

Capítulo 2

CUIDADOS COM A POLIFARMÁCIA

ANA CAROLINA ANDRADE CAMPANHA¹
ANA CLARA ASSANTE HONORATO¹
JORDANA DE CASTRO HONORATO¹

1. Discente - Medicina na Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

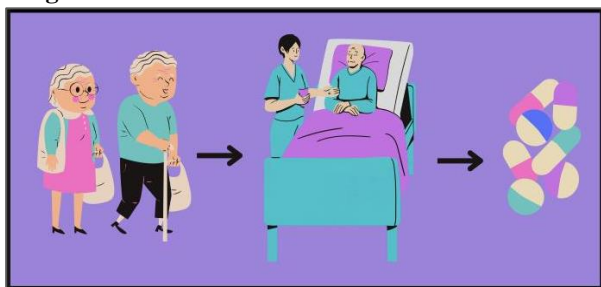
Palavras-chave: Polifarmácia; Desprescrição; Redução de danos.

INTRODUÇÃO

A população mundial está em processo de envelhecimento, de forma mais rápida que no passado, já que mais de 8% da população tinha 65 anos ou mais em 2020 e estima-se que essa porcentagem dobre até 2050 e exceda 30% até o final do século, ou seja, a sociedade está envelhecendo. Essa fase da vida costuma vir acompanhada do surgimento de doenças, como diabetes, hipertensão e hipotireoidismo, as quais, para o tratamento e manutenção, são prescritos múltiplos fármacos. A polifarmácia ou polimedicação é este consumo de quatro ou mais medicamentos diferentes prescritos para tratar as diversas comorbidades que normalmente afetam os idosos (**Imagem 2.1**). Ressalta-se que no contexto do paciente idoso, ela pode gerar diversos danos e complicações visto que é associada a prescrição de medicamentos inapropriados, interações medicamentosas perigosas, aumento do risco e da gravidade de reações adversas, toxicidade cumulativa, aumento do risco de quedas, dentre outros (RODRIGUES & OLIVEIRA, 2016). Logo, é importante conhecer estratégias para evitar os seus aspectos negativos, promovendo mais saúde aos idosos.

O objetivo desse estudo foi identificar formas de enfrentamento por parte do médico da polimedicação para prevenir danos e complicações do uso rotineiro e concomitante de múltiplos medicamentos pela população idosa.

Imagem 2.1



Legenda: Etapas da polimedicação em geriatria.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa realizada no período de julho a outubro de 2022, por meio de pesquisas nas bases de dados PubMed e Medline. Foram utilizados os descritores: “*polipharmacy*”, “*elderly*”, “*harm reduction*”. Desta busca foram encontrados 35 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês, espanhol e português; publicados no período de 2010 a 2023 e que abordavam as temáticas propostas para essa pesquisa, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 10 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: epidemiologia, consequências e desprescrição.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Epidemiologia

O uso de medicamentos e a presença de polifarmácia estão aumentando na população em geral. Nos Estados Unidos, 90% dos adultos com 65 anos ou mais, que participaram no Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição em 2011-2012, relataram ter tomado pelo menos uma receita nos últimos 30 dias, e 39% relataram ter usado 5 ou mais medicamentos prescritos. Com base em dados de registro populacional de Tayside, Escócia, 22,1% de todas as pessoas usaram 5 ou mais medicamentos e 24,0% das pessoas com 80 anos ou mais receberam 10 ou mais medicamentos em 2010 (SHARMA *et al.*, 2016).

Embora existam diferenças entre estudos e países, a polifarmácia é observada em aproximadamente 40% das pessoas com mais de 75 anos. Em 2009, dados canadenses revelaram que 63% dos idosos usavam cinco ou mais medicamentos, e 30% desses pacientes tinham mais de 85 anos e tomavam mais de dez medicamentos. Num estudo realizado por Morin *et al.* (2017), na Suécia, foram examinadas mais de 500.000 pessoas com mais de 65 anos que morreram entre 2007 e 2013. As prescrições escritas aos pacientes nos últimos 12 meses foram escaneadas retrospectivamente, e observou-se que quase metade dos pacientes recebeu prescrição de 9 ou mais medicamentos. Em estudo realizado nos EUA entre 2005 e 2006 e incluindo pacientes com idade entre 57 e 85 anos, observou-se que 37,1% dos homens e 36% das mulheres com idade entre 75 e 85 anos receberam prescrição de cinco ou mais medicamentos. Um ou mais medicamentos não essenciais foram prescritos para 58% de todos os pacientes. Em um estudo realizado na Itália em 2011, foi investigada a prevalência de polifarmácia durante a hospitalização e na alta. Mais de cinco medicamentos foram iniciados em 52% dos pacientes durante a internação. Enquanto os pacientes foram diagnosticados com uma média de 5,2 doenças diferentes, foram utilizados em média 4,9 medicamentos. No momento da alta essa taxa aumentou para 67%, a média de diagnósticos foi de 5,9 e a média de medicamentos foi de 6 (YILDIRIM & KILINÇ, 2017).

A relação da polifarmácia com a idade, pode estar associada ao aumento/gravidade das doenças nos mais idosos, bem como à maior utilização de serviços de saúde por esse grupo etário, do que propriamente por razão do envelhecimento pela idade (PEREIRA *et al.*, 2017).

A análise entre polifarmácia e características sociodemográficas revela associação com

sexo feminino e idade superior a 80 anos. Independente das variáveis socioeconômicas, estudos relacionaram maior prevalência de polifarmácia no sexo feminino, as hipóteses para esse cenário é que as mulheres têm maior expectativa de vida do que os homens e por isso convivem por mais tempo com processos crônicos; são mais afetadas por problemas de saúde não fatais e por possuírem maior consciência sobre sua saúde, expressam mais sinais e sintomas para os profissionais de saúde, resultando muitas vezes em prescrições; são as responsáveis pela família e por isso mais familiarizadas com os medicamentos e são mais assistidas por políticas de saúde, ficando assim mais sujeitas à medicalização (PEREIRA *et al.*, 2017).

Os grupos de medicamentos mais utilizados na prática de polifarmácia refletem a alta prevalência de doenças cardiovasculares e diabetes entre a população idosa, assim como quadros de insônia, ansiedade e estados confusionais. Logo, é importante que as políticas públicas de fornecimento de medicamentos estejam atentas às peculiaridades que envolvem o organismo envelhecido, para que o acesso aos grupos de medicamentos mais utilizados se dê de maneira segura e eficaz, considerando que aqueles que atuam no sistema nervoso central são os que mais causam efeitos adversos (PEREIRA *et al.*, 2017).

Consequências

A polifarmácia, causada pela prescrição potencialmente inapropriada, tem sido associada a vários resultados clínicos negativos, como quedas, hospitalização e até mortalidade (PAZAN & WEHLING, 2021).

Em relação às quedas, numerosos estudos demonstraram uma forte relação com a polimedicação em idosos. Em um estudo longitudinal da Inglaterra, a taxa de quedas foi 21% maior em idosos com polifarmácia (cinco ou mais medicamentos) em comparação com pessoas sem

ela. Usando um limite inferior de quatro ou mais medicamentos para polimedicação, a taxa de quedas foi 18% maior em pessoas com ela que em comparação com pessoas sem. A hiperpolifarmácia (dez ou mais medicamentos) foi associada a uma taxa 50% maior de quedas. Outro estudo de coorte prospectivo revelou que a polifarmácia está associada a um risco aumentado de quedas em residentes de lares de idosos no Reino Unido (PAZAN & WEHLING, 2021).

Sobre a hospitalização e sua relação com a polifarmácia, foi identificado que há uma associação entre qualquer tipo de hospitalização, seja aquela que não foi planejada, ou a reinternação. Por exemplo, um estudo longitudinal de banco de dados de seguros de saúde de Taiwan, que investigou a associação entre polifarmácia e internação hospitalar por todas as causas e específicas para fraturas, mostrou uma associação independente entre polifarmácia e hospitalização por todas as causas e específicas para fraturas. Além disso, num grande estudo de coorte observacional num hospital geriátrico, a polifarmácia (ter 6-9 prescrições de medicamentos nos últimos 3 meses) e a polifarmácia excessiva (dez ou mais prescrições de medicamentos nos últimos 3 meses) foram ambas associadas à re-visita ao serviço de urgência e internação hospitalar (PAZAN & WEHLING, 2021).

Relativo a mortalidade, a polifarmácia se mostrou como um relevante fator de risco para óbitos no período de seguimento de quatro anos em pessoas idosas, independentemente de outros fatores associados à mortalidade como idade, sexo, renda, doenças crônicas e internação hospitalar. (ROMANO-LIEBER, 2018) Em um estudo de coorte longitudinal nacional da Coreia, foi identificado uma relação entre a polimedicação e um maior risco de morte por todas as causas, mesmo após ajuste para comorbidades e correspondência de escore de propensão. Ademais, um estudo de coorte populacional da Dinamarca demonstrou uma associação

entre o aumento do número de medicamentos e a mortalidade. Em resumo, para cada medicamento extra, a mortalidade aumentou mais de 3% no modelo totalmente ajustado que incluía doenças e Índice de Barthel. (PAZAN & WEHLING, 2021). Uma revisão sobre os óbitos mostrou que 18,2% das mortes foram diretamente associadas ao uso de mais de um medicamento. Além disso, muitos profissionais imaginam as reações adversas medicamentosas e interação medicamentosa em termos de desfechos catastróficos, como arritmias, convulsões e morte como respostas possíveis. Algumas consequências da polifarmácia no cotidiano dos idosos como tontura, sedação, hipotensão postural, quedas, confusão, podem aumentar o perfil de morbimortalidade deste grupo etário (SECOLI, 2010).

Desprescrição

Uma das formas de evitar os riscos da polifarmácia, diminuir o uso exagerado de medicamentos e os gastos e aumentar a qualidade de vida do paciente é realizando a desprescrição. Esse termo é um termo novo, sendo definido como o processo planejado e supervisionado de redução de dose ou de interrupção no uso de um fármaco que pode causar danos ou não apresentar benefícios se utilizado a longo prazo. Esse processo normalmente é aceito pelo paciente, como foi visto em uma investigação conduzida em 232 doentes polimedicados de 6 residências para idosos, na Austrália, que concluiu que 40,5% desses desejavam reduzir pelo menos 1 medicamento aos que tomavam regularmente (AMORIM *et al.*, 2018).

Esse ato depende de vários fatores, dentre eles, as preferências do médico prescritor, a preferência dos pacientes, a forma de organização dos serviços e o marketing e comércio que envolvem o medicamento (FARRELLI, 2017). No mundo todo, esse tema é um assunto re-

cente, entretanto, já existem evidências mostrando que se feita de forma correta e seguindo os 5 passos propostos pelo JAMA (*Journal of the American Medical Association*), ela possui benefícios significativos para o paciente. Além disso, já existem alguns algoritmos que podem auxiliar no processo de tomada de decisão da desprescrição de diferentes medicamentos e em diversas situações, possibilitando que ela seja feita da melhor forma possível.

Os 5 passos propostos pelo JAMA são verificar as drogas tomadas pelo paciente e o motivo delas, considerar o risco dessas drogas para o organismo, avaliar cada medicamento pela sua elegibilidade para ser descontinuado, priorizar drogas para a descontinuação e monitorar as drogas e o regime de descontinuação.

O primeiro passo, verificar as drogas tomadas pelo paciente e o motivos delas, deve ser feito a partir do conhecimento sobre quais medicamentos o idoso toma, pedindo que ele traga eles para a consulta, além de se informar se ele toma todos esses medicamentos prescritos de forma regular ou não, e se a resposta for negativa, avaliar o motivo, como preço elevado, efeitos adversos, entre outros. O segundo passo é considerar o risco dessas drogas para o organismo, para isso, o médico deve considerar o número de medicamentos tomados e o uso de drogas de alto risco, toxicidade atual ou passada, ademais, deve considerar os dados do paciente, como idade superior a 80 anos, comprometimento cognitivo, comorbidades múltiplas, abuso de substâncias, etc.

O terceiro passo, avaliar cada medicamento pela sua elegibilidade para ser descontinuado, deve-se considerar o dano real ou potencial de um medicamento que supera qualquer benefício potencial, e se o medicamento de controle de doenças e sintomas é ineficaz ou os sintomas já foram resolvidos sendo improvável que a droga preventiva usada por ele confira qualquer benefício importante sobre a sua qualidade de vida.

O médico também deve identificar se existe o consumo de medicamentos prescritos para um diagnóstico não confirmado e para contrariar efeitos adversos de outras drogas, além de remédios contraindicados em pacientes específicos. O profissional deve sempre levar em consideração as expectativas e preferências do paciente, perguntando sobre possíveis dificuldades que o indivíduo pode ter com o fármaco, como dificuldade de deglutição, de custo e de controle.

O quarto passo, priorizar drogas para a descontinuação, para isso deve-se seguir 3 critérios: avaliar aquelas com maior prejuízo e menor benefício, as mais fáceis de descontinuar, isto é, a com menor probabilidade de reações de abstinência ou recuperação da doença e aquelas que o paciente está mais disposto a descontinuar primeiro. E, por fim, o quinto passo, monitorar as drogas e o regime de descontinuação, para ser efeito deve-se cessar 1 droga por vez, já que com isso, os danos e benefícios possam ser atribuídos a medicamentos específicos, comunicar planos e contingências a todos os profissionais de saúde e rede de apoio do paciente (familiares e cuidadores) e documentar completamente os motivos e os resultados de desprescrever (SCOTT *et al.*, 2015).

Dessa forma, se esse processo complexo for feito seguindo esses 5 passos e respeitando as vontades e limitações do paciente, a desprescrição poderá trazer benefícios e melhora de vida dos idosos, que normalmente são polimedicados.

CONCLUSÃO

É evidente, então, que a polifarmácia se tornou uma realidade frequente frente ao envelhecimento populacional. Ela pode trazer malefícios e aumentar a fragilidade dos idosos, que já são uma população vulnerável. Por isso se faz

importante tomar medidas para enfrentar a polimedicação.

Os artigos analisados evidenciaram que a desprescrição, ou seja, a redução de dose ou interrupção de um medicamento que pode causar danos ou não trazer benefícios a longo prazo, se feita conhecendo o contexto medicamentoso do indivíduo e de forma planejada e supervisionada pelo médico, seguindo os 5 passos determinados pela JAMA é a melhor maneira de combater a polifarmácia.

A desprescrição se torna ainda mais necessária quando não há diálogo interprofissional entre os médicos responsáveis pelo paciente, entre os farmacêuticos e toda a equipe, já que isto pode estar gerando uma medicalização em

excesso do indivíduo. Sendo, então, importante essa intervenção para prevenir e combater os danos da polifarmácia, como desfechos negativos na fragilidade, aumento dos riscos de quedas e reações adversas a medicamentos, fatores que impactam significativamente na saúde e na qualidade de vida do idoso.

Portanto, é evidente o perigo da prática da polimedicação em pacientes idosos, uma vez que há um enorme risco de consequências indesejáveis, o que causaria mais adversidades em um indivíduo que já está acometido por diversas doenças. Diante desta situação, pode-se tornar necessário a realização da desprescrição planejada pela equipe médica como forma de combater essa realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, A. *et al.* UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR Ciências da Saúde O Processo de Desprescrição em Idosos Polimedicados Revisitado Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia Comunitária e Investigação Relatório para obtenção do Grau de Mestre em Covilhã, janeiro de 2018. [s.l.: s.n.]. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8598/1/6011_12463.pdf

FARRELLI B, POTTIE K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, Rojas-Fernandez C, Walsh K, Welch V, Moayyedi P. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician*. 2017 May;63(5):354-364. PMID: 28500192; PMCID: PMC5429051.

MORIN, Lucas; VETRANO, Davide; RIZZUTO, Debora; *et al.* Choosing Wisely? Measuring the Burden of Medications in Older Adults near the End of Life: Nationwide, Longitudinal Cohort Study. *The American Journal of Medicine*, v. 130, n. 8, p. 927-936.e9, 2017. DOI: 10.1016/j.amjmed.2017.02.028. DOI: 10.1007/s41999-021-00479-3

PAZAN F, WEHLING M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. *European Geriatric Medicine*. 2021; 2(3):443–452.

PEREIRA, K. G. *et al.* Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, n. 2, p. 335–344, abr. 2017. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700020013>

RODRIGUES MC, OLIVEIRA Cd. Drug-drug interactions and adverse drug reactions in polypharmacy among older adults: an integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2016 Sep 1;24:e2800. doi: 10.1590/1518-8345.1316.2800. PMID: 27598380; PMCID: PMC5016009.

ROMANO-LIEBER, N. S., CORONA, L. P., MARQUES, L. F. G., & SECOLI, S. R. (2018). Sobrevida de idosos e exposição à polifarmácia no município de São Paulo: Estudo SABE. *Revista Brasileira De Epidemiologia*, 21, e180006. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180006.supl.2> DOI: 10.1590/1980-549720180006

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 1, p. 136–140, 2010. DOI: 10.1590/S0034-71672010000100023

SCOTT IA, HILMER SN, REEVE E, POTTER K, Le COUTEUR D, RIGBY D, GNJIDIC D, DEL MAR CB, ROUGHHEAD EE, PAGE A, JANSEN J, MARTIN JH. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Internal Medicine*. 2015 May;175(5):827-34. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.0324. PMID: 25798731.

SHARMA, Manvi; KAH POH LOH; NIGHTINGALE, Ginah; *et al.* Polypharmacy and potentially inappropriate medication use in geriatric oncology. *Journal of Geriatric Oncology*, v. 7, n. 5, p. 346–353, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27498305/>>. Acesso em: 13 nov. 2023. DOI: 10.1016/j.jgo.2016.07.010

YILDIRIM, Aytül; KILINÇ, Ali. Polypharmacy and drug interactions in elderly patients. *Türk kardiyoloji derneği arşivi*, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28976374/>>. Acesso em: 13 nov. 2023. DOI: 10.5543/tkda.2017.92770