



Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos: comparação entre prestadores de serviços em saúde

Prescription of potentially inappropriate medication for the elderly: comparing health service providers

Suelaine Druzian Silvestre¹

Flávia Cristina Goulart²

Maria José Sanches Marin³

Carlos Alberto Lazarini²

Resumo

Objetivo: Comparar a prescrição de medicamentos em idosos usuários do SUS com usuários de Plano de Saúde Suplementar à luz dos critérios de Beers. **Método:** Trata-se de uma análise documental, quantitativa, utilizando dois bancos de dados, obtidos a partir de pesquisas realizados no mesmo município. No primeiro, a amostra incluiu 532 pessoas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, usuárias do SUS. No segundo, a amostra foi de 239 pessoas com 60 anos ou mais, independente do sexo, usuárias do principal plano de saúde suplementar. As análises estatísticas relativas às comparações entre os dados dos dois bancos foram realizadas por meio do teste de qui-quadrado de Pearson e da extensão do teste exato de Fisher com nível de significância α igual a 5%. **Resultados:** Os resultados mostram diferenças significativas do uso de medicamentos e polimedicação entre os usuários dos dois prestadores de serviço. Além disso, houve diferenças estatisticamente significantes entre o prestador de serviço, sendo que usuários do SUS utilizam mais anti-inflamatórios não esteroidais ($p=0,01$), sulfonilureias de longa duração ($p=0,02$) e nifedipino ($p=0,01$) e o usuários do plano de Saúde Suplementar utilizam mais relaxantes musculoesqueléticos ($p=0,01$), estrogênio ($p=0,01$), amiodarona ($p=0,01$) e doxazosina ($p=0,01$), enquanto potencialmente inapropriados para idosos. **Conclusão:** Há diferenças entre ter plano de saúde ou não quanto ao perfil de utilização de medicamentos, inclusive para os potencialmente inapropriados para uso em idosos. O uso de tecnologias de informação que centralizasse dados dos idosos, tanto no SUS quanto na Saúde Suplementar, poderia reduzir prescrições inapropriadas ou desnecessárias.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Saúde Suplementar. Saúde do Idoso. Uso de Medicamentos. Polimedicação.

¹ Maternidade e Gota de Leite, Departamento de Enfermagem. Marília, São Paulo, Brasil.

² Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Disciplina de Farmacologia. Marília, São Paulo, Brasil.

³ Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Disciplina de Fundamentos de Enfermagem. Marília, São Paulo, Brasil.

Correspondência
Carlos Alberto Lazarini
carlos.lazarini@gmail.com

Recebido: 04/10/2018

Aprovado: 27/04/2019

Abstract

Objective: to compare the prescription of medications to elderly users of the SUS with users of a Supplementary Health Plan in the context of the Beers criteria. **Method:** a quantitative documental analysis using two databases, obtained from surveys conducted in the same municipal region, was performed. In the first database, the sample included 532 people aged 60 years or older, of both genders, who were users of the SUS. In the second, the sample was 239 people aged 60 years or older, irrespective of gender, who were users of the principal supplementary health plan. Statistical analyses to compare the data of the two databases were performed using Pearson's Chi-squared Test and the extension of Fisher's Exact test, with a significance level α equal to 5%. **Results:** The results showed significant differences in the use of medications and polypharmacy among the users of the two service providers. Moreover, there were statistically significant differences between the service providers, with SUS users using more non-steroidal anti-inflammatory drugs ($p=0.01$), long-lasting sulfonylureas ($p=0.02$) and Nifedipine ($p=0.01$), and the users of the Supplementary Health Care plan using more musculoskeletal relaxants ($p=0.01$), estrogen ($p=0.01$), amiodarone ($p=0.01$) and Doxazosin ($p=0.01$), which are potentially inappropriate for the elderly. **Conclusion:** there are differences between having health insurance or not in terms of the profile of drug use, including in medications which are potentially inappropriate for use among the elderly. The use of information technology that centralizes the data of the elderly, both in the SUS and in Supplementary Health, could reduce inappropriate or unnecessary prescriptions.

Keywords: Supplemental Health. Unified Health System. Health of the Elderly. Drug Utilization. Polypharmacy.

INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil foi constituída de forma segmentada desde seu nascedouro. Embora a Constituição de 1988 tenha universalizado o acesso à saúde para os brasileiros, as dificuldades na implementação dessa política propiciaram o desenvolvimento do mercado privado de saúde¹. De 2012 a 2018 houve, no Brasil, um crescimento de 18,8% das pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais atendidas em suas necessidades de saúde tanto pela rede pública, universal e gratuita, quanto por planos de saúde privados, de acesso limitado à cobertura contratada e à renda do contratante². Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar mostram que a pirâmide etária para a população beneficiária de planos de saúde apresenta um perfil discretamente mais envelhecido do que a população sem plano de saúde, sendo aproximadamente 12,0% da população com plano e 10,0% sem planos de saúde³.

Os idosos constituem uma população com alta prevalência de morbidades e, conseqüentemente, estão sujeitos ao uso de polimedicação⁴. Como as respostas homeostáticas quase sempre constituem importantes componentes da resposta global a determinado medicamento, as alterações fisiológicas

presentes entre os idosos podem modificar o padrão ou a intensidade da resposta a ele, o que pode contribuir para sua toxicidade⁵. Assim, os problemas mais comuns de administração de medicamentos em idosos são uso de medicamento impróprio, dose errada, frequência inadequada, período insuficiente ou demasiado de consumo e ainda, combinação inadequada com outros fármacos provocando interação indesejada⁶.

Na assistência à saúde do idoso, a atenção primária é porta de entrada preferencial aos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Tem suas ações direcionadas à interdisciplinaridade e ao compartilhamento dos atendimentos ao usuário por meio do e-SUS, prontuário eletrônico nacional, recurso que os municípios ainda estão em processo de implantação⁷.

Outra forma de assistência aos idosos se dá por meio dos planos de saúde privados que se caracterizam por um atendimento fragmentado e que não considera, na maioria das vezes, as especificidades, pautando-se na hiperespecialização e ausência de integralidade, sem um sistema informatizado de registro do cuidado. Tal situação pode predispor o idoso ao uso irracional de medicamentos, nem

sempre atentando às características diferenciadas da farmacoterapia dessa população ou ao seu histórico farmacológico⁸.

Sendo assim, para que o uso racional de medicamentos ocorra, há uma série de requisitos complexos a serem seguidos, com a participação de atores sociais, como pacientes, profissionais de saúde, legisladores, formuladores de políticas públicas, indústria, comércio e governo.

Buscando uma melhor compreensão sobre a realidade da prescrição de medicamentos para os idosos no sistema de saúde privado e público, o presente estudo tem por objetivo comparar a prescrição de medicamentos em idosos usuários do SUS com usuários de Plano de Saúde Suplementar à luz dos critérios atualizados de Beers⁹. Esses critérios são os mais utilizados nas Américas para avaliar os medicamentos potencialmente inapropriados, sendo divididos em três categorias: os potencialmente inadequados que devem ser evitados em idosos; os potencialmente inadequados que devem ser evitados em idosos portadores de determinadas doenças, as quais podem ser agravadas por tais medicamentos; e os que devem ser usados com cuidado em idosos.

MÉTODO

Estudo de análise documental, com abordagem quantitativa, no qual foram analisadas associações entre variáveis sociodemográficas e dados de consumo de medicamentos prescritos para idosos usuários do SUS¹⁰ e da Saúde Suplementar¹¹, de um município localizado no centro oeste do Estado de São Paulo.

Tal município conta com população estimada, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para 2018, de 237.000 habitantes, sendo aproximadamente 13,0% idosos. Os usuários de plano de saúde suplementar representam 34,7% da população total, sendo que 15,4% deles têm idade igual ou superior a 60 anos³.

Foram utilizados os dados de dois estudos já realizados no mesmo município^{10,11}. Para a definição do tamanho amostral dos dois estudos, foi usado o programa DIMAM 1.0, que parte da população e da prevalência do uso de medicamentos (80,0%),

considerando margem de erro de 5,0% e nível de confiança de 95,0%, garantindo com isso, a representatividade. O primeiro partiu de uma população de idosos de 29.124, resultando em 532 pessoas com 60 anos ou mais, independente do sexo, que não estivessem hospitalizadas e nem asiladas, usuárias do SUS, moradoras nas áreas de abrangência pertencentes à Estratégia Saúde da Família (ESF) ou às Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBST)¹⁰. O segundo partiu de uma população de 8.474 idosos, usuários da saúde suplementar, resultando em 239 pessoas, independente do sexo, que não estivessem hospitalizadas e nem asiladas¹¹.

A coleta dos dados dos dois estudos foi realizada por meio de entrevista domiciliária, diretamente com idosos que foram capazes de se comunicar, utilizando o mesmo questionário padronizado e semiestruturado. O primeiro estudo foi realizado no período de agosto a novembro de 2012 e o segundo, de maio de 2014 a janeiro de 2015.

Os dois estudos avaliaram variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde: sexo, idade (agrupadas em faixas etárias de 60-69 anos, 70-79, 80 anos ou mais), escolaridade (até quatro anos de estudo, e cinco anos ou mais), renda, moradia e autoavaliação de saúde, obtida por meio da resposta à pergunta: “Como o(a) sr(a) considera sua saúde?”. A autoavaliação da saúde foi verificada por meio de uma escala que inclui as variáveis: ótima, boa, regular, ruim ou péssima. Foram agrupadas, para análise estatística, como autoavaliação positiva, as respostas regular, boa e ótima. Como autoavaliação negativa, foram agrupadas as respostas ruim e péssima¹².

Quanto ao consumo de medicamentos, o entrevistador solicitou que o idoso trouxesse ao seu alcance todos os medicamentos utilizados por ele nos últimos 15 dias que antecederam a coleta de dados, o que permitiu verificar a quantidade e caracterizar, nos dois bancos de dados, aqueles potencialmente inapropriados por meio da revisão dos critérios de Beers⁹, que identifica 53 medicamentos ou classes inadequadas para o uso em idosos, independente de diagnósticos e condições⁹. Essa revisão foi utilizada para análise dos dois bancos de dados.

As análises estatísticas relativas às comparações entre os dados dos dois bancos foram realizadas com

o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.0 para *Windows*. Todas as variáveis foram apresentadas sob a forma de frequência absoluta e relativa. Para a análise comparativa, a variável independente foi a natureza do prestador de serviços e as dependentes foram os dados sobre consumo de medicamentos, sendo utilizado o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher a fim de verificar a existência de diferenças significantes entre as variáveis. Foram consideradas estatisticamente significantes as relações entre variáveis em que $p \leq 0,05$.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, sob parecer nº 1.557.759. Por se tratar de uma análise documental, houve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A obtenção dos dados contidos nos bancos de dados utilizados foi aprovada pelo

mesmo Comitê de Ética sob pareceres números nº 799/10 de 29/11/2010¹⁰ e 607.824 de 31/03/2014¹¹, os quais haviam obtido a anuência dos participantes por meio da assinatura do TCLE.

RESULTADOS

Os dados sociodemográficos evidenciam maior número de mulheres nos dois prestadores de serviço; predomínio de idosos usuários do SUS na faixa etária entre 60-69 anos e usuários da saúde suplementar entre 70-79 anos; maioria de usuários do SUS com até quatro anos de estudo e de cinco anos ou mais nos usuários da Saúde Suplementar. As demais variáveis mostraram, nos dois prestadores de serviço, predomínio de renda de 1 a 3 salários mínimos, pessoas que residem acompanhadas e autoavaliação de saúde positiva (Tabela 1).

Tabela 1. Dados sociodemográficos, econômicos e de saúde de idosos usuários do SUS e da Saúde Suplementar. Marília, SP, 2017.

Variáveis	SUS n(%)	Saúde Suplementar n(%)	<i>p</i> *
Sexo			
Masculino	202(38,0)	50(20,9)	0,01
Feminino	330(62,0)	189(79,1)	
Idade			
60-69	249(46,8)	90(37,7)	0,02
70-79	202(37,9)	91(38,1)	0,98
80 ou +	81(15,3)	58(24,3)	0,01
Escolaridade			
Até quatro anos de estudo	446(83,8)	59(24,7)	0,01
Cinco anos ou + de estudo	86(16,2)	180(75,3)	
Renda (salário mínimo)			
<1	15(2,8)	23(9,6)	0,01
1 a < 3	386(72,6)	117(48,9)	0,01
3 a < 5	79(14,8)	64(26,7)	0,01
5 a 10	39(7,3)	28(11,7)	0,04
Não sabe/Não respondeu	13(2,4)	7(2,9)	0,69
Moradia			
Sozinho	60(11,3)	58(24,3)	0,01
Acompanhado	472(88,7)	181(75,7)	
Autoavaliação da saúde			
Negativa	45(8,4)	6(2,5)	0,01
Positiva	433(81,4)	233(97,5)	0,01
Não respondeu	54(10,2)	0(0)	0,01

* $p \leq 0,05$ - Teste qui-quadrado

A tabela 2 mostra que há diferença no uso de medicamentos entre usuários do SUS e da Saúde Suplementar, sendo maior a prevalência na Saúde Suplementar ($p < 0,01$). Em relação a quantidade ingerida, também há diferença entre os usuários dos dois prestadores de serviço, sendo o uso de cinco ou mais tipos de medicamento, mais prevalente nos usuários da Saúde suplementar ($p < 0,01$).

A tabela 3 demonstra que houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre o uso de MPI dos usuários do SUS e Saúde Suplementar para os medicamentos do Sistema Musculoesquelético, Endócrino e Cardiovascular, ao se utilizar o Critério de Beers. Em relação à variável

Sistema Musculoesquelético houve predominância dos anti-inflamatórios não esteroides nos usuários do SUS e relaxantes musculoesqueléticos nos da Saúde Suplementar. Quanto ao sistema endócrino, os dois grupos utilizam em maior proporção a insulina. No entanto, houve predominância do uso de Sulfonilureias de longa duração no SUS e Estrogênio na saúde suplementar. Já em relação ao Sistema Cardiovascular houve predomínio do Nifedipino nos usuários do SUS e da Amiodarona e Doxazosina nos usuários da saúde suplementar. Vale ressaltar que os medicamentos dos grupos Antimicrobiano e Antitrombótico foram utilizados somente por usuários da Saúde Suplementar, enquanto os Antiespasmódicos e Analgésicos pelos usuários do SUS.

Tabela 2. Utilização de Medicamentos nos últimos 15 dias que antecederam a coleta de dados de idosos usuários do SUS e da Saúde Suplementar. Marília, SP, 2017.

Variáveis	SUS n(%)	Saúde Suplementar n(%)	p^*
Uso de Medicamentos			
Sim	475(89,3)	232(97,1)	0,01
Não	57(10,7)	7(2,9)	
Quantos tipos			
1 a 4	262(55,2)	82(35,3)	0,01
5 ou mais	213(44,8)	150(64,7)	

* $p \leq 0,05$ - Teste qui-quadrado

Tabela 3. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos independente da patologia de usuários do SUS e da Saúde Suplementar segundo os Critérios de Beers, 2015. Marília, SP, 2017.

Grupo/medicamentos	SUS n(%)	Saúde Suplementar n(%)	p^*
Sistema musculoesquelético			
Relaxantes musculoesqueléticos	8(23,6)	43(79,6)	0,01
Anti-inflamatórios não esteróides	26(76,4)	11(20,4)	
Total	34(100)	54(100)	
Gastrointestinal			
Inibidor da bomba de próton	68(95,8)	35(97,2)	0,59
Metoclopramida	3(4,2)	1(2,8)	
Total	71(100)	36(100)	

continua

Continuação da Tabela 3

Grupo/medicamentos	SUS n(%)	Saúde Suplementar n(%)	<i>p</i> *
Sistema Nervoso Central			
Benzodiazepínicos	36(41,9)	17(47,2)	0,58
Amitriptilina	25(29,1)	8(22,2)	0,44
Paroxetina	2(2,3)	4(11,1)	0,07
Fenobarbital	2(2,3)	3(8,3)	0,15
Hipnóticos não benzodiazepínico	0(0)	1(2,8)	0,29
Imipramina	4(4,6)	0(0)	0,24
Nortritiptilina	2(2,3)	2(5,6)	0,34
Haloperidol	3(3,5)	0(0)	0,35
Clorpromazina	1(1,1)	1(2,8)	0,51
Cimetidina	5(5,8)	0(0)	0,17
Ranitidina	6(6,9)	0(0)	0,12
Total	86(100)	36(100)	
Endócrinos			
Insulina	23(50,0)	9(56,2)	0,67
Estrogênio	2(4,4)	5(31,2)	0,01
Sulfonilureias de longa duração	21(45,6)	2(12,5)	0,02
Total	46(100)	16(100)	
Cardiovascular			
Amiodarona	0(0)	9(12,9)	0,01
Nifedipino	38(32,8)	2(2,9)	0,01
Digoxina	8(6,9)	2(2,9)	0,20
Metildopa	2(1,7)	1(1,4)	0,68
Clonidina	1(0,9)	0(0)	0,62
Doxazosina	6(5,2)	14(20,0)	0,01
Diltiazem	1(0,9)	1(1,4)	0,61
Cilostazol	6(5,2)	0(0)	0,06
Ácido acetilsalicílico	54(46,6)	41(58,6)	0,12
Total	116(100)	70(100)	
Antimicrobiano			
Nitrofurantoína	0(0)	3(100)	
Antitrombótico			
Ticlopidina	0(0)	2(100)	
Anticolinérgicos			
Hidroxizine	2(20,0)	1(100)	0,27
Dexclorfeniramina	4(40,0)	0(0)	0,64
Prometazina	4(40,0)	0(0)	0,64
Total	10(100)	1(100)	
Antiespasmódicos			
Escopolamina	8(100)	0(0)	
Analgésico			
Meloxicam	7(100)	0(0)	
Insônia			
Caféina	7(100)	25(100)	
Total Geral	385	243	

**p*≤0,05 - Teste qui-quadrado

DISCUSSÃO

Com relação ao sexo, houve predomínio do feminino nos dois grupos. Nossos dados se assemelham aos encontrados em estudo realizado com usuários do SUS da cidade de Petrópolis onde a maioria dos entrevistados eram mulheres¹³ e aos encontrados em um estudo com idosos que utilizam a saúde suplementar, o qual mostrou predomínio de 65% de mulheres⁸. No Brasil, a mulher tende a viver mais anos do que o homem, tendo como resultado o fenômeno da feminilização na velhice¹⁴. Esse é um aspecto a ser considerado na assistência à saúde, visto que as mulheres apresentam problemas de saúde mais complexos em relação aos homens da mesma idade.

No que se refere à idade, é necessário considerar que quanto mais avançada, maior a probabilidade do desenvolvimento de doenças e de uso de múltiplos medicamentos, embora as condições sociais, econômicas e de estilo de vida também precisam ser analisadas para se avaliarem os desgastes presentes nas pessoas envelhecidas¹⁵.

A escolaridade e a renda têm forte impacto sobre a situação de saúde da população. Os idosos com maior nível de escolaridade e melhor renda são mais independentes para o autocuidado, incluindo o uso correto de medicamentos, de meios de transporte e de comunicação, enquanto os de menor poder aquisitivo e intelectual estão mais suscetíveis às doenças e, conseqüentemente, necessitam de maior atenção à saúde¹⁶ principalmente dos órgãos públicos, haja vista a dependência dessa população ao SUS.

Quanto à variável renda, houve predomínio de um a três salários mínimos entre os usuários dos dois prestadores de serviço, caracterizando ainda uma população com baixo rendimento financeiro frente ao aumento de gastos com saúde, advindos do processo de envelhecimento, acompanhados de aumento de doenças crônicas, como o que ocorre no Brasil. Para usuários do SUS, esses dados são semelhantes aos encontrados na literatura¹⁷.

Quanto ao convívio familiar, a maior porcentagem de usuários do SUS reside acompanhado, enquanto os usuários da saúde suplementar, em sua maioria, residem sozinhos. Tal resultado se contrapõe ao encontrado em estudo realizado em Florianópolis,

Santa Catarina, o qual apresentou 99,4% de idosos, usuários da saúde suplementar, residindo acompanhados (filhos, esposas, demais familiares ou cuidadores)¹⁸. Essa variável provavelmente está relacionada com a cultura e qualidade de vida regional, no que tange à segurança e aos índices de violência, além de acesso ao transporte, médicos, atendimento à sua saúde, farmácias, alimentação, entre outros fatores.

Ressalta-se que a família tem importante papel no apoio social e afetivo para as pessoas que envelhecem, em especial no atendimento de suas necessidades. Idosos que vivem sozinhos encontram-se mais expostos aos fatores de risco e procuram menos os serviços de saúde para prevenção quando comparados com idosos que vivem com o cônjuge e/ou com outros familiares¹⁹.

Quando questionados quanto à autoavaliação de saúde, houve predomínio, tanto dos usuários do SUS quanto da Saúde Suplementar, de considerar sua saúde como positiva, entretanto na comparação entre os dois grupos, os usuários do SUS manifestam autoavaliação que tende mais à negativa. Idosos com níveis mais altos de afetos positivos tendem a utilizar estratégias de enfrentamento construtivas quando confrontados com desafios inerentes à idade avançada²⁰.

Quanto ao uso de medicamentos nos últimos 15 dias, este estudo encontrou dados semelhantes aos observados na literatura tanto em relação aos usuários do SUS²¹ como nos da Saúde Suplementar. Estudo realizado na Região Sudeste constatou que 97,1% dos idosos com plano de saúde haviam consumido medicamentos nos últimos 15 dias²², independentemente do número utilizado. Embora a polimedicação não se limite a uma ou outra faixa etária, a população idosa é uma das que mais utiliza medicamentos e, portanto, gera maiores custos aos sistemas de saúde, seja ele público ou suplementar.

O uso de medicamentos constitui realidade entre idosos, o que pode estar associado a diversos fatores, tais como o processo de envelhecimento trazer consigo uma maior probabilidade de prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), principalmente aos sedentários; alta medicalização da saúde observada nos últimos anos e impulsionada

pelo poder da indústria farmacêutica; estímulo à prescrição de medicamentos observado na formação e na prática dos profissionais da área da saúde; entre outros. A vida cotidiana torna-se medicalizada, posto que o cidadão começa a ter familiaridade com as noções médicas difundidas, passando a conceber a saúde como valor primordial e, conseqüentemente, a fazer de tudo para preservá-la ou restaurá-la de forma rápida e com baixo custo energético pessoal. Isto tem causado a banalização do uso de medicamentos, tanto no Brasil quanto em outras partes do mundo²³.

No presente estudo, 64,7% dos usuários da Saúde Suplementar referiram utilizar cinco ou mais medicamentos por dia, o que caracteriza a polimedicação²⁴. Quanto ao uso dessa quantidade de medicamentos é preciso considerar que, muitas vezes, existe essa indicação para o manejo das diversas doenças crônicas presentes entre os idosos, visando à sua sobrevivência e/ou à melhoria na sua qualidade de vida. O uso de cinco ou mais medicamentos pela maioria dos usuários da Saúde Suplementar pode estar relacionado ao fato de possuírem maior acesso aos prescritores, na maioria das vezes de diferentes especialidades, o que levaria ao aumento na prescrição e no consumo de medicamentos. Entretanto, é preciso qualificar a polimedicação para que não ocorra agravamento da saúde dos idosos²⁵, decorrente das interações e efeitos indesejáveis.

Quanto aos usuários do SUS, o trabalho de uma equipe interdisciplinar, disponível muitas vezes no Programa Saúde da Família, pode ter um papel importante na avaliação, verificando se as queixas são decorrentes de adoecimento ou apenas reações adversas ao uso de medicamentos. Caso sejam reações adversas, pode-se modificar a prescrição e o acompanhamento do idoso, visando observar os desfechos²⁶.

A prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos (MPI), segundo Beers⁹, está fortemente associada ao desencadeamento de reações adversas a medicamentos e hospitalizações e, quando associada à presença de comorbidades e polimedicação, expõe os idosos a um risco elevado de mortalidade. A presença de pelo menos um medicamento inapropriado na prescrição, dobra o risco de desencadeamento de reações adversas, responsáveis por aproximadamente 24% das

internações nesse segmento etário e constitui a quinta causa de óbito entre os idosos²⁷⁻²⁹.

No presente estudo foi constatada a presença de medicamentos potencialmente inadequados para o uso em idosos nos seguintes grupos farmacológicos: sistemas musculoesquelético, gastrointestinal, nervoso central, endócrino, cardiovascular, além de antitrombóticos, antimicrobianos, anticolinérgicos, antiespasmódicos, analgésicos para insônia. A análise estatística mostrou diferença significativa entre as variáveis e natureza do prestador do serviço para os medicamentos do sistema musculoesquelético, endócrino e cardiovascular.

Em relação ao uso de MPI, referentes ao Sistema Musculoesquelético, houve predomínio dos anti-inflamatórios não esteroides (76,4%) nos usuários do SUS e relaxantes musculoesqueléticos (79,6%) nos da Saúde Suplementar. O uso de anti-inflamatórios entre os usuários do SUS pode estar relacionado ao fato de que é a categoria medicamentosa disponibilizada nas farmácias das unidades de saúde do município, o que não ocorre com os relaxantes musculares que são disponibilizados por farmácias comerciais, sendo alguns de venda livre³.

Quanto ao sistema endócrino, houve predomínio do uso de Sulfonilureias de longa duração entre os usuários do SUS (45,6%), sendo essa a única medicação hipoglicemiante presente na lista de medicamentos padronizados do município. Isso também pode revelar que, talvez, os prescritores do SUS não estejam familiarizados aos critérios dos medicamentos potencialmente inapropriados. Na Saúde Suplementar predominou o uso de Estrogênio (31,2%), o qual pode estar associado ao fato de que os usuários da saúde suplementar têm mais acesso a especialistas e existem poucas opções medicamentosas no mercado que ofereçam a ação apresentada pelo estradiol.

Já em relação ao sistema Cardiovascular, a utilização da Amiodarona esteve presente apenas nos usuários da Saúde Suplementar. Esse medicamento, classificado como antiarrítmico, foi o mais prescrito no grupo dos fármacos cardiovasculares para idosos usuários de um plano de saúde privado, de abrangência nacional⁸, e está entre os principais MPI de uso cardiovascular no estudo Saúde, Bem-Estar

e Envelhecimento (SABE)²⁹. A amiodarona está associada a múltiplas toxicidades como distúrbios tireoidianos, prolongamento do intervalo QT e distúrbios pulmonares⁹. A relação risco/benéfico na abordagem das arritmias em idosos deve ser avaliada e, quando indicada, deve-se monitorá-la visando a prevenção ou a identificação precoce dos eventos adversos³⁰. Vale ressaltar que, embora a amiodarona conste na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME)³¹, nenhum idoso usuário do SUS recebeu prescrição desse medicamento.

Ainda no sistema Cardiovascular, usuários do SUS utilizam Nifedipino em maior proporção quando comparados com aqueles da Saúde Suplementar ($p=0,01$). A formulação do nifedipino de “ação rápida” é classificada como inadequada, pelos critérios de Beers, pelo risco potencial para hipotensão e constipação, sendo as possíveis consequências do uso consideradas de alta gravidade. Embora ainda tenha uma alta prescrição no SUS, na revisão da RENAME³¹, o nifedipino foi substituído pelo anlodipino como antagonista de canal de cálcio diidropiridínico, com indicação para angina de peito, espasmo coronariano e hipertensão arterial²⁰. Infelizmente, esse medicamento ainda não é disponibilizado nas farmácias das unidades de saúde municipais.

A Doxazosina, um alfa bloqueador indicado para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica e na hiperplasia prostática benigna, doenças que comumente acometem o idoso, é utilizada em maior proporção pelos usuários da Saúde Suplementar ($p=0,01$). Seus principais efeitos são o relaxamento do tônus do músculo liso vascular (vasodilatação), o que diminui a resistência vascular periférica, levando à diminuição da pressão sanguínea e ao relaxamento da bexiga e da próstata, facilitando a micção. Seu uso no idoso deve ser evitado, pois apresenta, como efeito colateral, um alto potencial para hipotensão, boca seca e alterações urinárias. No entanto, por ser um medicamento também muito utilizado e recomendado na hiperplasia prostática benigna, pode ser utilizado com cautela, acompanhamento e monitoração apropriados^{32,33}.

Muitos dos medicamentos inapropriados para idosos constam da RENAME, com o agravante que, para determinadas classes terapêuticas, os únicos

medicamentos padronizados são classificados como inapropriados, segundo Beers⁹. É preciso prestar atenção, visto que o próprio critério de Beers e de outras pesquisas da literatura científica recomendam que a relação risco/benefício deve ser devidamente avaliada antes de qualquer prescrição aos idosos³⁴. Como esse é um preceito básico da Farmacologia, à luz desse preceito que devemos analisar qualquer medicação prescrita antes de classificá-la como incorreta ou erro médico.

A difusão do conceito de uso inapropriado mediante educação continuada, a criação de avisos nos sistemas informatizados de prescrição e a presença do profissional farmacêutico na dispensa e orientação sobre o medicamento, esclarecendo a instituição de medidas regulamentares restritivas são fatores que muito facilitaríamos a adoção dos critérios ainda não conhecidos por toda a comunidade médica. Tais sugestões foram apontadas como indispensáveis para prevenção da prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados³⁴.

Ressaltamos que o problema deve ser focado na prescrição inadequada desses medicamentos, ou seja, aquela feita sem a devida avaliação de riscos/benefícios que obrigatoriamente deve orientar todo prescritor. Para que a prescrição seja feita de forma correta, é necessário que o prescritor conheça adequadamente os riscos da medicação e faça uso da medicação classificada como inapropriada somente quando não houver outros recursos disponíveis frente à necessidade de saúde do paciente.

A associação desse consumo com as alterações relacionadas ao envelhecimento quanto à farmacocinética e à farmacodinâmica cria condições para o alto risco de efeitos colaterais e de interações medicamentosas observados em idosos³⁴. Assim, a periódica revisão de medicamentos utilizados por idosos deve fazer parte intrínseca da prática clínica.

Embora o presente estudo tenha contribuído com dados que indicam necessidades importantes na utilização de medicamentos por idosos nos dois grupos, coloca-se como limitação o fato de não terem sido verificados os motivos da prescrição, o que por certo proporcionaria uma análise mais aprofundada da adequação dos medicamentos utilizados pelos idosos. Entendemos ainda, que novos estudos que

possam avaliar outras variáveis ou mesmo aprofundar a análise de estudos já realizados são necessários para que possamos fazer afirmações quanto à inadequação ou não, ao se prescrever medicamentos pertencentes à categoria de uso inapropriado para idosos.

CONCLUSÃO

O consumo de medicamentos nos últimos 15 dias que antecederam a entrevista esteve presente na maioria dos dois grupos analisados. Em relação à quantidade de medicamentos utilizados, houve predomínio de um a quatro tipos nos usuários do Sistema Único de Saúde e cinco ou mais nos usuários da Saúde Suplementar, o que caracteriza a polimedicação neste grupo. Essas características apresentadas pelos usuários da saúde suplementar podem estar associadas ao maior acesso ao atendimento por especialistas.

Quanto ao uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, segundo os Critérios de Beers⁹, independente da doença e da avaliação risco/benefício do medicamento, houve diferenças estatisticamente significativas entre o prestador de serviço, sendo que usuários do Sistema Único de Saúde utilizam mais anti-inflamatórios não esteroidais, sulfonilureias de longa duração e nifedipino, e os

usuários do plano de Saúde Suplementar utilizam mais relaxantes musculoesqueléticos, estrogênio, amiodarona e doxazosina. Podemos afirmar que há diferenças entre ter plano de saúde ou não quanto ao perfil de utilização de medicamentos, haja vista que os resultados deste estudo confirmam a incidência de dados semelhantes encontrados em outras pesquisas científicas realizadas em diversas regiões do país. Por conseguinte, a adoção de políticas de capacitação continuada sobre a farmacoterapia utilizada com os idosos pode evitar danos causados pela polimedicação, suas interações, reações adversas e inadequações de prescrição presente nessa faixa etária.

A redução de prescrições inadequadas e do uso de medicamentos inapropriados para idosos poderia ocorrer nos dois prestadores de serviço. A disponibilização de novas tecnologias da informação na rede básica de saúde, bem como a constante atualização e monitoramento farmacológico dos medicamentos da lista da Relação Nacional de Medicamentos favoreceriam a profissionais do Sistema Único de Saúde acesso rápido para checagem de informações sobre os medicamentos. Em relação aos planos de saúde, investimentos em equipe inter e multidisciplinar e em sistemas de informação compartilhados para melhor atendimento desse idoso permitiriam a revisão da medicação utilizada e prescrita.

REFERÊNCIAS

1. Menicucci TMG. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *HistCiêc Saúde-Manguinhos* [Internet]. 2014 [acesso 04 set. 2018];21(1):77-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>
2. Instituto Brasileira de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: características gerais dos moradores 2012-2016 e características gerais dos domicílios 2016 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017 [acesso 17 set. 2018]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101566_informativo.pdf
3. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar [Internet]. Brasília, DF: ANSS; 2013 [acesso 25 ago. 2018]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/20121004_plano_cuidado_idosos.pdf
4. Neves SJF, Marques APO, Leal MCC, Diniz AS, Medeiros TS, Arruda IKG. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(4):759-68.
5. Katsung BG. Aspectos especiais da farmacologia geriátrica. In: Katsung BG, editor. *Farmacologia: básica & clínica*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.899-906.

6. Sá MB, Barros JAC, Sá MPBO. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2007 [acesso 14 set. 2018];10(1):75-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n1/08.pdf>
7. Brasil. Resolução nº 7, de 24 de novembro de 2016. Define o prontuário eletrônico como modelo de informação para registro das ações de saúde na atenção básica e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 28 nov. 2016; Seção 1:108.
8. Manso MEG, Biffi ECA, Gerardi TJ. Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [acesso em 28 ago. 2018];18(1):151-64. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14056>
9. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society 2015 updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(11):2227-46.
10. Francisco AM, Lazarini CA, Sparapan ACS, Beloni M, Garcia BMB, Paris CR, et al. A utilização de medicamentos pelos idosos do Município de Marília: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde/Vigilância em Saúde anos letivos 2010-2011: relatório final [Internet]. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2012 [acesso 19 ago. 2018]. Disponível em: <http://www.famema.br/destaques/documentos/Relat%C3%B3rio%20final%20PET%20para%20publica%C3%A7ao%20site%20Famema.pdf>
11. Muniz ECS. Uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar [dissertação]. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2015.
12. Freire MCM, Marin MJS, Lazarini CA. Associação entre transtornos mentais e autoavaliação de saúde em idosos. *Rev Debates Psiquiatr*. 2017;7(5):6-13.
13. Vasconcelos DIB, Miranda DS, Vieira RH, Farjalla R, Ribeiro-Filho J. Investigação do perfil da utilização de medicamentos e interações medicamentosas em anciãos de Petrópolis-RJ. *Rev Eletr Estácio Saúde* [Internet]. 2015 [acesso em 25 ago. 2018];4(1):45-52. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/sauesantacatarina/article/view/1486>
14. Silva PAB, Santos FC, Soares SM, Silva LB. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos acompanhados por equipes de Saúde da Família sob a perspectiva do gênero. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Online)* [Internet]. 2018 [acesso em 16 ago. 2018];10(1):97-105. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5987/pdf_1
15. Confortin SC, Jayce I, Schneider C, Antes DL, Cembranel F, Ono LM, et al. Condições de vida e saúde de idosos : resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(2):305-17.
16. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2010;15(Supl. 3):3507-15. [acesso em 04 set. 2018]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900025>
17. Pinto IVL, Reis AMM, Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Lima MG, Ceccato MGB. Avaliação da compreensão da farmacoterapia entre idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(11):3469-81.
18. Lourenço LFL. Idosos assistidos no domicílio em programa do Sistema de Saúde Suplementar [dissertação na Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014 [acesso em 04 ago. 2018]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/129566>
19. Persequino MG, Horta ALM, Ribeiro CA. The family in face of the elderly's reality of living alone. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 27 mar. 2019];70(2):235-41. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0235.pdf
20. Dezutter J, Wiesmann U, Apers S, Luyckx K. Sense of coherence, depressive feelings and life satisfaction in older persons: a closer look at the role of integrity and despair. *Aging Ment Health*. 2013;17(7):839-43.
21. Miranda VIA, Fassa AG, Meuccil RD, Lutz BH. Utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil por idosos. *Rev Saúde Pública*. 2016;50:1-13..
22. Muniz ECS, Goulart FC, Lazarini CA, Marin MJS. Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(3):375-87.
23. Silva CH, Spinillo CG. Dificuldades e estratégias no uso de múltiplos medicamentos por idosos no contexto do design da informação. *Est Design* [Internet]. 2016 [acesso em 3 ago 2018];24(3):130-44. Disponível em: <http://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/24634>
24. Pereira KG, Peres MA, Iop D, Boing AC, Boing AF, Aziz M, et al. Polimedicação em idosos: um estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(2):335-44.

25. Martins GA, Acúrcio FA, Franceschini SCC, Priore SE, Ribeiro AQ. Uso de medicamentos potencialmente inadequados entre idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil: um inquérito de base populacional. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [acesso em 30 ago. 2018];31(11):2401-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n11/0102-311X-csp-31-11-2401.pdf>
26. Cardoso JH, da Costa JSD. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2010 [acesso em 24 set. 2018];15(6):2871-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600024&lng=pt&tlng=pt
27. Varallo FR, Ambiel ISS, Nanci LO, Galduróz JCF, Mastroianni PC. Assessment of pharmacotherapeutic safety of medical prescriptions for elderly residents in a long-term care facility. *Braz J PharmSci*. 2012;48(3):477-85.
28. Praxedes MFDS, Telles Filho PCP, Pinheiro MLP. Identificação e análise de prescrições de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos em uma instituição hospitalar. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2012 [acesso em 08 ago. 2018];10(2):338-44. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10214>
29. Cassoni TCJ, Corona LP, Romano-Lieber NS, Secoli SR, Duarte YAO, Lebrão ML. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acesso em 03 ago. 2018];30(8):1708-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n8/0102-311X-csp-30-8-1708.pdf>
30. Lopes LM, Figueiredo TP, Costa SC, Reis AMM. Utilização de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos em domicílio. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [acesso em 08 abr. 2019];21(11):3429-38. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232016001103429&script=sci_arttext&tlng=pt
31. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
32. Cuentro VS, Andrade MA, Gerlack LF, Bós ÂJG, Silva MVS, Oliveira AF. Prescrições medicamentosas de pacientes atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário: estudo transversal descritivo. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [acesso em 23 ago. 2018];19(8):3355-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03355.pdf>
33. Doxazosina [Internet]. Bethesda (USA): MedlinePlus medicinas; 2015 [acesso em 23 ago. 2018]. Disponível em: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a693045-es.html>
34. Burci LM. Medicamentos inapropriados para idosos. *Rev Gestão Saúde* [Internet]. 2014 [acesso em 23 ago. 2018];10(1):17-25. Disponível em: http://www.herrero.com.br/revista/edicao10/ed_10_art_04.pdf