

Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos: um estudo na Atenção Primária à Saúde

Prescription of potentially inappropriate medications for the elderly: a study in Primary Health Care

Andrezza Duarte Farias (<https://orcid.org/0000-0002-2253-2919>)¹
Kenio Costa Lima (<https://orcid.org/0000-0002-5668-4398>)¹
Yonara Monique da Costa Oliveira (<https://orcid.org/0000-0001-7541-7677>)²
Adriana Amorim de Farias Leal (<http://orcid.org/0000-0001-5202-634X>)¹
Rand Randall Martins (<http://orcid.org/0000-0001-9668-0482>)³
Claudia Helena Soares de Morais Freitas (<https://orcid.org/0000-0003-0265-5396>)¹

Abstract *The elderly population is vulnerable to the risks of the use of medications, especially those considered potentially inappropriate medications (PIMs), in which the risks outweigh the benefits. The study sought to evaluate the PIMs prescribed in Primary Health Care (PHC) and associated factors. A cross-sectional, analytical study was carried out from March to December 2019 in PHC in Campina Grande, Paraíba, through interviews with 458 elderly individuals. The independent variables included socioeconomic characteristics, health status and the use of medications, and the outcome was classified as PIM by the Brazilian Consensus on Potentially Inappropriate Medications. There was a prescription of at least one PIM for 44.8% of the elderly and the majority affecting the Central Nervous System (54.4%). In the adjusted model, depression (PR=2.01; 95%CI 1.59-2.55), using other medications in addition to those prescribed (PR=1.36; 95%CI 1.08-1.72) and polypharmacy (PR=1.80; 95%CI 1.40-2.33) remained an associated factor, and self-reporting systemic arterial hypertension became a protective factor (PR=0.65; 95%CI 0.49-0.87). This reveals the need for actions to monitor closely the use of PIMs by the elderly to ensure access in conjunction with safety.*

Key words *Health of the Elderly, List of Potentially Inappropriate Medications, Drug Prescriptions, Primary Health Care*

Resumo *Os idosos são vulneráveis aos riscos do uso de medicamentos, principalmente daqueles considerados potencialmente inapropriados (MPI) em que os riscos superam os benefícios. O estudo buscou avaliar os MPI prescritos na Atenção Primária à Saúde (APS) e seus fatores associados. Realizou-se um estudo transversal, analítico, de março a dezembro de 2019, na APS em Campina Grande, Paraíba, através de entrevistas com 458 idosos. As variáveis independentes abrangem características socioeconômicas, condição de saúde e utilização de medicamentos e o desfecho foi medicamento classificado como MPI pelo Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados. Verificou-se a prescrição de pelo menos um MPI para 44,8% dos idosos e a maioria de atuação no Sistema Nervoso Central (54,4%). No modelo ajustado, depressão (RP=2,01; IC95% 1,59-2,55), utilizar outros medicamentos além dos prescritos (RP=1,36; IC95% 1,08-1,72) e polifarmácia (RP=1,80; IC95% 1,40-2,33) permaneceram como fator associado e autorreferir ser portador de hipertensão arterial sistêmica tornou-se fator de proteção (RP=0,65; IC95% 0,49-0,87). Evidencia-se necessidade de ações que qualifiquem o uso de medicamentos por idosos, de modo a garantir acesso aliado à segurança.*

Palavras-chave *Saúde do Idoso, Lista de Medicamentos Potencialmente Inapropriados, Prescrições de Medicamentos, Atenção Primária à Saúde*

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Av. Senador Salgado Filho 3000, Lagoa Nova. 59078-900 Natal RN Brasil.

² Universidade Federal de Campina Grande. Cuité PB Brasil.

³ Departamento de Farmácia, UFRN. Natal RN Brasil.

Introdução

As mudanças demográficas e epidemiológicas do século XX, em que houve diminuição da natalidade e aumento da longevidade devido a transformações sociais e ao desenvolvimento científico, possibilitou o envelhecimento populacional. No Brasil, esse processo tem ocorrido de maneira crescente e acelerada de tal forma que em 2050 os idosos constituirão um terço da população, o que demanda políticas públicas, ações de proteção e cuidados específicos para idosos. Na assistência à saúde, ocorre uma exigência crescente por mais recursos, atendimento especializado, principalmente de média e alta complexidade¹.

Com as alterações fisiológicas próprias da idade e o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, há uma necessidade de uso contínuo de medicamentos, principal recurso terapêutico para tratamento e controle dessas enfermidades². O processo de senescência do organismo altera as respostas farmacocinéticas e farmacodinâmicas aos medicamentos, podendo ocorrer a potencialização do efeito e de reações adversas, o que faz com que a segurança da utilização de medicamentos ganhe relevância no cuidado à Saúde do Idoso, destacando-se o consumo daqueles considerados inadequados³.

Os Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos (MPI) são fármacos em que os riscos superam os benefícios de sua utilização quando há opções terapêuticas com evidência científica equivalente mais segura³. Estão fortemente relacionados a desfechos em saúde desfavoráveis, como reações adversas a medicamentos (*delirium*, sedação, hemorragias gastrointestinais, quedas, fraturas), internação hospitalar e maior morbimortalidade entre os idosos⁴.

A identificação desses medicamentos é uma importante estratégia para a prevenção de problemas de saúde adicionais entre idosos, para reduzir reações adversas, problemas relacionados a medicamentos e essencial para a manutenção de sua qualidade de vida³. Vários países desenvolveram seus critérios baseando-se na sua realidade e mercado farmacêutico. Em 2016, foi publicado o Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados (CBMPI) para idosos⁵, a partir da validação utilizando método Delphi do conteúdo dos Critérios AGS/Beers (2012) e do STOPP (*Screening Tool of Older Persons' Potentially Inappropriate Prescriptions*) (2006), as mais utilizadas no mundo⁶.

A partir do uso dos critérios para identificação de MPI, estudos epidemiológicos confirmam

uma elevada prevalência de MPI e grande variedade em diferentes contextos de atenção à saúde: até 84,5% em cuidados agudos/intensivos (*acute care*), até 70% nos idosos institucionalizados e até 62,4% em idosos com polifarmácia não institucionalizados⁶.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) é elemento coordenador das redes de atenção e responsável pelo desenvolvimento de ações no âmbito individual e coletivo, que abrangem desde a promoção e proteção à reabilitação e manutenção da saúde, realizado por meio do cuidado integrado, com equipe multiprofissional^{7,8}. A partir de 2006 com o Pacto pela Vida (2006)⁹ e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)¹⁰, a Saúde do Idoso passou a ser uma das prioridades, sendo a APS definida como porta de entrada para a atenção integral e a Assistência Farmacêutica como uma das ações estratégicas para a qualificação da dispensação e do acesso a medicamentos pela população idosa^{9,10}.

Em revisão sistemática de estudos realizados na Atenção Primária à Saúde, Opondo et al.¹¹ encontraram uma média de 20,5% na prevalência de MPI. Em pesquisa de âmbito nacional, Nascimento et al.⁴ identificaram que 93,0% dos idosos brasileiros faziam uso de pelo menos um medicamento e 18,1% consumiam cinco ou mais. Na APS, estudos nacionais apontam uma variação de prevalência de 21,6% a 53,7% na utilização de MPI^{1,12,13}.

No Brasil, os estudos que abordam a utilização de medicamentos por idosos são em sua maioria de base populacional, sendo escassos aqueles realizados a partir do levantamento de prescrições na APS. Assim, diante da importância que o uso de medicamentos possui no cotidiano dos idosos e considerando que a APS tem grande importância no cuidado à saúde dessa população, o presente estudo teve como objetivo avaliar a utilização de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para idosos na Atenção Primária à Saúde e seus fatores associados.

Métodos

Foi realizada uma pesquisa de corte transversal, analítica, no período de março a dezembro de 2019, na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Campina Grande, na Paraíba, Nordeste brasileiro. Localizada no Agreste Paraibano, a cidade é sede do 3º Núcleo Regional de Saúde (NRS) do estado da Paraíba, considerada uma

macrorregional por ser referência de serviços de saúde para outras cidades e ainda para o interior de Pernambuco e Rio Grande do Norte¹⁴. Campina Grande foi um dos primeiros municípios a adotar a descentralização dos serviços no Sistema Único de Saúde (SUS) e ainda uma das pioneiras a implantar o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994¹⁵. O município apresentava uma estimativa populacional de 410.332 habitantes, dos quais 43.390 eram pessoas acima de 60 anos¹⁶. A cobertura da Atenção Primária era de 87,73% da população estimada, dividida em 10 distritos sanitários, com 85 estabelecimentos de saúde, sendo 76 Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais 07 unidades básicas localizadas na Zona Rural e as demais na Zona Urbana. A APS contava ainda com 107 Equipes de Saúde da Família, 52 Equipes de Saúde Bucal e 09 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)¹⁷.

A população alvo deste estudo foi constituída por idosos, indivíduos com 60 anos ou mais, atendidos nas UBS tanto da zona urbana quanto da zona rural do município. Para o cálculo do tamanho amostral foi considerada a população como de referência 43.390 idosos, prevalência estimada de 50% para a variável dependente (utilização de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos - MPI), nível de 95% de confiança, erro de 5%, acrescentando uma perda de 20%, totalizando assim 458 idosos. Das 76 UBS do município, cinco não dispunham de serviços de dispensação de medicamentos e foram excluídas.

A amostra total foi estratificada entre as UBS restantes de forma proporcional ao quantitativo da população idosa cadastrada por unidade de saúde. Os participantes da pesquisa foram selecionados consecutivamente por conveniência no momento da obtenção dos medicamentos prescritos na farmácia da UBS. A fim de evitar vies de seleção, foram sorteados os dias da semana a serem visitados nas unidades e cada uma era visitada pelo entrevistador até atingir a quantidade de idosos definida para cada UBS na amostragem, evitando-se dessa forma perdas.

Realizou-se um estudo piloto em 10 UBS, uma por distrito sanitário, a fim de avaliar o instrumento e o tempo de coleta de dados e a viabilidade da pesquisa. Foi aplicado um questionário semiestruturado com idosos (idade igual ou superior a 60 anos) ou seu responsável que buscavam o serviço de saúde e, que no momento da entrevista, portavam documento com registro dos medicamentos utilizados pelo idoso (prescrição médica, cartão do usuário do SUS ou a caderneta de Saúde do Idoso).

As variáveis independentes foram: a) características demográficas e socioeconômicas - sexo (masculino e feminino), faixa etária (60 a 69 anos, 70 a 79 anos, acima de 80 anos), cor (branca, negra e parda), situação conjugal (com companheiro e sem companheiro), renda mensal (inferior a um salário mínimo, um salário mínimo e acima de um salário mínimo, considerando o valor de R\$ 998 (2019)) e anos de estudo (0 a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 a 11 anos e acima de 12 anos); b) condições de saúde - doenças crônicas autorreferidas (Hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, artrite/artrose, depressão e colesterol alto, conforme a Pesquisa Nacional de Acesso e Utilização de Medicamentos - PNAUM)⁴ e autopercepção de saúde (muito boa/boa, regular, ruim/muito ruim); c) utilização de medicamentos - nome e posologia do medicamento prescrito, uso de outros medicamentos além dos prescritos, local de aquisição dos medicamentos quando há desabastecimento na UBS e a ocorrência de polifarmácia (considerada como o uso de 5 ou mais medicamentos).

A variável dependente foi o medicamento classificado como potencialmente inapropriado para idoso (MPI) independente da condição clínica, conforme Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para idosos (CBMPI), que é formado por 118 critérios, dos quais 43 devem ser evitados independentes de condição clínica do idoso e 75 dependentes de determinadas condições de saúde⁵.

Cada medicamento analisado também foi classificado de acordo com *Anatomical Therapeutic Chemical classification system* (ATC), recomendada pela OMS, nos níveis 1 (grupo anatômico) e 2 (subgrupo terapêutico) e se era selecionado na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) edição 2018¹⁸.

As unidades de análise foram os idosos e os medicamentos. Para análise dos dados foi utilizado o SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 22.0. Os resultados foram analisados, inicialmente, por meio da análise descritiva. A diferença entre os grupos foi avaliada pelo teste qui-quadrado, considerando como nível de significância $p < 0,05$. As variáveis que se associaram ao uso de medicamentos potencialmente inadequados com $p < 0,20$ foram incluídas no modelo multivariado. Foi realizada a Regressão de Poisson e, no modelo final, foram mantidas as variáveis que se associaram à variável resposta com valor de $p < 0,05$.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lo-

pes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP/HUOL/UFRN). Os participantes ou responsáveis foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo sido garantida a confidencialidade.

Resultados

A amostra foi composta por 458 idosos, sendo a maioria do sexo feminino (69,0%), com uma média de idade de 70,3 anos ($\pm 7,96$). Houve predomínio da faixa etária entre 60 e 69 anos (48,9%), a situação conjugal com companheiro (50,7%) e a cor parda autodeclarada (62,7%). A maioria dos idosos afirmou possuir uma renda mensal de um salário mínimo (72,1%) e 0 a 4 anos de estudo (75,3%). Em relação às condições de saúde, 42,1% consideraram seu estado de saúde regular e 61,8% relataram nenhuma ou apenas uma morbidade, sendo a mais prevalente Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (37,1%), seguida de *diabetes mellitus* (18,7%) e artrite (8,0%) (Tabela 1).

Foram prescritos 1.449 medicamentos, totalizando uma média de 3,18 ($\pm 1,84$) medicamento por idoso. Observou-se que 44,8% dos idosos apresentaram pelo menos 01 medicamento potencialmente inapropriado prescrito. A maioria das receitas médicas contava com 2 medicamentos (23,4%) e a polifarmácia ocorreu em 21,4% dos casos. Quando questionados sobre onde adquirem seus medicamentos em caso de desabastecimento na farmácia da UBS, 58,8% dos idosos relataram procurar as farmácias comunitárias privadas e 36,0% o Programa Aqui Tem Farmácia Popular. Sobre a utilização de medicamentos além dos prescritos, 52,2% negaram fazer uso de outros (Tabela 1). Dos medicamentos prescritos, 91,6% faziam parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

A classe farmacológica mais prescrita foi a dos medicamentos que atuam no Sistema Cardiovascular (55,6%), com destaque para hidroclorotiazida e losartana; Trato Alimentar e Metabolismo (17,4%), com predominância de metformina e insulina NPH; e Sistema Nervoso Central (13,3%), cujo medicamento mais prescrito foi o clonazepam (Tabela 2).

Dos medicamentos prescritos, 19,3% (279) foram considerados MPI, dos quais 54,4% (152) tem ação no sistema nervoso central (SNC) e 20,1% (62) no trato alimentar e metabolismo, representados pelo Clonazepam (21,9%) e Omeprazol (10,4%), respectivamente (Tabela 2).

A Tabela 3 mostra as prevalências na análise bruta e ajustada dos fatores associados ao uso de MPI. Na análise univariada, sexo, cor e ser portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS) não apresentaram significância estatística. No modelo ajustado, depressão (RP=2,06; IC95% 1,62-2,62), utilizar outros medicamentos além dos prescritos (RP=1,38; IC95% 1,08-1,74) e polifarmácia (RP=1,79; IC95% 1,38-2,32) permaneceram como fator associado ao uso de MPI, entretanto autorreferir ser portador de hipertensão arterial sistêmica tornou-se fator de proteção (RP=0,65; IC95% 0,49-0,87).

Discussão

No nosso estudo, com o diferencial de analisar a prevalência de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos prescritos na Atenção Primária à Saúde em um município de porte médio no interior do Nordeste, foi observada uma elevada prevalência das prescrições que apresentaram pelo menos um MPI e os fatores associados ao uso foram idoso com diagnóstico autorreferido de depressão, afirmar utilizar outros medicamentos além dos prescritos e polifarmácia, enquanto ser portador de hipertensão arterial sistêmica foi fator de proteção.

A elevada prevalência do uso de MPI foi próxima à do estudo realizado na Atenção Primária à Saúde (APS) em Belo Horizonte², o qual também utilizou o Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para idosos (CBMPI). Outros estudos, realizados na APS, identificaram uma prevalência de MPI inferior, porém utilizaram outros instrumentos, como Critério AGS/Beers ou STOPP em diferentes edições^{12,13}. Em revisão sistemática com meta-análise, Santos et al.¹⁹ identificaram uma grande heterogeneidade entre os estudos transversais que analisam MPI no que se refere à seleção e estratificação da amostra, aos cenários de prática, à coleta de dados e validação de instrumentos e critérios de MPI, o que dificulta a comparação dos resultados.

As características sociodemográficas assemelharam-se a da PNAUM²⁰. Diferentemente de alguns estudos²¹⁻²³ na nossa pesquisa não houve permanência da associação estatística entre sexo feminino e a utilização de MPI, contudo, não há consenso na literatura sobre esse aspecto¹⁹. A baixa escolaridade apresentou prevalência superior aos estudos de base populacional e realizados na APS^{22,23}. O predomínio da renda de um salário mínimo deve-se a direitos assegurados pela

Tabela 1. Características demográficas, socioeconômicas, de condições de saúde e da utilização de medicamentos dos idosos atendidos na Atenção Primária. Campina Grande-PB, 2019.

Variável	n	%	IC	Uso de MPI		
				n	%	IC
Sexo (n=458)*						
Masculino	142	31,0	26,76-35,24	55	38,7	34,24-43,16
Feminino	316	69,0	64,76-73,24	156	49,4	44,82-53,98
Faixa Etária (n=458)						
Entre 60 a 69 anos	224	48,9	44,32-53,48	100	44,6	40,05-49,15
Entre 70 a 79 anos	179	39,1	34,63-43,57	81	45,3	40,74-49,86
Acima de 80 anos	55	12,0	9,02-14,98	24	43,6	39,06-48,14
Situação conjugal (n=458)*						
Com companheiro	232	50,7	46,12-55,28	90	38,8	34,34-43,26
Sem companheiro	226	49,3	44,72-53,88	115	50,9	46,32-55,48
Cor (n=458)*						
Preta	31	6,8	4,49-9,11	11	35,5	31,12-39,88
Parda	287	62,7	58,27-67,13	69	49,3	44,72-53,88
Branca	140	30,6	26,38-34,82	125	43,6	39,06-48,14
Renda (n=437)						
Inferior a 1SM	50	10,9	8,05-13,75	21	42,0	37,48-46,52
1SM	330	72,1	67,99-76,21	152	46,1	41,53-50,67
Acima de 1SM	57	12,4	9,38-15,42	23	40,4	35,91-44,89
Anos de estudo (n=442)*						
0 a 4 anos	345	75,3	71,35-79,25	158	45,8	41,24-50,36
Entre 5 e 8 anos	53	11,6	8,67-14,53	24	45,3	40,74-49,86
Entre 9 e 11 anos	25	5,5	3,41-7,59	07	28,0	23,89-32,11
Acima de 12 anos	19	4,1	2,28-5,92	08	42,1	37,58-46,62
Auto percepção de saúde (n=356)*						
Muito boa/boa	117	25,5	21,51-29,49	49	41,9	37,38-46,42
Regular	193	42,1	37,58-46,62	77	39,9	35,42-44,38
Muito ruim/ruim	46	10,0	7,25-12,75	27	58,7	54,19-63,21
Número de morbidades*						
Nenhuma ou uma	283	61,8	57,35-66,25	115	40,6	36,10-45,10
Duas ou mais	160	34,9	30,53-39,27	88	55,0	50,44-59,56
Doenças autorreferidas						
Hipertensão Arterial*	295	37,2	32,77-41,63	126	42,7	38,17-47,23
Diabetes	148	18,7	15,13-22,27	74	48,4	43,82-52,98
Artrite	65	8,0	5,52-10,48	29	46,0	41,44-50,56
Depressão*	45	5,7	3,58-7,82	44	88,0	85,02-90,98
Colesterol alto	33	4,1	2,28-5,92	11	35,5	31,12-39,88
Quando há desabastecimento na UBS, onde o idoso adquire os medicamentos? (n=514)						
Farmácia popular	185	36,0	31,60-40,40	72	38,9	34,44-43,36
Farmácia privada	302	58,8	54,29-63,31	154	51,0	46,42-55,58
Outros (Componente especializado, vizinho)	27	5,3	3,25-7,35	13	48,1	43,52-52,68
O idoso utiliza outros medicamentos além dos registrados na prescrição? (n=458)*						
Não	239	52,2	47,63-56,77	84	35,5	31,12-39,88
Sim	219	47,8	43,23-52,37	121	55,3	50,75-59,85
Número de medicamentos/prescrição (n=458)						
1	89	19,4	15,78-23,02	131	36,7	32,29-41,11
2	107	23,4	19,52-27,28			
3	93	20,3	16,62-23,98			
4	71	15,5	12,19-18,81			
Mais de 5 (polifarmácia)*	98	21,4	17,64-25,16	73	74,5	70,51-78,49

SM=Salário mínimo; *p<0,2.

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Tabela 2. Distribuição por grupos terapêuticos dos medicamentos mais prescritos na Atenção Primária à Saúde e a prevalência dos medicamentos potencialmente inapropriados para idosos (MPI) e presença na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Campina Grande-PB, 2019.

Grupo terapêutico (ATC)/medicamento (n=1449)	n	%	MPI (n=279)		RENAME
			n	%	
C - Sistema Cardiovascular	811	55,9	47	16,8	
Hidroclorotiazida	167	11,6	-	-	Sim
Losartana	130	9,0	-	-	Sim
Sinvastatina	123	8,5	-	-	Sim
Enalapril	87	6,0	-	-	Sim
Anlodipino	80	5,5	-	-	Sim
Atenolol	46	3,2	-	-	Sim
Captopril	36	2,5	-	-	Sim
Furosemida	28	1,9	28	10,0	Sim
Demais	114	7,8	19	6,8	
A - Trato alimentar e metabolismo	252	17,4	62	20,1	
Metformina	137	9,5	-	-	Sim
Insulina NPH	34	2,3	-	-	Sim
Omeprazol	29	2,0	29	10,4	Sim
Glibenclamida	23	1,6	23	8,2	Sim
Demais	29	2,0	10	1,5	
N - Sistema Nervoso Central	193	13,3	152	54,4	
Clonazepam	49	3,4	49	17,6	Não*
Diazepam	30	2,1	30	10,8	Sim
Amitriptilina	27	1,8	27	9,7	Sim
Fluoxetina	14	1,0	-	-	Sim
Fenobarbital	10	0,7	10	3,6	Sim
Carbamazepina	09	0,6	-	-	Sim
Levomepromazina	04	0,3	04	1,4	Não
Nortriptilina	04	0,3	04	1,4	Sim
Demais	73	5,0	28	10	
Demais classes farmacológicas	193	13,3	18	6,4	
Total	1449	100,0	279	100,0	

Medicamento não classificado como MPI (CBMPI, 2016). *O clonazepam selecionado na RENAME 2018 é na forma farmacêutica solução. As prescrições continham clonazepam 0,5mg ou 2mg comprimido. Não foi disponibilizada a REMUME.

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Previdência e Assistência Social, como aposentadoria e ao Benefício de Prestação Continuada (BPC). Alerta-se para que cerca de 10% dos idosos declararam renda inferior ao salário mínimo, o que vai de encontro ao garantido na legislação e pode comprometer a qualidade de vida dos idosos^{24,25}.

A maioria dos idosos referiu buscar as farmácias comunitárias privadas em detrimento do Programa Aqui Tem Farmácia Popular em caso de desabastecimento nas farmácias do SUS. Além de favorecer o abandono do tratamento e comprometer o estado de saúde, este fato pode ter impacto no orçamento familiar, tendo em vista

que a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2017-18 descreveu que 71,2% dos gastos com saúde das famílias com renda até R\$ 1.908,00 foram com medicamentos²⁶, o que inclui a renda da maioria dos participantes da pesquisa e reforça, portanto, a importância da regularidade do abastecimento de medicamentos do componente básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) no SUS. Ademais, esse resultado também explicita o papel das farmácias comunitárias privadas como serviço complementar de saúde e da importância da atuação do profissional farmacêutico no cuidado à Saúde do Idoso. A legislação exige a presença do farmacêutico durante todo o horário de funcio-

Tabela 3. Fatores associados ao uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos atendidos na Atenção Primária. Campina Grande-PB, 2019.

Variável	CBMPI, 2016			
	RP (IC95%)	p	RP (aj.) (IC95%)	p
Sexo				
Masculino	1,00(-)	-	1,00	-
Feminino	1,26 (0,99-1,60)	0,062	1,17 (0,88-1,55)	0,286
Situação conjugal				
Com companheiro	1,00 (-)	-	1,00 (-)	-
Sem companheiro	1,57 (1,07-1,61)	0,010	1,20 (0,95-1,52)	0,131
Cor				
Negra	1,00 (-)	-	1,00 (-)	-
Branca	1,23 (0,75-2,00)	0,415	1,26 (0,77-2,07)	0,363
Parda	1,18 (0,92-1,52)	0,201	1,25 (0,78-1,98)	0,358
Anos Escolaridade				
0 a 4 anos	1,00 (-)	-	1,00 (-)	-
Entre 5 e 8 anos	0,99 (0,72-1,36)	0,944	0,87 (0,62-1,22)	0,422
Entre 9 e 11 anos	0,61 (0,32-1,16)	0,131	0,66 (0,38-1,15)	0,141
Acima de 12	0,92 (0,54-1,58)	0,760	0,88 (0,49-1,56)	0,656
Número de morbidades				
2 ou mais	1,35 (1,11-1,65)	0,003	1,22 (0,91-1,64)	0,192
Autopercepção de saúde				
Muito boa/boa	1,00	-	1,00	-
Regular	0,95 (0,72-1,25)	0,729	0,83 (0,65-1,07)	0,147
Muito ruim/ruim	1,40 (1,01-1,94)	0,041	1,08 (0,76-1,54)	0,675
DCNT autorreferidas				
HAS				
Sim	1,22 (0,99-1,49)	0,057	0,65 (0,49-0,87)	0,004
Depressão				
Sim	2,17 (1,86-2,55)	<0,001	2,06 (1,62-2,62)	<0,001
Utiliza medicamentos além dos prescritos na APS?				
Sim	1,57 (1,27-1,94)	<0,001	1,38 (1,08-1,74)	0,008
Polifarmácia				
Sim	2,03 (1,70-2,43)	<0,001	1,79 (1,38-2,32)	<0,001

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

namento e a prestação de serviços de Assistência Farmacêutica para a promoção, proteção e recuperação da saúde, objetivando o acesso e o uso racional de medicamentos²⁷.

Cerca da metade dos participantes informou fazer uso de medicamentos além dos prescritos, o que pode refletir na ocorrência da prática da automedicação e/ou fragmentação do cuidado ao idoso. Quando questionados sobre quais medicamentos eram, a maioria não soube responder e ainda há a possibilidade de viés de memória para as respostas obtidas. Estudos mostram que a automedicação é uma prática frequente entre os idosos. Revisão sistemática identificou preva-

lência entre 20% e 60%²⁸ e em estudo de âmbito nacional, 14,3%, sendo uma prática associada à frequência de eventos adversos²⁹.

Um desafio que se apresenta para a Saúde do Idoso é o cuidado integral, conforme preconizado na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)¹⁰, pois diante das comorbidades há uma busca por diversas especialidades e, assim, várias prescrições, que podem resultar em duplicidade medicamentosa, quando há prescrição de dois fármacos que possuem ação farmacológica semelhante, interações medicamentosas prejudiciais, além da possibilidade de dificultar a adesão ao tratamento⁸. Como uma maneira de minimizar

a fragmentação do cuidado destaca-se a efetiva utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na APS, por possibilitar uma avaliação inicial dos medicamentos inapropriados e das reações adversas desenvolvidas. Trata-se de um documento que permanece com o idoso e uma ferramenta que permite o registro de todas as informações importantes em contextos clínicos, psicossocial e funcional, constituindo-se como elemento fundamental para a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde nos diferentes níveis de atenção e, portanto, para a qualificação do cuidado da pessoa idosa^{8,30}.

Em nosso estudo, assim como em outros trabalhos realizados na APS^{2,13} os idosos polimedicados apresentaram maior uso de MPI. É consenso na literatura que a polifarmácia é um dos principais problemas de utilização de medicamentos entre idosos, sendo considerado um importante fator associado ao uso de MPI, aumento dos custos com medicamentos, diminuição da capacidade funcional, além de desenvolvimento de síndromes geriátricas, maior frequência de eventos adversos e de internações hospitalares¹³.

Em consonância com o perfil epidemiológico nacional e com achados de outros estudos, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e *diabetes mellitus* foram predominantes, assim como os medicamentos que atuam no tratamento e controle dessas enfermidades²¹⁻²³. Ser portador de HAS mostrou-se como fator de proteção associado ao uso de MPI, o que pode ser explicado pelo fato dos medicamentos mais prescritos que atuam no sistema cardiovascular – hidroclorotiazida, losartana e sinvastatina – não são considerados MPI. São medicamentos prevalentes entre idosos³¹ e, no tratamento da HAS, devem ser escolhidos em detrimento de outros das mesmas classes farmacológicas em virtude de menores efeitos adversos (hidroclorotiazida), da redução de morbimortalidade cardiovascular (CV) e renal em indivíduos com comorbidades e alto risco CV (losartana)³²; e por ser primeira opção no tratamento de dislipidemias (sinvastatina)³³. Além disso, são disponibilizados pelo CBAF tanto nas farmácias do SUS quanto na rede de farmácias integrantes do programa Aqui Tem Farmácia Popular³¹.

Autorreferir diagnóstico de depressão se mostrou associado ao uso de MPI, o que pode ocorrer em virtude do controle e tratamento dessas doenças serem realizados através de medicamentos inadequados para idosos. A depressão que necessita de intervenção medicamentosa é encontrada em 10% dos idosos e na maioria

apresenta sintomas recorrentes, sendo, portanto, recomendado o tratamento na APS, devendo ser escolhidos aqueles medicamentos com menor potencial de efeitos adversos e interações medicamentosas, devido à fragilidade dos idosos, o uso prolongado, a polifarmácia e as comorbidades³⁴. Em relação aos MPI utilizados para transtornos de ansiedade como a depressão, a amitriptilina, principal medicamento prescrito no nosso estudo, pertence à classe dos antidepressivos tricíclicos e possuem efeito anticolinérgico, sedação e hipotensão ortostática, tendo os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) como primeira escolha e alternativa terapêutica^{7,35}, aliado a medidas não farmacológicas como psicoterapia³⁴.

Semelhante a outros trabalhos^{12,21}, os medicamentos de ação no SNC, com destaque para os benzodiazepínicos, foram os principais responsáveis pelas prescrições inadequadas, o que mostra sua relevância no contexto da Saúde do Idoso. Esses medicamentos têm efeito aumentado entre idosos em virtude da redução do metabolismo e incremento da sensibilidade, o que acarreta em riscos elevados de déficit cognitivo, *delirium*, quedas e fraturas em idosos². Markota et al.³⁶ descreveram diferentes razões para a elevada prescrição dos benzodiazepínicos na APS: insuficiente reconhecimento dos eventos adversos, convicção de que a relação risco/benefício favorece esse último, não questionamento da lógica de prescrição dos outros profissionais e renovação contínua da receita, ausência de alternativas terapêuticas, relação médico-paciente fragilizada, dificuldade de acesso a consultas especializadas com psiquiatras e resistência do paciente para uma possível mudança de medicamento.

Tommelein et al.³⁷ desenvolveram o GhePo^{3S}, uma ferramenta com critérios explícitos e alternativas terapêuticas voltadas para o uso em farmácias comunitárias com o objetivo de detecção de MPI e otimização da terapia a fim de reduzir os prejuízos causados pelos MPI. No GhePo^{3S}, em casos de prescrição inicial de benzodiazepínicos (BZD) para distúrbios do sono recomenda-se, primeiramente, a abordagem não farmacológica, como a higiene do sono. Como segunda escolha, deve-se utilizar benzodiazepínicos de ação intermediária ou drogas Z com metade da dose dos adultos; e em casos de uso de benzodiazepínicos acima de 30 dias, recomenda-se a elaboração de um plano de retirada com apoio do farmacêutico. Para ansiedade, deve-se considerar a abordagem não farmacológica e mudança do benzodiazepínico para inibidor seletivo de recap-

tação da serotonina (ISRS)³⁷. Na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)³⁸, para ansiedade, o ISRS selecionado é a fluoxetina e para insônia, não há representantes das denominadas drogas Z, o que pode configurar uma lacuna nas demandas de tratamento dos idosos diante de sua heterogeneidade e variabilidade de resposta terapêutica.

A OMS recomenda que 70% dos medicamentos prescritos siga a lista nacional de medicamentos essenciais³⁹. O nosso achado foi superior ao encontrado nas prescrições para idosos na APS em Karawang, Indonésia⁴⁰. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) constitui-se como um importante instrumento para as ações de Assistência Farmacêutica no país, sendo recomendado que os medicamentos prescritos no SUS estejam presentes na lista nacional a fim de garantir acesso e evitar a judicialização⁴¹.

Entre os principais MPI prescritos, a furosemida e a glibenclamida possuem alternativas terapêuticas mais seguras para idosos na RENAME, enquanto o omeprazol e os benzodiazepínicos, já abordados e representados pelo clonazepam e diazepam, não possuem opções. No tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em idosos, deve-se dar preferência aos diuréticos tiazídicos (por exemplo, hidroclorotiazida) que apresentam menores efeitos colaterais em relação aos de alça (furosemida), pois em virtude da diurese excessiva podem ocorrer desidratação e perda eletrolítica em idosos⁴². A Glibenclamida pode apresentar maior risco de hipoglicemia prolongada e severa em idosos, sendo recomendada dieta e a metformina ou qualquer sulfonilureia de curta ação, como a gliclazida^{35,37}. Como proposta de segurança para o uso de omeprazol, recomenda-se a sua utilização por um período inferior a 8 semanas ou redução da dose, de modo a evitar que ocorra perda muscular, demência e insuficiência renal com o prolongamento da utilização⁵.

Nesse contexto, é preciso discutir sobre outros aspectos que podem contribuir para a prescrição de MPI para idosos. Há a baixa representatividade de idosos no desenvolvimento de estudos clínicos e assim da avaliação da efetividade e segurança dos medicamentos nessa população⁶, agravada por um importante fator que é cultural, de que cada consulta médica “deve resultar” na prescrição de medicamentos em detrimento da promoção da saúde e prevenção de doenças, o que favorece o uso de vários medicamentos⁴³. Podemos assinalar também que é comum o início da utilização de fármacos para controle de DCNT na fase adulta e sua continuidade sem a

devida avaliação diante das alterações fisiológicas com o processo de envelhecimento²⁸ e ainda, existe a denominada ‘cascata iatrogênica’ em que se utiliza um medicamento para tratar um efeito adverso causado por outro em uso⁴⁴.

Dessa maneira, ressalta-se a importância da formação e a atuação dos profissionais de saúde voltada para o uso de MPI por idosos na APS, pois há uma escassez de equipes multiprofissionais com conhecimento necessário em envelhecimento e saúde da pessoa idosa³⁰. Assim, evidencia-se a necessidade de abordar conteúdos de gerontologia nos currículos dos cursos da área de saúde. Já na atuação profissional, destacam-se os prescritores, médicos e dentistas, que precisam ter conhecimento sobre as opções terapêuticas seguras disponíveis no SUS e dos medicamentos presentes nas listas de identificação de MPI a fim de realizar uma prática prescritiva mais adequada para os idosos. Também ressalta-se o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que a partir das visitas domiciliares e do vínculo com as famílias, estejam atentos para relatos sobre quedas, ‘desorientação’ e outras características relacionadas aos riscos de MPI. Ademais, torna-se necessária a realização de serviços clínicos farmacêuticos, como o acompanhamento farmacoterapêutico e a conciliação medicamentosa a fim de qualificar o acesso, prevenir e solucionar possíveis problemas relacionados ao uso de medicamentos. Portanto, é importante que cada profissional envolvido no cuidado ao idoso esteja em alerta para a identificação de possíveis eventos adversos relacionados aos MPI.

Assim, o uso de MPI a partir da APS ganha relevância e pode tornar-se um grave problema de saúde pública. Meta análise baseada em estudos de coorte realizados na APS identificou que o uso de MPI está associado à admissão em emergências, eventos adversos relacionados a medicamentos, piora da qualidade de vida e hospitalizações⁴⁴. Portanto, é imprescindível que sejam realizadas intervenções que contribuam para uma maior racionalidade e segurança na prescrição de medicamentos para idosos, entre as quais podemos citar a capacitação dos profissionais das equipes de saúde, a divulgação das listas de identificação de MPI para os prescritores e das opções terapêuticas disponíveis na RENAME, a incorporação de medicamentos mais seguros para idosos na lista nacional de medicamentos essenciais e também a realização de práticas que reduzam os riscos de MPI, como a desprescrição de medicamentos.

Como ponte forte, nosso estudo problemati-

za a prescrição de MPI oriunda da APS e apresentou alguns aspectos relacionados que necessitam ser aprimorados para qualificar o cuidado ao idoso na APS, além disso destaca-se a utilização do CBMPI para identificação dos MPI que baseia-se na realidade nacional, não sofrendo, portanto, o viés da diferença de regulação e do mercado farmacêutico quando são utilizados instrumentos validados de outros países. Entre as limitações, destacamos as que são próprias de estudos transversais como a limitação da relação de causalidade entre os fatores associados e o desfecho, assim como viés de memória pelo fato dos participantes serem os idosos ou seus responsáveis. Outro aspecto limitante do estudo foi uma possível subestimação da prevalência do uso de medicamentos pelos idosos por utilizar apenas os registrados no momento da busca à farmácia da unidade básica de saúde.

Considerações finais

O nosso estudo observou uma ampla utilização de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos atendidos na Atenção Primária, porta de entrada para o cuidado à Saúde dos Idosos no sistema de saúde, e identificou fatores associados, o que pode contribuir para ações de qualificação da Assistência Farmacêutica prestada aos idosos na Atenção Primária. Evidencia-se necessidade de ações que busquem melhorar aspectos importantes, como a fragmentação do cuidado e o uso dos benzodiazepínicos.

Como sugestões propomos a realização de estudos longitudinais que avaliem os riscos de eventos adversos a partir do uso de MPI e de pesquisas que avaliem o impacto de intervenções que buscam reduzir sua utilização, como o processo de desprescrição e implantação de ferramentas que apoiam a prescrição. Nesse sentido, também se faz apropriada a capacitação dos profissionais prescritores para promoção do uso de medicamentos mais seguros, além do acompanhamento de idosos a fim de identificar e prevenir os problemas causados pela utilização de MPI.

Colaboradores

AD Farias foi responsável pela concepção, metodologia, elaboração da discussão e versão final. KC Lima contribuiu na discussão dos resultados, redação do manuscrito e revisão crítica do seu conteúdo. YMC Oliveira realizou análise crítica substancial e revisão da versão final. AAF Leal contribuiu na concepção e metodologia e análise crítica substancial. RR Martins fez análises críticas importantes na redação e revisão da versão final. CHSM Freitas contribuiu na concepção, redação do manuscrito, análise crítica e revisão da versão final.

Referências

1. Ervatti LR, Borges GM, Jardim AP. *Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população*. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
2. Almeida TA, Reis EA, Pinto IVL, Ceccato MGB, Silveira MR, Lima MG, Reis AMM. Factors associated with the use of potentially inappropriate medications by older adults in primary health care: An analysis comparing AGS Beers, EU (7)-PIM List, and Brazilian Consensus PIM criteria 2018. *Res Social Adm Pharm* 2019; 15(4):370-377.
3. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2019; 67(4):674-694.
4. Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Junior AA, Gomes IC, Silveira MR, Costa EA, Leite SN, Costa KS, Soeiro OM, Guibu IA, Karnikowski MGO, Acurcio FA. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica* 2017; 51(Supl. 2):19s.
5. Oliveira MG, Amorim WW, Oliveira CRB, Coqueiro HL, Gusmão LC, Passos LC. Consenso Brasileiro de Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. *Geriatr Gerontol Aging* 2017; 10(4):168-184.
6. Fialová D, Laffon B, Marinković V, Tasić L, Doro P, Sóos G, Mota J, Dogan S, Brkić J, Teixeira JP, Valdiglesias V, Costa S, EUROAGEISM H2020 project and WG1b group “Healthy clinical strategies for healthy aging” of the EU COST Action IS 1402. Medication use in older patients and age-blind approach: narrative literature review (insufficient evidence on the efficacy and safety of drugs in older age, frequent use of PIMs and polypharmacy, and underuse of highly beneficial nonpharmacological strategies). *Eur J Clin Pharmacol* 2019; 75(4):451-466.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*; 2017.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: MS, 2006.
9. Brasil. Presidência da República. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União* 2006; 22 fev.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Poder Executivo. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI. *Diário Oficial da União* 2006; 20 out.
11. Opondo D, Eslami S, Visscher S, De Rooij Se, Verheij R, Korevaar JC, Abu-Hanna A. Inappropriateness of Medication Prescriptions to Elderly Patients in the Primary Care Setting: A Systematic Review. *PLoS One* 2012; 7(8):e43617.
12. Neves SJF, Marques APO, Leal MCC, Diniz AS, Medeiros TS, Arruda IKG. Epidemiology of medication use among the elderly in an urban area of Northeastern Brazil. *Rev Saude Pública* 2013; 47(4):759-768.
13. Gomes MS, Amorim WW, Morais RS, Gama RS, Graia LT, Queiroga HM, Oliveira, MG. Polypharmacy in older patients at primary care units in Brazil. *Int J Clinical Pharmacy* 2019; 41:516-524.
14. Leite RFB, Veloso TMG. Limites e Avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. *Saúde Soc* 2009; 18(1):50-62.
15. Nogueira KWAS. Administração política da saúde: uma análise das ações em saúde no município de Campina Grande, Paraíba. *Rev Soc Hum* 2020; 33(1):55-77.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estimativas da População* [Internet]. [acessado 2018 Nov 13]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e>
17. DATASUS, Tabnet [Internet]. [acessado 2018 Nov 13]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2018*. Brasília: MS; 2018.
19. Santos APAL, Silva DT, Santos Júnior GA, Silvestre CC, Nunes MAP, Lyra Jr DP, Antonioli AR. Evaluation of the heterogeneity of studies estimating the association between risk factors and the use of potentially inappropriate drug therapy for the elderly: a systematic review with meta-analysis. *Eur J Clin Pharmacol* 2015; 71(9):1037-1050.
20. Guibu IA, Moraes SJC, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio FA, Costa KS, Karnikowski MGO, Soeiro OM, Leite SN, Álvares J. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saude Publica* 2017; 51(Supl 2):17s.
21. Lutz BH, Miranda VIA, Bertoldi AD. Inadequação do uso de medicamentos entre idosos em Pelotas, RS. *Rev Saude Publica* 2017; 51:52.
22. Martins GA, Acurcio 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* 2015; 31(11):2401-2412.
23. 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* 2014; 30(8):1708-1720.
24. Brasil. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1993; 8 dez.
25. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2003; 3 out.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018: primeiros resultados*. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
27. Brasil. Lei nº. 13.021, de 08 de agosto de 2014. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos. *Diário Oficial da União* 2014; 11 ago.

28. Jerez-Roig J, Medeiros LF, Silva VA, Bezerra CL, Cavalcante LA, Piuvezam G, Souza DL. Prevalence of Self-Medication and Associated Factors in an Elderly Population: A Systematic Review 2014. *Drugs Aging* 2014; 31(12):883-896.
29. Arrais PSD, Fernandes MEP, da Silva Dal Pizzol T, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, Tavares NUL, Farias MR, Oliveira MA, Bertoldi AD. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. *Rev Saude Publica*. 2016; 50(Supl. 2):13s.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS; 2018.
31. 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 Saude Publica* 2016; 50(Supl. 2):9s.
32. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107(3):1-103.
33. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Atualizações da diretriz brasileira de dislipidemia e prevenção da aterosclerose. *Arq Bras Cardiol* 2017; 109(2):1-91.
34. Wannmacher L. Abordagem da depressão maior em idosos: medidas não medicamentosas e medicamentosas. In: *Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica*. Brasília: OPAS; 2016.
35. Instituto para Práticas Seguras do Uso de Medicamentos (ISMP). Medicamentos Potencialmente Inadequados para Idosos. *ISMP* 2017; 7(3):1-9
36. Markota M, Rummans TA, Bostwick JM, Lapid MI. Benzodiazepine Use in Older Adults: Dangers, Management, And Alternative Therapies *Mayo Clin Proc* 2016; 91(11):1632-1639.
37. Tommelein E, Petrovic M, Somers A, Mehuys E, Cammen T, Boussery K. Older patients' prescriptions screening in the community pharmacy: development of the Ghent Older People's Prescriptions community Pharmacy Screening (GheOP3S) tool. *J Public Health* 2016; 38(2):e158-e170.
38. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME* 2020. Brasília: MS; 2020.
39. Organização Mundial de Saúde (OMS). *How to investigate drug use in health facilities - selected drug use indicators*. Geneva: OMS; 1993.
40. Abdulah R, Insani NW, Putri EN, Purba PH, Destiani PD, Barliana IM. Pattern of medication use in geriatric patients at primary health care facilities in Karawang, Indonesia. *Drug Healthcare Patient Safety* 2019; 11:1-5.
41. Brasil. Resolução GM/CIT nº 29, de 26 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a apresentação de justificativa para a prescrição de medicamento(s) não padronizado(s) no Sistema Único de Saúde (SUS) e centralização de dados. *Diário Oficial da União* 2017; 1 nov.
42. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Atualização das Diretrizes em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 2019; 112(5):649-705.
43. Peres AC. Menos é mais. *RADIS* 2020; 209:18-24.
44. Liew TM, Lee CS, Shawn KLG, Chang ZY. Potentially Inappropriate Prescribing Among Older Persons: A Meta-Analysis of Observational Studies. *Ann Fam Med* 2019; 17(3):257-266.

Artigo apresentado em 07/08/2020

Aprovado em 24/02/2021

Versão final apresentada em 26/02/2021

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva