estudo atua como um sinal de alerta para evidenciar o problema do comprometimento da saúde do idoso, frente à polifarmácia, provocada, principalmente, pelas DCNTs, as quais são uma importante causa de mortalidade de pessoas idosas na região Nordeste⁵. Tal cenário poderia ser diferente caso as políticas públicas se voltassem mais para a APS, a fim de garantir maior cobertura e efetividade dos serviços, melhorando a assistência médica em locais como Caicó-RN. Enquanto limitação deste estudo, afirma-se que a coleta de dados, devido ao isolamento social na pandemia, onde as pessoas idosas eram as principais acometidas pela forma grave da doença, foi estendida para além do nosso cronograma. Para minimizar os efeitos dessa realidade, decidiu-se por estender a coleta para garantir que não houvesse perdas superiores aos 20% assumidos na amostra.

CONCLUSÃO

A prevalência da polifarmácia neste estudo foi de 22%, correspondendo a 65 pessoas idosas submetidas a esse fenômeno. Em análise multivariada, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, transtorno de ansiedade generalizada e idade superior a 80 anos estiveram associados à polifarmácia. Nesse sentido, sugere-se que os profissionais de saúde, responsáveis pelo cuidado do idoso com várias comorbidades, articulem-se de forma interprofissional, fomentem planos de cuidados longitudinais e promovam incentivo às medidas de prevenção de agravos e doenças, promoção da saúde e prescrição racional de medicamentos e exames, exercendo, assim, a prevenção quaternária, de modo a impactar e reduzir o risco de polifarmácia.

Ademais, para intensificar essa redução, é interessante que haja mais pesquisas clínicas a respeito dos riscos decorrentes do uso de vários medicamentos por pessoas idosas, a fim de se construir protocolos clínicos que possam dar suporte às decisões dos profissionais de saúde e promover uma assistência mais segura e integral para as pessoas com 60 anos ou mais.

AUTORIA

- Ingrid Maria de Oliveira Leite - Contribuições substanciais para a concepção e delineamento do estudo; análise e interpretação dos dados do trabalho; elaboração de versões preliminares do artigo; redação do artigo; aprovação da versão a ser publicada; concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho.
- Lívia Ramos Farias Leite - Contribuições substanciais para a concepção e delineamento do estudo; análise e interpretação dos dados do trabalho; elaboração de versões preliminares do artigo; redação do artigo; revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada; concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho.
- Gustavo Guerreiro Gondim Barbosa - Contribuições substanciais para a concepção e delineamento do estudo; elaboração de versões preliminares do artigo; redação do artigo; aprovação da versão a ser publicada; concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho.
- Khálife Wenzel Lima Silva - Contribuições substanciais para a concepção e delineamento do estudo; elaboração de versões preliminares do artigo; redação do artigo; aprovação da versão a ser publicada; concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho.
- Diego Bonfada - Contribuições substanciais para a concepção e delineamento do estudo; análise e interpretação dos dados do trabalho; revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada; concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho.

Editado por: Isac Davidson S. F. Pimenta

REFERÊNCIAS

1. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Organização Mundial da Saúde; 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
2. Marques P de P, Assumpção D de, Rezende R, Neri AL, Francisco PMSB. Polifarmácia em idosos comunitários: resultados do estudo Fibra. *Rev Bras Geriatr E Gerontol.* 10 de janeiro de 2020; 22:e190118. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190118>
3. Lara CB, Takeda SCB, Bueno BG, Takahira M, Souza LA de, Dellaroza MSG, et al. Polifarmácia no idoso: um estudo de caso/ Polypharmacy in the elderly: a case study. *Braz J Dev.* 19 de dezembro de 2019;5(12):32095–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700020013>
4. Dos Santos Bispo, V., Galvão, E. V., & de Carvalho Abreu, C. R A Automedicação na Terceira Idade: Um Estudo Bibliográfico | Revista JRG de Estudos Acadêmicos. 13 de abril de 2022; Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4549437>
5. Dos Reis Perreira, B., de Jesus, I. M. O., & Martins, M. M. F. (2020). Perfil sociodemográfico da mortalidade da população idosa no nordeste brasileiro. *Revista de Atenção à Saúde*, 18(64). Disponível em: <https://doi.org/10.13037/ras.vol18n64.6273>
6. Pagno AR, Gross CB, Gewehr DM, Colet C de F, Berlezi EM. A terapêutica medicamentosa, interações potenciais e iatrogenia como fatores relacionados à fragilidade em idosos. *Rev Bras Geriatr E Gerontol.* outubro de 2018;21:588–96. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180085>
7. Hernández DS, Dáder MJF, Castro MMS. Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. 3ª ed. Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas; 2009.
8. Beezer J, Al Hatrushi M, Husband A, Kurdi A, Forsyth P. Polypharmacy definition and prevalence in heart failure: a systematic review. *Heart Fail Rev.* 1 de março de 2022; 27(2):465–92. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10741-021-10135-4>
9. Dow P, Michaud V, Turgeon J. Multidrug Interactions: Why Do They Occur and How to Handle? *Clin Ther.* Fevereiro de 2023;45(2):99–105. Disponível em: 10.1016/j.clinthera.2022.12.012
10. Stefil M, Dixon M, Bahar J, Saied S, Mashida K, Heron O, et al. Polypharmacy in Older People With Heart Failure: Roles of the Geriatrician and Pharmacist. *Card Fail Rev.* 19 de dezembro de 2022;8:e34. Disponível em: 10.15420/cfr.2022.14
11. Tinoco MS, Groia-Veloso RC de S, Santos JND dos, Cruzeiro MGM, Dias BM, Reis AMM. Complexidade da farmacoterapia de pacientes com doença arterial coronariana. *Einstein São Paulo.* 15 de março de 2021;19:eAO5565. Disponível em: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO5565
12. Silva, R. M. D., Brasil, C. C. P., Bezerra, I. C., Figueiredo, M. D. L. F., Santos, M. C. L., Gonçalves, J. L., & Jardim, M. H. D. A. G. (2021). Desafios e possibilidades dos profissionais de saúde no cuidado ao idoso dependente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 89-98. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.31972020>
13. Anfinogenova ND, Trubacheva IA, Popov SV, Efimova EV, Ussov WY. Trends and concerns of potentially inappropriate medication use in patients with cardiovascular diseases. *Expert Opin Drug Saf.* outubro de 2021;20(10):1191–206. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14740338.2021.1928632>
14. Baah-Nyarkoh E, Alhassan Y, Kwabena Dwomoh A, Kretchy I. Medicated-related burden and adherence in patients with co-morbid type 2 diabetes mellitus and hypertension. *Heliyon.* 1o de abril de 2023;9:e15448. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e15448>
15. Barella LV, Kowalski L, Alves IA, Andrade VRM, Pagno AR, Oliveira TB de. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados para pessoas idosas em uma associação de aposentados. *Rev Bras Geriatr E Gerontol.* 10 de fevereiro de 2021;23:e200165. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200165>
16. Dumbreck S, Flynn A, Nairn M, Wilson M, Treweek S, Mercer SW, et al. Drug-disease and drug-drug interactions: systematic examination of recommendations in 12 UK national clinical guidelines. *BMJ.* 11 de março de 2015;350:h949.
17. Mascarello A, Bortoluzzi EC, Hahn SR, Alves ALS, Doring M, Portella MR. Prevalência e fatores associados à polifarmácia excessiva em pessoas idosas institucionalizadas do Sul do Brasil. *Rev Bras Geriatr E Gerontol.* 6 de setembro de 2022; 24:e210027. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210027>
18. Al-Dahshan A, Al-Kubiasi N, Al-Zaidan M, Saeed W, Kehyayan V, Bougmiza I. Prevalence of polypharmacy and the association with non-communicable diseases in Qatari elderly patients attending primary healthcare centers: A cross-sectional study. *PloS One.* 2020;15(6):e0234386. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234386>

19. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes - Ed. 2023. 2021 [citado 2 de março de 2024]. Tratamento farmacológico da hiperglicemia no DM2. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/tratamento-farmacologico-da-hiperglicemia-no-dm2/>
20. Barroso, W. K. S., Rodrigues, C. I. S., Bortolotto, L. A., Mota-Gomes, M. A., Brandão, A. A., Feitosa, A. D. D. M., ... & Nadruz, W. (2021). Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial–2020. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 116, 516–658. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.36660/abc.20201238>
21. Menta C, Bisol LW, Nogueira EL, Engroff P, Cataldo Neto A. Prevalência e correlatos do transtorno de ansiedade generalizada em idosos atendidos em atenção primária. *J Bras Psiquiatr*. 1o de junho de 2020;69:126–30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000267>
22. Garakani A, Murrough JW, Freire RC, Thom RP, Larkin K, Buono FD, et al. Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: Current and Emerging Treatment Options. *Front Psychiatry*. 2020;11:595584. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.595584>
23. Neumann-Podczaska A, Tobis S, Antimisiaris D, Mossakowska M, Puzianowska-Kuznicka M, Chudek J, et al. Polypharmacy in Polish Older Adult Population-A Cross-Sectional Study: Results of the PolSenior Project. *Int J Environ Res Public Health*. 18 de janeiro de 2022;19(3):1030. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19031030>