

Fatores associados à polifarmácia em idosos residentes em comunidade

Tamiles Daiane Borges Santana*
Camille Giehl Martins Miranda*
Rudson Oliveira Damasceno*
Lucas dos Santos*
Cezar Augusto Casotti*
Marcos Henrique Fernandes*
José Ailton Oliveira Carneiro*

893



Fatores associados à polifarmácia...
O Mundo da Saúde, São Paulo - 2019;43(4): 884-901

Resumo

A prática da polifarmácia em idosos, tem sido frequentemente relacionada a efeitos adversos, interações medicamentosas, internações hospitalares e internamento prolongado. Neste sentido, o objetivo do estudo foi determinar a prevalência de polifarmácia em idosos e identificar os fatores associados a essa prática utilizando a classificação de 3 ou mais medicamentos. Foi realizado um estudo de corte transversal, de base populacional e domiciliar incluindo 316 idosos (idade \geq 60 anos) de um município de pequeno porte. O uso de polifarmácia foi considerado como a utilização concomitante de 3 ou mais medicamentos, as variáveis sociodemográficas, comportamentais e condições de saúde foram coletadas por meio de um questionário próprio. A média de idade dos idosos foi $74,2 \pm 9,8$ anos, sendo 54,7% do sexo feminino. A prevalência de idosos que utilizavam três ou mais medicamentos (polifarmácia) foi de 40,8%, destes 56,8% relataram ser hipertensos, 80% diabéticos e 65,2% com multimorbidade. Na análise ajustada, a polifarmácia esteve associada ao sexo feminino (RP = 1,40; IC95%: 1,08-1,81; $p = 0,011$), naqueles com faixa etária de 70 a 79 anos (RP = 1,58; IC95%: 1,18-2,11; $p = 0,002$), nos insuficientemente ativos (RP = 1,41; IC95%: 1,11-1,78; $p = 0,005$), hipertensos (RP = 2,37; IC95%: 1,24-4,52; $p = 0,009$), diabéticos (RP = 1,49; IC95%: 1,22-1,82; $p < 0,001$) e com multimorbidade (RP = 4,35; IC95%: 1,20-15,73; $p = 0,025$). Observou-se uma elevada prevalência de idosos que faz uso da polifarmácia, estando a mesma associada ao sexo feminino, aos idosos com faixa etária de 70 a 79 anos, insuficientemente ativos, hipertensos, diabéticos e com multimorbidade. Tais constatações demonstraram que a utilização de 3 ou mais medicamentos já expõe o idoso aos riscos da polifarmácia.

Palavras-chave: Idoso. Uso de medicamentos. Polimedicação.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento somado as alterações epidemiológicas aumentam a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)¹, sendo a utilização de medicamentos uma das principais formas de tratamento para o controle e prevenção das condições crônicas, estas condições predispõem ao consumo de múltiplos fármacos².

O termo polifarmácia é utilizado para traduzir o uso de múltiplos fármacos simultaneamente^{3,4}, embora não haja uma definição clara na

literatura^{5,6}, alguns estudos apontam como o uso de 2 ou mais medicamentos^{7,3} ou mais^{8,9} e ainda 5 ou mais medicamentos^{10,11,12,13}.

A prática de polifarmácia em idosos tem sido associada a muitos resultados adversos à saúde, podendo desencadear sintomas como náuseas, dores abdominais, distúrbios gastrintestinais, cefaleia, tontura, alergias, tosse, sudorese, hipotensão ou hipertensão, alterações nos ritmos cardíacos e respiratórios¹⁴. A utilização da polifarmácia também está relacionada

DOI: 10.15343/0104-7809.20194304884901

*Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
E-mail: tamilesdbs@hotmail.com





a baixa adesão ao tratamento, interações medicamentosas, internações hospitalares, internamento prolongado e reinternações⁹.

Estudos de base populacional apontaram alguns fatores associados a polifarmácia, como sexo feminino^{10,11}, aumento da idade, autoavaliação de saúde negativa¹¹, plano privado de saúde^{1,10}, ter sido internado no último ano^{1,10}, ter quatro ou mais doenças autorreferidas¹⁰, ser hipertenso^{1,15}, ser diabético^{1,15}, ser frágil e não saber ler¹⁵.

Levando-se em consideração que a maioria dos estudos sobre fatores associados a polifarmácia em idosos utilizaram a classificação de cinco ou mais medicamentos, torna-se interessante investigar os fatores associados a polifarmácia usando a classificação de 3 ou mais medicamentos para auxiliar no planejamento de ações para promoção do uso racional de fármacos, e com isto, preencher algumas lacunas na área de saúde pública e envelhecimento.

Diante do exposto, este estudo objetivou determinar a prevalência de polifarmácia em idosos e identificar os fatores associados a essa prática utilizando a classificação de 3 ou mais medicamentos.

METODOLOGIA

Desenho do estudo, população e coleta de dados

Trata-se de um estudo com delineamento transversal. As informações utilizadas foram extraídas do banco de dados da pesquisa epidemiológica, de base populacional e domiciliar, intitulada "Estado nutricional, comportamentos de risco e condições de saúde dos idosos de Lafaiete Coutinho-BA" realizada em janeiro de 2011.

Foi conduzido um censo a partir da listagem de todos os idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF), que cobre 100% da população do município. Todos os indivíduos residentes na zona urbana com idade ≥ 60 anos, de ambos os sexos, foram selecionados para entrevistas e avaliações (medidas antropométricas).

A população do estudo era composta por

355 idosos, no qual foram registrados 17 (4,8%) recusas e 22 (6,2%) não foram encontrados após três visitas domiciliares em dias alternados, sendo consideradas perdas, resultando em população final de 316 (89%) idosos.

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário específico, baseado no questionário utilizado na Pesquisa Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), realizado em sete países da América Latina e do Caribe¹⁶.

As coletas de dados ocorreram em duas etapas: A primeira consistiu de uma entrevista domiciliar, feita por apenas um entrevistador, abrangendo informações pessoais, estado de saúde e estilo de vida. A segunda etapa foi realizada nas unidades da ESF, agendada com intervalo de um a três dias após a entrevista domiciliar, sendo nesta realizada as medidas antropométricas.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, BA, Brasil, (nº 064/2010). A participação foi voluntária, e todos os indivíduos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Polifarmácia (variável dependente)

Para verificar a prática de polifarmácia foi solicitado ao idoso que respondesse o seguinte questionamento "O (a) Sr. (a) poderia me dizer o nome dos remédios de uso contínuo que está usando ou tomando? ", após a resposta, foi solicitado que mostrasse os medicamentos de uso contínuo que estavam sendo utilizados na época da coleta para confirmação. Foi considerada prática de polifarmácia os idosos que utilizavam três ou mais medicamentos^{8,9}.

Fatores associados (Variáveis independentes)

As variáveis independentes foram distribuídas nos seguintes blocos:

Características sociodemográficas

Sexo (feminino, masculino); Grupo etário (60 a 69, 70 a 79, ≥ 80 anos); Arranjo familiar (acompanhado, sozinho), categorizado de acordo com a quantidade de residentes no domicílio; Saber ler e escrever um recado (sim,



não) foi avaliado por meio do questionamento "O (a) Sr. (a) sabe ler e escrever um recado? "; Raça (branca e não branca).

Aspectos comportamentais

Nível de atividade física (Insuficientemente ativo, ativo), o nível de atividade física foi avaliado pelo *Questionário Internacional de atividades física* (IPAQ) - forma longa¹⁷ e adaptado para idosos no Brasil¹⁸. Foram considerados ativos, os indivíduos que praticaram atividades físicas moderadas e/ou vigorosas por pelo menos 150 minutos por semana¹⁹; Ingestão de bebida alcoólica (≤ 1 dia/semana e ≥ 2 dias/semana), tendo como referência os últimos três meses; Consumo de cigarro (fumante, ex-fumante e nunca fumou), avaliado por meio do questionamento "O Sr. (a) tem ou teve o hábito de fumar?".

Condições de saúde

Hipertensão arterial (sim e não) e Diabetes (sim e não), para o diagnóstico foi considerado o relato do idoso referenciado por algum profissional de saúde;

Número de doenças crônicas [nenhuma, uma e duas ou mais (multimorbidade)], para essa classificação foi considerado o relato do idoso quanto ao diagnóstico referenciado por algum profissional de saúde para: hipertensão, diabetes, câncer (com exceção da pele), doença crônica do pulmão, problemas cardíacos, circulatórios, artrite/artrose/reumatismo e osteoporose;

Hospitalização no último ano (sim, não), essa informação foi obtida por meio do seguinte questionamento "durante os últimos 12 meses, quantas vezes diferentes o (a) Sr. (a) esteve internado (a) no Hospital? ";

Autopercepção de saúde: categorizada em positiva (excelente, muito boa, boa) e negativa (regular, ruim). Essa variável foi obtida através do questionamento "O (a) Sr. (a) diria que sua saúde é excelente, muito boa, boa, regular ou má?";

Quedas (sim, não), avaliada por meio do autorrelato de ocorrência de quedas nos últimos 12 meses;

Capacidade Funcional (independente, dependente nas Atividades Instrumentais de Vida

Diária - AIVD, dependentes nas AIVD e Atividade Básicas de Vida Diária - ABVD), essa variável foi mensurada por meio das ABVD, usando a escala de Katz *et al.*²⁰ e AIVD usando a escala de Lawton e Brody²¹. Os idosos foram classificados como independentes quando realizavam as atividades sem ajuda, e dependentes quando necessitavam de ajuda em pelo menos uma das atividades. A capacidade funcional foi hierarquizada²² e dividida nas três categorias supracitadas;

Índice de massa corporal (IMC) (< 22 Kg/m² = peso insuficiente, $22 \leq \text{IMC} \leq 27$ Kg/m² = adequado e $\text{IMC} > 27$ Kg/m² = sobrepeso)²³. Para a mensuração da massa corporal (MC) foi utilizada uma balança digital portátil, com capacidade máxima de 150 Kg (Zhongshan CamryElectronic, G-Tech Glass 6, China), onde o avaliado permaneceu descalço e vestindo o mínimo de roupa possível. A estatura foi mensurada de acordo com a técnica de Frisancho²⁴, onde utilizou um estadiômetro compacto portátil (Wiso, China) instalado em local adequado, segundo as normas do fabricante. O idoso, ainda descalço, era posicionado de forma ereta, com os pés unidos e os calcanhares, nádegas e cabeça em contato com a parede, os olhos fixos num eixo horizontal paralelo ao chão (Linha de Frankfurt).

Análise estatística

Foi realizada uma análise descritiva dos dados (média e desvio padrão, frequência absoluta e relativa). A associação entre polifarmácia e as variáveis independentes foram verificadas por meio de análises brutas e ajustadas usando a regressão de Poisson, com cálculo robusto de razões de prevalência (RP) e intervalo de confiança de 95% (IC95%). Na análise bruta a prevalência de polifarmácia foi calculada para cada categoria das variáveis independentes e o nível de significância foi testada por meio do teste de Wald de heterogeneidade. As variáveis que apresentaram significância estatística de pelo menos 20% ($p \leq 0,20$) nas análises brutas permaneceram na análise ajustada, com base na ordem de um modelo hierárquico para a determinação dos resultados (Figura 1). O efeito de cada variável independente sobre o resultado

foi controlado pelas variáveis do mesmo nível e de níveis mais elevados no modelo. O nível de significância adotado no estudo foi de 5%. Os dados foram tabulados e analisados no programa estatístico SPSS® versão 21.0.

A prevalência de idosos que utilizavam três ou mais medicamentos (polifarmácia) foi de 40,8%.

Tabela 1- Características da população de estudo. Lafaiete Coutinho, Brasil, 2011.

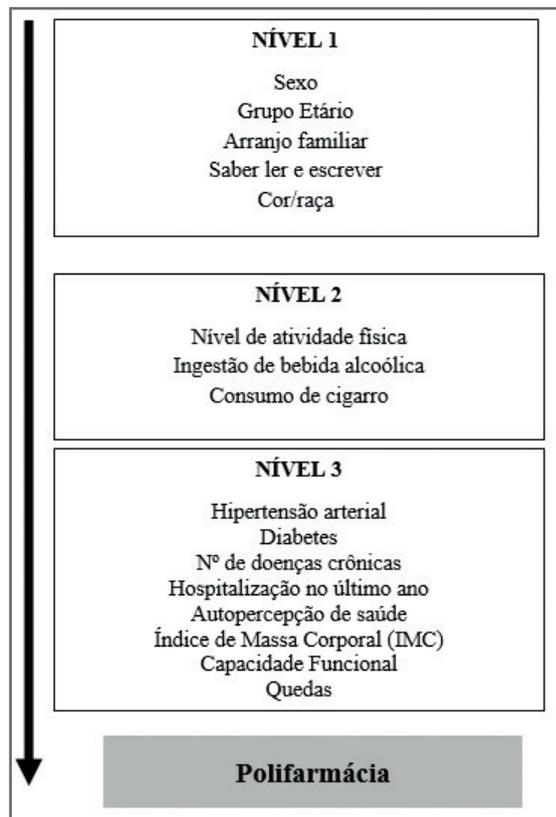


Figura 1- Modelo conceitual para determinação do desfecho.

RESULTADOS

Participaram do estudo 316 idosos com idade média de $74,2 \pm 9,8$ anos. Observa-se que 54,7% dos idosos são do sexo feminino, 63,5% têm idade ≥ 70 anos, 47,7% apresentaram níveis insuficientes de atividade física, 65,6% relataram ser hipertensos, 11,4% diabéticos, 45,5% relataram ter duas ou mais doenças crônicas (multimorbidade), 75,5% já foram hospitalizados uma vez, 58,1% relataram autopercepção de saúde negativa e 25,8% relataram ter caído pelo menos uma vez. As demais características da população estão apresentadas na Tabela 1.

| Variáveis | % resposta | N | % |
|-------------------------------|--------------|-----|------|
| Sexo | 100 | | |
| Feminino | | 173 | 54,7 |
| Masculino | | 143 | 45,3 |
| Grupo etário (anos) | 99,7 | | |
| 60-69 | | 115 | 36,5 |
| 70-79 | | 106 | 33,7 |
| ≥ 80 | | 94 | 29,8 |
| Arranjo familiar | 100,0 | | |
| Sozinho | | 52 | 16,5 |
| Mora com companheiro | | 264 | 83,5 |
| Ler/escrever | 100,0 | | |
| Sim | | 105 | 33,2 |
| Não | | 211 | 66,8 |
| Raça | 95,9 | | |
| Branca | | 64 | 21,1 |
| Não branca | | 239 | 78,9 |
| Atividade Física | 98,1 | | |
| Insuficientemente ativo | | 148 | 47,7 |
| Ativo | | 162 | 52,3 |
| Tabaco | 99,7 | | |
| Fumante | | 35 | 11,1 |
| Ex-fumante | | 147 | 46,7 |
| Nunca fumou | | 133 | 42,2 |
| Consumo de álcool | 99,7 | | |
| ≤ 1 dia/semana | | 296 | 94 |
| ≥ 2 dias/semana | | 19 | 6 |
| Hipertensão | 99,4 | | |
| Sim | | 206 | 65,6 |
| Não | | 108 | 34,4 |
| Diabetes | 97,5 | | |
| Sim | | 35 | 11,4 |
| Não | | 273 | 88,6 |
| Nº de doenças crônicas | 95,9 | | |

continua...



continuação tabela 1...

| Variáveis | % resposta | N | % |
|-------------------------------|-------------|-----|------|
| Nenhuma | | 62 | 20,5 |
| Uma | | 103 | 34,0 |
| Multimorbidade | | 138 | 45,5 |
| Hospitalização | 99,4 | | |
| Sim | | 237 | 75,5 |
| Não | | 77 | 24,5 |
| Autopercepção de Saúde | 95,9 | | |
| Positiva | | 127 | 41,9 |
| Negativa | | 176 | 58,1 |
| IMC | 94,6 | | |
| Peso insuficiente | | 83 | 27,8 |
| Adequado | | 131 | 43,4 |
| Sobrepeso | | 85 | 28,4 |
| Capacidade funcional | 97,2 | | |
| Independente | | 130 | 42,3 |
| Dependente em AIVD | | 126 | 41 |
| Dependente em ABVD | | 51 | 16,6 |
| Queda | 99,4 | | |
| Sim | | 81 | 25,8 |
| Não | | 233 | 74,2 |

IMC: Índice de Massa Corporal.

A Tabela 2 apresenta a prevalência de polifarmácia, de acordo com as variáveis independentes. O uso de polifarmácia foi significativamente mais frequente nos idosos do sexo feminino, mais longevos, insuficientemente ativos, hipertensos, diabéticos, com multimorbidade, com percepção de saúde negativa e com baixa capacidade funcional. Entretanto, o uso de polifarmácia foi menos frequente entre idosos fumantes e com baixo peso.

Tabela 2- Prevalência de polifarmácia e sua relação com as variáveis independentes do estudo. Lafaiete Coutinho, Brasil, 2011.

| Variáveis | % | RP bruta | IC95% | p-valor |
|-------------|------|----------|-----------|---------|
| Sexo | | | | |
| Feminino | 50,9 | 1,77 | 1,32-2,39 | < 0,001 |
| Masculino | 28,7 | 1 | | |

continua...

continuação tabela 2...

| Variáveis | % | RP bruta | IC95% | p-valor |
|-------------------------------|--------------|----------|------------|---------|
| Grupo etário (anos) | 99,7 | | | |
| 60-69 | 28,7 | 1 | | |
| 70-79 | 50,9 | 1,78 | 1,26-2,50 | 0,001 |
| ≥ 80 | 44,7 | 1,56 | 1,10-2,24 | 0,018 |
| Arranjo familiar | 100,0 | | | |
| Sozinho | 34,6 | 0,82 | 0,55-1,23 | 0,340 |
| Mora com companheiro | 42,0 | 1 | | |
| Ler/escrever | 100,0 | | | |
| Sim | 35,2 | 1 | | |
| Não | 43,6 | 1,24 | 0,91-1,67 | 0,166 |
| Raça | 95,9 | | | |
| Branca | 31,3 | 1 | | |
| Não branca | 43,1 | 1,38 | 0,93-2,04 | 0,108 |
| Atividade Física | 98,1 | | | |
| Insuficientemente ativo | 50,7 | 1,58 | 1,20-2,08 | 0,001 |
| Ativo | 32,1 | 1 | | |
| Tabaco | 99,7 | | | |
| Fumante | 20 | 0,40 | 0,20-0,80 | 0,009 |
| Ex-fumante | 38,1 | 0,77 | 0,59-1,00 | 0,053 |
| Nunca fumou | 49,6 | 1 | | |
| Consumo de álcool | 99,7 | | | |
| ≤ 1 dia/semana | 41,2 | 1 | | |
| ≥ 2 dias/semana | 36,8 | 0,89 | 0,49-1,64 | 0,716 |
| Hipertensão | 99,4 | | | |
| Sim | 56,8 | 5,58 | 3,14-9,89 | < 0,001 |
| Não | 10,2 | 1 | | |
| Diabetes | 97,5 | | | |
| Sim | 80,0 | 2,23 | 1,77-2,80 | < 0,001 |
| Não | 35,9 | 1 | | |
| Nº de doenças crônicas | 95,9 | | | |
| Nenhuma | 4,8 | 1 | | |
| Uma | 30,1 | 6,22 | 1,98-19,50 | 0,002 |
| Multimorbidade | 65,2 | 13,48 | 4,44-40,9 | < 0,001 |
| Hospitalização | | | | |
| Sim | 38,8 | 0,81 | 0,61-1,07 | 0,138 |
| Não | 48,1 | 1 | | |
| Autopercepção de Saúde | | | | |

continua...

...continuação - Tabela 2

| | | | | |
|-----------------------------|------|------|-----------|---------|
| Positiva | 30,7 | 1 | | |
| Negativa | 47,2 | 1,54 | 1,13-2,08 | 0,006 |
| IMC | | | | |
| Peso insuficiente | 28,9 | 0,65 | 0,44-0,96 | 0,031 |
| Adequado | 44,3 | 1 | | |
| Sobrepeso | 48,2 | 1,09 | 0,81-1,46 | 0,566 |
| Capacidade funcional | | | | |
| Independente | 26,9 | 1 | | |
| Dependente em AIVD | 53,2 | 1,82 | 1,22-2,71 | 0,003 |
| Dependente em ABVD | 49,0 | 1,97 | 1,42-2,74 | < 0,001 |
| Queda | | | | |
| Sim | 43,2 | 1,08 | 0,81-1,45 | 0,598 |
| Não | 39,9 | 1 | | |

IMC: Índice de Massa Corporal.

Na análise ajustada apresentada na Tabela 3, a polifarmácia esteve associada às variáveis sexo, grupo etário, atividade física, hipertensão, diabetes e número de doenças crônicas. Observou-se uma maior prevalência de idosos com uso de polifarmácia no sexo feminino (RP = 1,40; IC95%: 1,08-1,81; p=0,011), naqueles com faixa etária de 70 a 79 anos (RP = 1,58; IC95%: 1,18-2,11; p = 0,002), nos insuficientemente ativos (RP = 1,41; IC95%: 1,11-1,78; p = 0,005), hipertensos (RP = 2,37; IC95%: 1,24-4,52; p = 0,009), diabéticos (RP = 1,49; IC95%: 1,22-1,82; p < 0,001) e com multimorbidade (RP = 4,35; IC95%: 1,20-15,73; p = 0,025).

Tabela 3– Análise ajustada da polifarmácia com as variáveis independentes do estudo. Lafaiete Coutinho, Brasil, 2011.

| Variáveis | RP ajustada | IC95% | p-valor |
|----------------------------|-------------|-----------|---------|
| Sexo | | | |
| Feminino | 1,40 | 1,08-1,81 | 0,011 |
| Masculino | 1 | | |
| Grupo etário (anos) | | | |
| 60-69 | 1 | | |
| 70-79 | 1,58 | 1,18-2,11 | 0,002 |
| ≥ 80 | 1,14 | 0,83-1,58 | 0,413 |
| Atividade Física | | | |

continua...

...continuação - Tabela 3

| Variáveis | RP ajustada | IC95% | p-valor |
|-------------------------------|-------------|------------|---------|
| Insuficientemente ativo | 1,41 | 1,11-1,78 | 0,005 |
| Ativo | 1 | | |
| Hipertensão | | | |
| Sim | 2,37 | 1,24-4,52 | 0,009 |
| Não | 1 | | |
| Diabetes | | | |
| Sim | 1,49 | 1,22-1,82 | < 0,001 |
| Não | 1 | | |
| Nº de doenças crônicas | | | |
| Nenhuma | 1 | | |
| Uma | 2,90 | 0,81-10,36 | 0,100 |
| Multimorbidade | 4,35 | 1,20-15,73 | 0,025 |
| IMC | | | |
| Peso insuficiente | 0,77 | 0,52-1,13 | 0,182 |
| Adequado | 1 | | |
| Sobrepeso | 0,79 | 0,61-1,02 | 0,070 |
| Capacidade funcional | | | |
| Independente | 1 | | |
| Dependente em AIVD | 1,01 | 0,79-1,53 | 0,583 |
| Dependente em ABVD | 1,21 | 0,91-1,61 | 0,182 |

IMC: índice de massa corporal ABVD: atividades básicas de vida diária AIVD: atividades instrumentais de vida diária.

DISCUSSÃO

A polifarmácia, considerada pelo presente estudo como o uso de 3 ou mais medicamentos foi relatado por 40,8% dos idosos. De acordo com estudos nacionais a prevalência de polifarmácia em idosos variou de 10,30%¹³ a 63,2%²⁵, porém, deve-se levar em consideração que no Brasil a maioria dos estudos consideram 5 medicamentos ou mais para polifarmácia, sendo assim esses índices tenderiam a ser maiores caso os estudos considerassem 3 medicamentos. Estudos internacionais apontam uma variação entre 27,4%^{8,9} a 49,6%²⁶.

Segundo Bueno *et al.*² a prática de polifarmácia pode ser explicada pela elevada morbidade que acomete a população idosa. Este achado também foi observado no presente estudo, onde 45,5%



dos idosos tinha multimorbidade, caracterizado pela presença simultânea de duas ou mais doenças.

Evidenciou-se no presente estudo uma diferença significativa entre os sexos quanto ao uso de polifarmácia, apontando o sexo feminino com maior prevalência, o que corrobora com o estudo de Sales *et al.*¹⁰. Esse achado pode ser devido as características biológicas, psicológicas e maior procura das idosas pelos serviços de saúde²⁷.

Em relação ao grupo etário, observou-se que os indivíduos entre 70 e 79 anos apresentaram maior utilização de medicamentos quando comparados aos de 60 e 69 anos e ≥ 80 anos, dados estes que também foram constatados por Sales *et al.*¹⁰ e Almeida *et al.*¹³, e discordantes dos achados por Pereira *et al.*¹¹ que afirmam que os idosos mais velhos praticam com maior frequência a polifarmácia. A idade é considerada um importante fator que contribui para uso de medicamentos, o que pode ser explicado pelo processo natural de envelhecimento, que predispõe a alterações fisiológicas e conseqüentemente a maior necessidade de uso de medicamentos²⁸.

Este estudo identificou que os idosos insuficientemente ativos apresentaram maior prevalência no uso de polifarmácia. Este achado corrobora com estudos de base populacional que demonstraram associação entre nível de atividade física e polifarmácia, indicando que quanto maior o nível de atividade física, menor o uso de medicamentos^{2,29}.

A inatividade física é considerada um fator de risco para as doenças não transmissíveis entre elas doenças cardiovasculares e câncer, reduzindo a expectativa de vida e sendo uma das principais causas de morte no mundo³⁰. Com isso, a atividade física pode atuar como tratamento não farmacológico reduzindo a morbimortalidade por agravos não transmissíveis e conseqüente promover a recuperação da saúde³¹.

Dos idosos que utilizavam três ou mais medicamentos no presente estudo (uso de polifarmácia), 56,8% relataram ser hipertensos, 80% diabéticos e 65,2% com multimorbidade. Em um estudo realizado por Carvalho *et al.*²⁷, os autores também observaram uma relação entre polifarmácia e hipertensão, diabetes e

multimorbidades. Tal achado era esperado, uma vez que essas morbidades são prevalentes entre os idosos e aumentam a necessidade do uso de vários medicamentos para o seu controle.

A abordagem terapêutica na população idosa constitui um desafio para os prescritores e para o Sistema Único de Saúde, sendo de suma importância que seja avaliado não só o número de medicamentos, mas também as classes e doses empregadas, uma vez que as propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas devem ser levadas em consideração, bem como as interações medicamentosas e a possibilidade do uso inapropriados para idosos.

A maioria dos estudos nacionais^{1,10,11,15} relacionados a polifarmácia descrevem muito bem a classificação deste termo para o uso de 5 ou mais medicamentos, no entanto há uma lacuna quando se considera o termo para o uso de 3 ou mais medicamentos. Nesta perspectiva, este estudo utilizou polifarmácia como o uso de 3 ou mais medicamentos e encontrou resultados semelhantes aos estudos que utilizaram a classificação com cinco ou mais medicamentos, como: maior prevalência no sexo feminino^{10,11}, idosos hipertensos, diabéticos^{1,15}, com multimorbidades¹⁰ etc.

Esses achados tornam-se importante para planejamento das estratégias de intervenção, pois a utilização de 3 ou mais medicamentos já expõe os idosos aos riscos da polifarmácia. Portanto, torna-se essencial que prescritores, farmacêuticos e profissionais de saúde monitorem o uso simultâneo de vários medicamentos, evitando os riscos que a polifarmácia pode causar.

Com isto, vale ressaltar a importância do profissional farmacêutico junto à equipe multidisciplinar, o qual pode contribuir à prevenção e promoção da saúde, colaborando com a otimização do cuidado aos pacientes com doenças crônicas, melhorando a qualidade do uso dos medicamentos, minimizando, assim, as conseqüências negativas e garantindo a segurança da farmacoterapia^{13,32}.

Um ponto forte deste artigo é o seu delineamento, por se tratar de um estudo de base populacional realizado com todos os idosos residentes na zona urbana e cadastrados nas unidades de saúde de um município de pequeno



porte. Outro ponto forte foi a solicitação dos entrevistadores para que os idosos mostrassem os medicamentos que faziam uso contínuo. Este estudo apresentou algumas limitações, como o autorrelato das doenças pelos idosos, o que pode subestimar a prevalência das morbidades,

e por se tratar de um estudo transversal, o qual não estabelece uma relação de temporalidade entre o desfecho e os fatores associados. Assim, são necessários estudos longitudinais para melhor compreensão dos fatores de risco para polifarmácia.

CONCLUSÃO

Observou-se uma elevada prevalência de idosos que faz uso da polifarmácia, estando a mesma associada ao sexo feminino, aos

idosos com faixa etária de 70 a 79 anos, insuficientemente ativos, hipertensos, diabéticos e com multimorbidade.

REFERÊNCIAS

- Ramos LR, Tavares NUL, Bertoldi AD, Farias MR, Oliveira MA, Luiza VL, Dal Pizzol TS, Arrais PSD, Mengue SS. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. *Rev Saúde Pública* 2016;50(supl 2):9s. Disponível em: http://www.fsp.usp.br/rsp/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006145/0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006145-pt.pdf
- Bueno DR, Monteiro HL, Rosa CSC, Codogno JS, Fernandes RA, Marucci MFN. Association between physical activity levels and polypharmacy in hypertensive patients. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)* 2016; 49(3):240-247. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2016/vol49n3/AO6-Association-between-physical-activity-levels-and-polypharmacy-in-hypertensive-patients.pdf>
- Shah BM, Hajjar ER. Polypharmacy, adverse drug reactions, and geriatric syndromes. *Clin Geriatr Med* 2012; 28(2):173-86. Disponível em: [https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(12\)00003-1/pdf](https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(12)00003-1/pdf)
- Fulton MM, Allen ER. Polypharmacy in the elderly: a literature review. *J Am Acad Nurse Pract* 2005 Apr; 17(4): 123-32). Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1041-2972.2005.0020.x>
- Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr* . 10 de outubro de 2017; 17 (1): 230. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5635569/>
- Sirois C, Domingues NS, Laroche ML, Zongo A, Lunghi C, Guénette L, Kröger E, Émond V. Polypharmacy Definitions for Multimorbid Older Adults Need Stronger Foundations to Guide Research, Clinical Practice and Public Health. *Pharmacy* 2019; 7, 126; Disponível em: <https://www.mdpi.com/2226-4787/7/3/126>
- Alves NMC, Ceballos AGC. Polifarmácia em idosos do programa universidade aberta à terceira idade. *J. Health Biol Sci.* 2018; 6(4):412-418. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1910>
- Alic A, Pranjic N, Ramic E. Polypharmacy and Decreased Cognitive Abilities in Elderly Patients. *Med arh* 2011; 65 (2). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21585185>
- Liang Y, Johnell K, Yan Z, Cai C, Jiang H, Welmer AK, Qiu C. Use of medications and functional dependence among Chinese older adults in a rural community: A population-based study. *Geriatr Gerontol Int.* 2015; 15, p. 1242-1248. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25598446>
- Sales AS, Sales MGS e Casotti CA. Perfil farmacoterapêutico e fatores associados à polifarmácia entre idosos de Aiquara, Bahia, em 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]*. 2017; 26 (1). Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2017.v26n1/121-132/pt>
- Pereira KG, Peres MA, Iop D, Boing AC, Boing AF, Aziz M, d'Orsil E. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. *REV BRAS EPIDEMIOL ABR-JUN* 2017; 20(2): 335-344. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rbepid/2017.v20n2/335-344/pt>
- Silva MRRS, Diniz LM, Santos JBR, Reis EA, Mata AR, Araújo VE, Álvares J, Acurcio FA. Uso de medicamentos e fatores associados à polifarmácia em indivíduos com diabetes mellitus em Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. 2018; 23, n. 8, pp. 2565-2574. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n8/2565-2574/pt/#>
- Almeida NA, Reiners AAO, Azevedo RCS, Silva AMC, Cardoso JDC, Souza LC. Prevalência e fatores associados à polifarmácia entre os idosos residentes na comunidade. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro*, 2017; 20(1): 143-153. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4038/403850707015.pdf>
- Cuento VS, Modesto T, Andrade MA, Silva MVS. Prevalência e fatores associados à polifarmácia entre idosos de um hospital público. *Rev Cont Saude* 2016; 16(30):28-35. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/4448>
- Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Medeiros SM, Lima CA, Costa FM, Caldeira AP. Prevalência e fatores associados à polifarmácia em idosos comunitários: estudo epidemiológico de base populacional. *Medicina (Ribeirão Preto, Online)* 2018;51(4):254-64. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rmrp/article/view/154921/150819>
- Albala C, Lebrão ML, León-Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, Peláez M, Pratts O. Em cuenta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de La em cuenta y perfil de La población estudiada. *Rev Panam Salud Pub* 2005; 17(5/6):307-22. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2005.v17n5-6/307-322/>
- Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund ULF, Yngve A, Sallis JF, Pekka OJA. International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2002; 35(8):1381-1395. Disponível



em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12900694>

18. Benedetti TRB, Mazo GZ, Barros MVG. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas (IPAQ) para a avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. *Rev Bras Ciênc Mov* 2004; 12(1):25-34. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/538>
19. Organización Mundial de La Salud (OMS). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. 2010.
20. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185(12):914-9. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/666768>
21. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9(3):179-86. Disponível em: https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/9/3_Part_1/179/552574?redirectedFrom=fulltext
22. Hoeymans N, Feskens EJ, van den Bos GA, Kromhout D. Measuring functional status: cross-sectional and longitudinal associations between performance and self-report (ZuthenElderlyStudy 1990-1993). *J Clin Epidemiol* 1996; 49(10):1103-1110. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8826989>
23. American Academy of Family Physicians, American Dietetic Association, National Council on the Aging. *Nutrition screening and intervention resources for health care professionals working with older adults*. Nutrition Screening Initiative. Washington: American Dietetic Association; 2002. Disponível em: http://www.eatright.org/cps/rde/xchg/ada/hs.xsl/nutrition_nsi_ENU_HTML.htm. Acesso em: 12 Nov 2016.
24. Frisancho AR. New standards of weight and body composition by frame size and height for assessment of nutritional status of adults and the elderly. *Am J Clin Nutr* 1984; 40(4):808-19. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6486088>
25. Guimarães VG, Brito GC, Barbosa LM, Aguiar PM, Rocha BJB, Lyra Júnior DP. Perfil farmacoterapêutico de um Grupo de Idosos assistidos por um programa de Atenção Farmacêutica na Farmácia Popular do Brasil no município de Aracaju – SE. *Rev Ciênc Farm básica apl* 2012; 33(2):307-312. Disponível em: http://serv-bib.fcfa.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/2040/1248
26. Sganga F, Landi F, Ruggiero C, Corsonello A, Vetrano DL, Lattanzio F, Cherubini A, Bernabei R, Onder G. Polypharmacy and health outcomes among older adults discharged from hospital: Results from the CRIME study. *Japan Geriatrics Society* 2014; 15(2):141-146. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24467719>
27. Carvalho MFC, Romano-Lieber NS, Bergsten-Mendes G, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, Duarte YAO. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo-Estudo SABE. *Rev Bras Epid* 2012; 15(4):817-827. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000400013
28. Silva LA, Ribeiro AQ, Klein CH, Acurcio FA. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. *Cad Saude Pub* 2012; 28(2):1033-1045. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000600003
29. Bertoldi AD, Hallal PC, Barros AJ. Physical activity and medicine use: evidence from a population-based study. *BMC public health* 2006; 6(1):1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16956396>
30. Malta DC, Silva JR. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol Serv Saúd* 2013; 22(1):151-164. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100016
31. Coelho, C.F.; Burini, R.C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. *Rev Nutrição* 2009; 22(6):937-946. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732009000600015
32. Pereira M, Conceição SB, Mariúba GB, Santos NS, Rebelo MA. Envelhecimento populacional com foco no uso racional de medicamentos: o papel do farmacêutico. *Revista InterSaúde [Online]*, 1.1 (2019): 37-46. Disponível em: http://revista.fundacaojau.edu.br:8078/journal/index.php/revista_intersaude/article/view/109/64