



## Fatores associados à polifarmacoterapia entre idosos assistidos pela estratégia saúde da família

Factors associated with polypharmacy among elderly people receiving care under the family health strategy

528

Geraldo Marques da Costa<sup>1</sup>  
Maria Liz Cunha de Oliveira<sup>2</sup>  
Maria Rita Carvalho Garbi Novaes<sup>1</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Identificar o perfil medicamentoso, bem como a prevalência de polifarmacoterapia e os fatores associados, entre idosos assistidos em equipes da Estratégia Saúde da Família. **Método:** Pesquisa analítica, documental, de cunho transversal, com abordagem quantitativa. Conduzido em Brazlândia, Distrito Federal, Brasil, com amostra de 211 idosos cadastrados e acompanhados por uma das equipes da Estratégia Saúde da Família local. Os dados foram submetidos a análises bivariadas e análise múltipla através da regressão logística. **Resultados:** Quantidade considerável dos idosos 62 (29,4%) está em polifarmacoterapia; a maioria 56 (26,5%) utiliza três classes medicamentosas diferentes, sendo os anti-hipertensivos a mais utilizada. O diabetes *mellitus*, as complicações cardiovasculares e o uso de anti-hipertensivos foram os fatores associados à polifarmacoterapia. **Conclusão:** A polifarmacoterapia configura-se uma realidade preocupante e que demanda novas posturas por parte dos profissionais, visto que esse importante aspecto da geriatria deve ser bem avaliado, para evitar danos e iatrogenias aos idosos.

**Palavras-chave:** Idoso. Serviços de Saúde para Idosos. Polimedicação.

### Abstract

**Objective:** to identify the medication profile, the prevalence of polypharmacy and associated factors among elderly people receiving care from Family Health Strategy teams. **Method:** an analytical, document-based, cross-sectional survey with a quantitative approach was conducted in Brazlândia in the Distrito Federal, Brazil, with a sample of 211 elderly people enrolled in and receiving care from one of the local Family Health Strategy teams. Data were submitted to bivariate analysis and multiple analysis through logistic regression. **Results:** a considerable number of the elderly (62, 29.4%) were undergoing polypharmacy. The majority (56, 26.5%) used three different classes of drug, with antihypertensive drugs the most used. Diabetes mellitus, cardiovascular complications and the use of antihypertensive drugs were factors associated with polypharmacy. **Conclusion:** polypharmacy is a worrying reality and demands a new approach on the part of professionals, as this important aspect of geriatrics should be carefully evaluated to avoid harm and iatrogeny among the elderly.

**Keywords:** Aged. Health Services for the Aged. Polypharmacy.

<sup>1</sup> Escola Superior de Ciências da Saúde Brasília, Programa de Pós Graduação. Brasília, DF, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Católica de Brasília, Programa de Pós Graduação. Brasília, DF, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A população idosa compreende atualmente mais de um quinto da população brasileira. No âmbito do Distrito Federal, Brasil, observa-se aumento da população idosa maior do que a média nacional. Assim, esse extrato populacional torna-se cada vez mais relevante e, portanto, deve ser considerado na gestão e na lógica de assistência à saúde. Os serviços de saúde, entre os quais se destaca a Estratégia de Saúde da Família (ESF), devem ser organizados com vistas a oferecer uma assistência adequada às crescentes demandas da população idosa<sup>1,2</sup>.

A clientela idosa residente em territórios assistidos pela ESF, geralmente, apresenta uma série de problemas de saúde que, quando associados às condições socioeconômicas desfavoráveis, podem comprometer sua autonomia e independência<sup>3</sup>. A ESF, como política estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), deve privilegiar a assistência ao idoso de modo ascendente no sistema de saúde, o que pressupõe a integralidade da assistência ao idoso<sup>4,5</sup>.

A população idosa é mais frequentemente acometida por doenças crônicas, por esse motivo, é possivelmente o grupo mais medicalizado da sociedade<sup>1</sup>. Além disso, estão mais propensos ao uso de muitos medicamentos em função de apresentarem mais alterações fisiológicas de farmacocinética e farmacodinâmica decorrentes da idade<sup>6</sup>. Verifica-se também que é frequente o uso de muitos medicamentos de forma simultânea por idosos, o que, talvez, esteja relacionado à tentativa de amenizar situações decorrentes do processo de envelhecer, além de atuarem como tratamento para doenças comuns no processo de envelhecimento<sup>7</sup>. Os idosos constituem população vulnerável para eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos, devendo ainda ser consideradas suas peculiaridades clínicas<sup>8</sup>. Neste sentido, um relevante problema na atenção à saúde do idoso e que deve ser investigado é a polifarmacoterapia. Ressalta-se que tal prática nem sempre pode indicar risco. Quando bem indicada e com efeitos adversos acompanhados, a polifarmacoterapia pode ser a única alternativa para tratar adequadamente as comorbidades<sup>6</sup>.

Sendo assim, identificar as características e os fatores associados ao consumo de medicamentos

pelos idosos brasileiros pode auxiliar no planejamento de ações para promoção do uso racional de medicamentos. Consequentemente, é possível favorecer uma melhor qualidade de vida para esse grupo etário, sobretudo quando ainda se registra uma lacuna no conhecimento dos diferenciais etários na farmacoterapia em idosos<sup>9</sup>.

O estudo tem como objetivo identificar o perfil medicamentoso, bem como a prevalência de polifarmacoterapia e os fatores associados entre idosos assistidos em equipes da Estratégia Saúde da Família.

## MÉTODO

O presente estudo tem caráter analítico, documental, de cunho transversal, com abordagem quantitativa. Constitui-se na análise do perfil de medicamentos prescritos nas Unidades de Saúde da Família para os idosos residentes em Brazlândia, Distrito Federal, Brasil, assistidos pela Estratégia Saúde da Família.

Foram considerados todos os prontuários de pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados e residentes na área de abrangência das equipes da ESF, da região administrativa do Governo do Distrito Federal de Brazlândia. De acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a região de Brazlândia conta com 60% de cobertura pelas equipes de saúde da família, com cerca de 34.000 habitantes cadastrados. Dentre a população cadastrada, 2.879 possuem idade maior ou igual a 60 anos. Em Brazlândia atualmente existem 11 Equipes de Saúde da Família. Contudo, para o presente estudo, foram consideradas apenas as cinco equipes que possuem prontuário eletrônico. Assim, para finalidade de cálculo amostral, serão considerados 1.709 idosos que estão devidamente cadastrados nessas cinco equipes.

Para a definição do tamanho da amostra utilizou-se a amostragem aleatória simples. Os cálculos utilizados nesse processo tiveram como base: proporção de 15% de idosos na população geral, população de 1.709 idosos cadastrados no SIAB, margem de erro de 3% e nível de confiança de 95%. O número identificado de 176 foi acrescido de

20% para eventuais perdas. Desta forma, o número mínimo de idosos para o estudo, definido pelo cálculo amostral, foi de 211 indivíduos.

Os 211 idosos foram sorteados por meio de amostragem aleatória simples considerando-se o percentual de idosos de cada ESF, utilizando-se as fichas A (fichas de cadastro domiciliar). Na ocorrência de problemas com algum prontuário de idoso, como o não preenchimento dos critérios do estudo, foi sorteado um novo prontuário, sempre respeitando a aleatorização da amostra.

A coleta de dados aconteceu de abril a maio de 2015. Foram adotados como critérios de inclusão: pessoas com idade igual ou maior de 60 anos, que deveriam possuir prontuário eletrônico, residir em Brazlândia, estar cadastrado em uma das ESFs de Brazlândia, bem como fazer uso de pelo menos um medicamento de forma contínua. Foram excluídos os prontuários de pacientes que possuíam menos de um ano de informações, assim como os prontuários com dados incompletos. Também foram pesquisados dados do SIAB, bem como as Ficha A e B que são preenchidas e atualizadas, mensalmente, pela equipe de saúde da família.

Foram investigados os medicamentos prescritos para idosos, a saber: a classe medicamentosa, a dose, e a posologia. Os medicamentos foram agrupados e padronizados de acordo com a *Anatomical Therapeutic Chemical Classification* (ATC). Nomenclatura em inglês que pode ser traduzida por: Classificação Anatômico Terapêutica e Química. Essa categorização é padronizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para pesquisas envolvendo medicamentos<sup>10</sup>.

As variáveis independentes estudadas e dicotomizadas foram: sexo (masculino x feminino); idade (<70 anos x ≥70 anos o ponto de corte foi a média e os dados apresentaram distribuição simétrica); presença de comportamentos e morbidades crônicas autorreferidas – tabagismo, etilismo, hipertensão, diabetes *mellitus*, osteoporose, complicações cardiovasculares, sofrimento mental, doenças gastrointestinais (sim x não); pressão sistólica (<139 mmHg x ≥140 mmHg); pressão diastólica (≤9 mmHg x > 9 mmHg).

Os dados coletados foram organizados e analisados, utilizando-se inicialmente a análise descritiva dos

dados que compõem o perfil de medicamentos, em seguida, foi identificada a prevalência de polifarmacoterapia. A polifarmacoterapia foi definida como uso de 5 ou mais medicamentos de forma concomitante<sup>11</sup>. Para tanto, a variável polifarmacoterapia foi construída com base na categorização da quantidade de medicamentos usados. Desta forma, considerou-se como *sim* para a polifarmacoterapia os idosos que usavam cinco ou mais medicamentos ao longo do dia e *não* para os que usavam menos de cinco medicamentos<sup>11</sup>. Assim foi definida a variável dependente para a análise de fatores associados à polifarmacoterapia.

Para verificar a existência de associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a variável dependente polifarmacoterapia, realizou-se a análise bivariada, utilizando o teste qui-quadrado de Pearson. Enquanto a análise de regressão logística foi utilizada para a definição dos fatores associados à polifarmacoterapia, em um modelo final. Para essa etapa do modelo final, foram analisadas de forma conjunta todas as variáveis que, na análise bivariada, mostraram associação até o nível de 20% ( $p \leq 0,20$ ). O nível de significância final assumido foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ), com apresentação dos *OddsRatio* (OR) e seus respectivos intervalos de confiança de 95%.

Este estudo foi conduzido de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa da Saúde (FEPECS)/Secretaria de Estado de Saúde (SES) do Distrito Federal, sob o Parecer Consubstanciado nº. 1.020.135 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 38201714.1.0000.5553.

## RESULTADOS

Foi considerado para o estudo um total de 211 prontuários de idosos. Em prontuários de 62(29,4%) dos idosos foi identificado o uso de 5 ou mais medicamentos de forma concomitante, ou seja, a polifarmacoterapia.

Entre os idosos deste estudo, a maior parte 56 (26,5%) utiliza três classes medicamentosas diferentes (tabela 1).

**Tabela 1.** Quantidade de classes medicamentosas por paciente entre idosos Brazlândia (n=211). DF, 2015.

Quantidade de classes medicamentosas diferentes	N (%)
Nenhuma	5 (2,4)
Apenas uma	18 (8,5)
Duas classes	30 (14,2)
Três classes	56 (26,5)
Quatro classes	40 (19,0)
Cinco classes	19 (9,0)
Seis classes	18 (8,5)
Sete classes	10 (4,7)
Oito classes	8 (3,8)
Nove classes	7 (3,3)
Total	211 (100,0)

Na análise bivariada, constataram-se os seguintes fatores associados ( $p < 0,05$ ) à polifarmacoterapia: pressão arterial (PA) sistólica, diabetes, hipertensão arterial, complicações cardiovasculares (tabela 2).

Quanto às classes de medicamentos verificou-se associação significativa com todas as classes, exceto antidepressivos e corticoides.

**Tabela 2.** Análise bivariada entre polifarmacoterapia e variáveis sociodemográficas, clínicas, relacionadas e as doenças presentes (n=211). DF, 2015.

Variáveis Sociodemográficas e Clínicas	Polifarmacoterapia		Valor <i>p</i>
	Sim N (%)	Não N (%)	
Sexo			
Masculino	20 (24,1)	63 (75,9)	0,11
Feminino	42 (32,8)	86 (67,2)	
Idade(anos) (média=70 anos; dp=8,6)			
Até 70	34 (30,1)	79 (69,9)	0,12
Mais de 70	28 (28,6)	70 (71,4)	
Tabagismo			
Não	60 (29,0)	147 (71,0)	0,33
Sim	2 (50,0)	2 (50,0)	
Etilismo			
Não	61 (29,2)	148 (70,8)	0,50
Sim	1 (50,0)	1 (50,0)	
Pressão Arterial sistólica			
Até 139 mmHg	22 (21,0)	83 (79,0)	0,00
140 mmHg acima	39 (37,5)	65 (62,5)	
Pressão Arterial diastólica			
Até 9 mmHg	51 (28,3)	129 (71,7)	0,31
Maior que 9 mmHg	10 (34,5)	19 (65,5)	

continua

Continuação da Tabela 2

Variáveis Sociodemográficas e Clínicas	Polifarmacoterapia		Valor <i>p</i>
	Sim	Não	
	N (%)	N (%)	
Glicemia (média=161 mg/dl;dp=70)			
Diabetes			
Não	22 (15,2)	123 (84,8)	0,00
Sim	40 (60,6)	26 (39,4)	
Hipertensão			
Não	10 (17,9)	46 (82,1)	0,01
Sim	52 (33,5)	103 (66,5)	
Osteoporose			
Não	54 (28,6)	135 (71,4)	0,29
Sim	8 (36,4)	14 (63,6)	
Complicações Cardiovasculares			
Não	28 (19,2)	118 (80,8)	0,00
Sim	34 (52,3)	31 (47,7)	
Sofrimento Mental			
Não	53 (31,0)	118 (69,0)	0,19
Sim	9 (22,5)	31 (75,5)	
Doenças Gastrointestinais			
Não	57 (29,4)	137 (70,6)	0,59
Sim	5 (29,4)	12 (70,6)	

**Tabela 3.** Análise bivariada entre polifarmacoterapia e as classes medicamentosas em uso (n=211). DF, 2015.

Classes de medicamentos	Polifarmacoterapia		Valor <i>p</i>
	Sim	Não	
	N (%)	N (%)	
Anti-Hipertensivos			
Não	3 (6,2)	45 (93,8)	0,00
Sim	59 (36,2)	104 (63,8)	
Diuréticos			
Não	13 (15,1)	73 (84,9)	0,00
Sim	49 (39,2)	76 (60,8)	
Betabloqueadores de Canais de Cálcio			
Não	43 (25,4)	126 (74,6)	0,01
Sim	19 (45,2)	23 (54,8)	
Inibidores de IECA			
Não	31 (22,6)	106 (77,4)	0,00
Sim	31 (41,9)	43 (58,1)	
Bloqueadores AT1			
Não	38 (24,8)	115 (75,2)	0,01
Sim	24 (41,4)	34 (58,6)	

continua

Continuação da Tabela 3

Classes de medicamentos	Polifarmacoterapia		Valor <i>p</i>
	Sim N (%)	Não N (%)	
<b>Inibidores Adrenérgicos</b>			
Não	38 (22,5)	131 (77,5)	0,00
Sim	24 (57,1)	18 (42,9)	
<b>Hipoglicemiantes</b>			
Não	30 (17,3)	141 (82,5)	0,00
Sim	32 (80,0)	8 (20,0)	
<b>Sulfoniureias</b>			
Não	31 (17,9)	142 (82,1)	0,00
Sim	30 (81,1)	7 (18,9)	
<b>Biguanidas</b>			
Não	26 (16,0)	137 (84,0)	0,00
Sim	36 (75,0)	12 (25,0)	
<b>Insulina</b>			
Não	58 (29,1)	141 (70,9)	0,75
Sim	4 (33,3)	8 (66,7)	
<b>Anti-Hipercolesterolemiantes</b>			
Não	39 (21,9)	140 (78,2)	0,00
Sim	23 (71,9)	9 (28,1)	
<b>Estatinas</b>			
Não	42 (23,2)	139 (76,8)	0,00
Sim	20 (66,7)	10 (33,3)	
<b>Antiagregante Plaquetário</b>			
Não	33 (19,3)	138 (80,7)	0,00
Sim	29 (72,5)	11 (27,5)	
<b>Cardiovasculares Cardiotônicos</b>			
Não	53 (26,6)	146 (73,4)	0,00
Sim	9 (75,0)	3(25,0)	
<b>Antidepressivos</b>			
Não	53 (30,8)	119 (69,2)	0,22
Sim	9 (23,1)	30 (76,9)	
<b>Corticoides</b>			
Não	60 (30,2)	139 (69,8)	0,26
Sim	2 (16,7)	10 (83,3)	

IECA: Inibidores da enzima conversora de angiotensina; AT1: Agiotensina1

Como demonstrado na tabela 4, na análise múltipla, permaneceram como variáveis associadas à polifarmacoterapia: diabetes *mellitus*, complicações cardiovasculares e uso de anti-hipertensivos. Como cerca de 70% dos participantes do estudo eram

portadores de hipertensão e provavelmente faziam uso de anti-hipertensivos, a variável hipertensão não foi considerada para o modelo final a fim de se evitar possível confundimento.

**Tabela 4.** Modelo final dos fatores associados à polifarmacoterapia entre idosos. DF, 2015.

Variáveis Independentes	OR ajustada	IC 95%	p valor
Diabetes			
Não	1		
Sim	17,77	7,25-23,52	0,00
Complicações Cardiovasculares			
Não	1		
Sim	7,76	3,27-8,40	0,00

## DISCUSSÃO

Os dados desta pesquisa mostram uma alta prevalência de idosos em polifarmacoterapia (29,4%). Realidade similar foi observada em estudo transversal com idosos atendidos em uma unidade da ESF de São Paulo, Brasil (30,6%)<sup>12</sup>. Estudo conduzido em idosos residentes em Goiânia, GO, evidenciou uma média de uso de 3,63 medicamentos por idoso, bem como prevalência de polifarmacoterapia de 26,4%, semelhante a prevalência encontrada no presente estudo. Prevalência superior foi encontrada em um município do extremo sul do Rio Grande do Sul (31,86%)<sup>13</sup>. Estudo realizado entre idosos atendidos pela ESF da área urbana de Recife, PE, evidenciou uma prevalência de polifarmacoterapia de 11%, menor do que encontrada no presente estudo<sup>14</sup>. Pesquisa realizada no Sul do Brasil, comparando idosos residentes em área urbana e rural, encontrou prevalência de polifarmacoterapia de 13,9%, próxima daquela encontrada no mencionado estudo do Nordeste (11%). Essas variações podem estar relacionadas às desigualdades regionais relacionadas à assistência à saúde e às políticas para disponibilização de medicamentos que podem ser bastante diversas nas regiões do país.

No presente estudo, a classe de medicamentos mais prescrita foi a de fármacos para controle dos níveis pressóricos. Diversos estudos concordam quanto a classe medicamentosa mais prescrita que também foi a de medicamentos para controle dos níveis pressóricos<sup>14,15</sup>. Esse achado pode ser explicado pela alta prevalência de hipertensão no Brasil, principalmente entre idosos que pode chegar a 50% em todas as regiões do Brasil<sup>16</sup>. Por ser a hipertensão um fator que, sabidamente, poderia

influenciar a prática de polifarmacoterapia ela não foi considerada no modelo final a fim de permitir a expressão de variáveis pouco conhecidas.

Quanto ao uso de anti-hipertensivos, foi observado em outro estudo realizado em Montes Claros, MG, o uso, por alguns pacientes, de até seis diferentes tipos de anti-hipertensivos. Entretanto, esse uso deve ser cauteloso por facilitar a ocorrência de eventos adversos, interações medicamentosas e iatrogenias<sup>17</sup>. Os achados identificados na presente investigação e nos citados estudos são relevantes e preocupantes, reforçam a importância da orientação, sobretudo para a população idosa que se encontra em um estágio da vida que requer maior atenção e maiores cuidados. Em especial, quando há dificuldades na identificação de medicamentos, pode-se promover o uso inadequado, além de causar danos que comprometam ainda mais sua saúde<sup>18</sup>. Uma forma de contornar as altas prevalências de hipertensão e seus consequentes impactos no uso excessivo de medicamentos deveria ser o investimento em medidas preventivas a fim de influenciar o comportamento e o estilo de vida para que, a longo prazo, a ocorrência dessa doença fosse menor<sup>16</sup>.

Esta pesquisa revelou que além do uso de medicamentos anti-hipertensivos a diabetes e as complicações cardiovasculares foram os fatores associados à polifarmacoterapia. De forma semelhante, observou-se em pesquisa um consumo médio de 5,7 medicamentos entre os idosos hipertensos, 4,8 entre os diabéticos e 6,2 entre os diabéticos hipertensos<sup>17</sup>. Outros dados similares são verificados em pesquisa acerca da temática. Em estudo epidemiológico transversal realizado com 167 idosos domiciliados em uma área de abrangência

de uma unidade básica de saúde no município de Uruguaiana, RS, foi verificado que as doenças mais referidas pelos idosos foram as complicações cardiovasculares e era rotina o uso de medicamentos para controle dessas morbidades<sup>19</sup>. Outros estudos, em São Paulo, SP e Florianópolis, SC, descreveram como os principais problemas referidos à hipertensão arterial e à diabetes, aos quais a maioria dos idosos (88,0%) fazia uso de medicações<sup>11,20</sup>.

As doenças crônicas e as manifestações clínicas decorrentes do envelhecimento podem ser aventadas como os principais elementos envolvidos na etiologia da polifarmacoterapia<sup>11</sup>. O fato de a presença de hipertensão arterial, diabetes, problemas cardíacos, osteoporose e sofrimento mental aumentar o risco de o idoso estar usando mais de cinco medicamentos tem, até certo ponto, conexão bastante lógica. Sabe-se que a terapia farmacológica é uma intervenção necessária em muitos casos, podendo propiciar uma melhoria do estado de saúde do paciente idoso, desde que utilizados adequadamente<sup>19</sup>. Todavia, a ausência de programas integrados de atenção à saúde do idoso pode comprometer o uso racional dos medicamentos<sup>21</sup>.

De forma similar a esta pesquisa, em uma investigação, as classes medicamentosas mais prescritas foram aquelas destinadas aos problemas do sistema cardiocirculatório, os anti-hipertensivos. Na sequência encontram-se os medicamentos de uso sistêmico, os que atuam no sistema digestório e metabolismo<sup>16</sup>. Inquérito sobre o uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos, em Belo Horizonte, MG, revelou as classes anti-hipertensivas mais utilizadas, em todos os grupos estudados, foram os diuréticos, IECA e  $\beta$ -bloqueadores, provavelmente por serem fornecidos pelo SUS<sup>17</sup>. Similarmente, em estudo retrospectivo de prontuários de 382 idosos pertencentes a quatro unidades de ESF, constatou-se que a classe dos tiazídicos foi a mais prescrita nas quatro unidades, tanto como monoterapia quanto em associação com outras classes. Os inibidores da enzima conversora de angiotensina compuseram a segunda classe de anti-hipertensivos mais utilizada, tanto de forma isolada como em associações. Os betabloqueadores, os bloqueadores dos canais de cálcio e os diuréticos de alça foram menos utilizados<sup>20</sup>.

Esses resultados ressaltam a necessidade de implementar protocolos de tratamento para hipertensão e diabetes nas instituições de saúde e sensibilizar os prescritores para o seu uso, com vistas a melhorar a qualidade do atendimento, favorecendo a efetividade e a racionalidade terapêutica<sup>17</sup>. Adicionalmente, o conhecimento das características sociodemográficas, de saúde e relativas à polifarmacoterapia desses idosos favorece a implantação de ações específicas para essa faixa etária pelos profissionais de saúde, principalmente os que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), pois o enfoque na população, na prevenção, na vigilância permanente, bem como, a integração entre os níveis de atenção à saúde são importantes para uma assistência especializada e para o manejo adequado das patologias que acometem esse público<sup>19</sup>.

Os resultados devem ter sua interpretação considerando algumas limitações: o espaço geográfico limitado. Apenas 60% dos moradores de Brazlândia, DF, são assistidos por ESF, totalizando 11 equipes e, dessas equipes, somente cinco dispunham de prontuário eletrônico. Esse foi um dos critérios de inclusão na pesquisa. Outro fato limitante é a falta de padronização no preenchimento dos prontuários. Muitos profissionais não tem o devido cuidado não anotando detalhadamente dados sobre exame físico, anamnese e medicamentos em uso e prescritos. Isso prejudica, sobremaneira, estudos de prontuários, podendo trazer ainda vários outros prejuízos para pacientes e profissionais tanto em questões epidemiológicas bem como assistenciais e técnico-jurídicas. Todavia, é importante registrar que o presente estudo foi conduzido com uma amostra representativa de idosos para uma região onde o tema ainda não havia sido estudado e, portanto, apresenta dados relevantes.

## CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu avaliar a polifarmacoterapia entre aos idosos assistidos na ESF e a evidenciar os fatores relacionados. A prevalência de polifarmacoterapia foi alta; a maioria utiliza três classes medicamentosas diferentes; o diabetes *mellitus*, complicações cardiovasculares e o uso de



medicamentos anti-hipertensivos foram os fatores associados a alta prevalência da polifarmacoterapia.

Trata-se de uma realidade preocupante demandando novas posturas por parte dos profissionais. A polifarmacoterapia deve ser bem avaliada, com vistas a evitar danos aos idosos, a exemplo das iatrogenias. Ressalta-se a necessidade

de implementar medidas que alertem e sensibilizem os profissionais de saúde da família, sobretudo os prescritores, a fim de melhorar a qualidade da assistência à clientela idosa e efetivar a racionalidade terapêutica. Ademais, são necessárias ações específicas e contextualizadas às singularidades dos idosos no contexto da ESF enfocando uma assistência adequada a esse público e à problemática da polifarmacoterapia.

## REFERÊNCIAS

1. Santos TRA, Lima DM, Nakatani AYK, Pereira LV, Leal GS, Amaral RG. Medicine use by the elderly in Goiania, Midwestern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(1):94-103.
2. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(4):779-86.
3. Clares JWB, Freitas MC, Almeida PC, Galiza FT, Queiroz TA. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. *Rev Rene*. 2011;12(n. esp.):988-94.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Biblioteca Virtual de Saúde: Ministério da Saúde; 2008.
5. Barros TB, Maia ER, Pagliuca LMF. Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Rene*. 2011;12(4):732-41.
6. Santos TRA, Lima DM, Nakatani AYK, Pereira LV, Leal GS, Amaral RG. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(1):94-103.
7. Farias RG, Santos SMA. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto & Contexto Enferm*. 2012;21(1):167-76.
8. Secoli SR. Polypharmacy: interaction and adverse reactions in the use of drugs by elderly people. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(1):136-40.
9. Silva AL, Ribeiro AQ, Klein CH, Acurcio FA. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(6):1033-45.
10. World Health Organization, Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomical-Therapeutic-Chemical classification index. Oslo: Norwegian Institute of Public Health; 2013.
11. Turpin C, Dear M, Walters P. Louisiana Drug Utilization Review (LADUR) Education Polypharmacy: consequences and management [Internet]. [sem local]:[sem publicador]; [20- -] [acesso em 31 out 2007]. Disponível em: <http://rxweb.ulm.edu/pharmacy/oore/2005%20Summer%20Edition.pdf>
12. Cabrelli R, Sousa CS, Turrini RNT, Cianciarullo TI. Idosos na unidade de saúde da família: morbidade e utilização de serviços de saúde. *Rev Rene*. 2014;15(1):89-98.
13. Gauterio DP, Santos SSC, Strapasson CMS, Vidal DAS, Piexak DR. Uso de medicamentos por pessoas idosas na comunidade: proposta de ação de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(5):702-8.
14. Neves SJF, Marques APO, Leal MCC, Diniz AS, Medeiros TS, Arruda IKG, et al. Epidemiology of medication use among the elderly in an urban area of Northeastern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(4):1-10.
15. Pizzol TSD, Pons ES, Hugo FN, Bozzetti MC, Sousa MLR, Hilgert JB. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Publica*. 2012;28(1):104-14.
16. Oliveira MPF, Novaes MRCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(4):1069-78.
17. Mendes GS, Moraes CF, Gomes L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idoso no Brasil entre 2006 e 2010. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(32):273-8.

18. Gontijo MF, Ribeiro AQ, Klein CH, Rozenfeld S, Acurcio FA. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(7):1337-46.
19. Silva CSO, Pereira MI, Yoshitome AY, Rodrigues Neto JF, Barbosa DA. Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(4):811-8.
20. Tier CG, Santos SSC, Poll MA, Hilgert RM. Condições de saúde dos idosos na Atenção Primária à Saúde. *Rev Rene*. 2014;15(4):668-75.
21. Marchioli M, Marin MJS, Pizoletto BHM, Oliveira CAP, Santos RV. Classes de anti-hipertensivos prescritas aos idosos na Estratégia de Saúde da Família do município de Marília (SP). *Rev Baiana Saúde Pública*. 2010;34(3):682-93.

Recebido: 10/02/2017

Revisado: 13/06/2017

Aprovado: 26/07/2017