

Sabrina Joany Felizardo Neves^I
Ana Paula de Oliveira Marques^{II}
Márcia Carrera Campos Leal^{III}
Alcides da Silva Diniz^{III}
Tibério Silva Medeiros^{IV}
Ilma Kruze Grande de Arruda^{III}

Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil

Epidemiology of medication use among the elderly in an urban area of Northeastern Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar o uso de medicamentos entre idosos e os fatores associados.

MÉTODOS: Estudo transversal com 400 indivíduos maiores de 60 anos residentes na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, em Recife, PE, em 2009. Os indivíduos foram selecionados por amostra probabilística sistemática, com coleta de dados de base domiciliar. Foram avaliadas variáveis socioeconômicas e demográficas, estilo de vida, condições de saúde e nutricionais. A variável independente foi uso de medicamentos. O diagrama analítico envolveu análises estatísticas uni e multivariadas.

RESULTADOS: A prevalência de uso de medicamentos foi de 85,5%. A polifarmácia (> 5 medicamentos) ocorreu em 11% dos casos. Dos 951 medicamentos relatados, 98,2% foram por prescrição médica e 21,6% foram considerados inseguros para idosos. Os medicamentos de uso nos sistemas cardiovascular (42,9%), nervoso central (20,2%), digestório e no metabolismo orgânico (17,3%) foram os mais utilizados. O uso de polifarmácia associou-se à escolaridade ($p = 0,008$), à saúde autorreferida ($p = 0,012$), à doença crônica autorreferida ($p = 0,000$) e ao número de consultas médicas ao ano (0,000).

CONCLUSÕES: A proporção de uso de medicamentos é elevada entre idosos, inclusive daqueles considerados inadequados, e há desigualdades entre grupos de idosos quando se considera escolaridade, quantidade de consultas médicas e saúde autorreferida.

DESCRITORES: Idoso. Uso de Medicamentos. Polimedicação. Fatores Socioeconômicos. Saúde da População Urbana.

^I Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Departamento de Nutrição. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Social. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil

^{III} Departamento de Nutrição. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil

^{IV} Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, AL, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Sabrina Joany Felizardo Neves
Rua Deputado José Lages, 1230 apto. 1001 -
Ponta Verde
54035-330 Maceió, AL, Brasil
E-mail: joanysabrina@gmail.com

Recebido: 24/9/2011

Aprovado: 4/3/2013

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze medication use and associated factors among the elderly.

METHODS: A population-based cross-sectional study was carried out with a sample of 400 elderly people aged over 60 living in the urban area covered by the Family Health Strategy program in Recife, Northeastern Brazil, in 2009. Individuals were selected by systematic random sampling and household data were collected. Demographic, socio-economic, lifestyle factors including nutrition practices and health variables were evaluated. Medication use was the independent variable. Univariate and multivariate statistical analysis were performed.

RESULTS: The prevalence of medication use was 85.5%. Polypharmacy (> 5 drugs) occurred in 11% of cases. Of the 951 drugs reported, 98.2% were prescribed by doctors and 21.6% were considered unsafe for the elderly. The most commonly prescribed groups were: cardiovascular drugs (42.9%), central nervous system agents (20.2%) and drugs with an effect on the digestive tract and metabolism (17.3%). The use of polypharmacy was associated with education ($p = 0.008$), self-reported health ($p = 0.012$), self-reported chronic disease ($p = 0.000$) and the number of doctor appointments per year (0.000).

CONCLUSIONS: The results of this study indicate a high proportion of medication use among the elderly, including of those considered unsuitable, and inequality among groups of elderly individuals regarding the use of medication, when education, number of doctor appointments and self-reported health are considered.

DESCRIPTORS: Aged. Drug Utilization. Polypharmacy. Socioeconomic Factors. Urban Health.

INTRODUÇÃO

Mudanças na qualidade de vida, saúde, padrões de consumo e no comportamento relacionado à fecundidade e mortalidade no último século levam ao aumento da longevidade. O envelhecimento populacional tornou-se um fenômeno mundial.^{18,22,25} O Brasil é considerado um país estruturalmente envelhecido, pois os idosos correspondem a 10,7% da população (cerca de 19 milhões de pessoas).^a

O processo de envelhecimento cursa com redução progressiva dos tecidos ativos no organismo, perda da capacidade funcional e modificações significativas das funções metabólicas.¹⁷ Conseqüentemente, há aumento na incidência de doenças crônicas, internações hospitalares e uso de medicamentos.^{16,22,b}

O uso elevado de medicamentos pela população idosa é descrito no Brasil e no mundo.^{7,9,15,16,20} A população

idosa apresenta biologicamente menor capacidade de depleção e metabolização dos fármacos, sofre com maior frequência seus efeitos adversos e redução de sua eficácia terapêutica. Isso ocorre por um conjunto de fatores: maior prevalência de doenças crônicas, polifarmácia e estado nutricional muitas vezes comprometido.^{4,10,21}

O termo polifarmácia¹² não possui definição consolidada. Bushardt et al,³ em revisão de literatura, identificaram inúmeros conceitos de polifarmácia; dentre os mais citados estão “o uso de medicação não apropriada ao diagnóstico”, “uso de múltiplos medicamentos”, “duplicação de drogas e/ou o uso de medicação potencialmente inapropriada”. Neste estudo, classificamos como polifarmácia o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos.¹²

^a Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: resultados preliminares. Rio de Janeiro; 2010.

^b Veras RP, Lourenço R, Martins CSF, Sanchez MA, Chaves PH. Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. In: Veras RP, organizador. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2002. p.11-79.

A prática da polifarmácia associada às condições fisiológicas e clínicas peculiares à pessoa idosa torna o uso de medicamentos alvo de preocupação para o setor saúde.^{8,9,21,26} É importante compreender os padrões de utilização de medicamentos por essa população para estabelecer caminhos para seu uso racional, melhoria da qualidade de vida e manutenção da capacidade funcional.

O presente trabalho teve por objetivo analisar o uso de medicamentos entre idosos e os fatores associados.

MÉTODOS

Estudo de corte transversal com 432 idosos de 60 anos ou mais, não institucionalizados, de ambos os sexos, capazes de se comunicarem, responsáveis pela sua medicação e residentes em áreas adscritas à Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Recife, PE, de abril a setembro de 2009. A pesquisa foi realizada no Distrito Sanitário IV, situado na região oeste de Recife, Microrregião 4.2, que possuía 2.796 idosos cadastrados na ESF.^c

O tamanho amostral foi determinado com base em prevalência do “uso de medicamentos” de 80%, com variabilidade de 5%, resultando em 246 indivíduos. Para corrigir eventuais perdas e permitir melhor desagregação das variáveis independentes foram contatados 432 idosos, dos quais 27 recusaram-se a participar do estudo (taxa de recusa de 6,2%) e cinco foram retirados por não terem sido encontrados nas suas residências após a terceira tentativa, o que resultou em amostra de 400 idosos elegíveis.

Esse rastreamento permite estimar a prevalência do uso de medicamento na população estudada, bem como as características desse uso e fatores associados.

O recrutamento dos indivíduos ocorreu por alocação probabilística, a partir de lista com nomes e endereços dos idosos cadastrados na ESF. Realizava-se sorteio para selecionar o idoso quando havia dois ou mais indivíduos que se enquadrassem no critério de inclusão no mesmo domicílio. A coleta de dados foi domiciliar, composta por aplicação do questionário e aferição de peso e altura por duplas de entrevistadores com cada idoso, isoladamente.

Os participantes foram indagados sobre os medicamentos utilizados no dia da entrevista. As entrevistadoras solicitaram prescrições e embalagens dos medicamentos para assegurar a acurácia dos nomes de medicamentos fornecidos e evitar omissão de medicamentos em uso por esquecimento. O nome e a dosagem do medicamento foram utilizados na identificação. Os

princípios ativos em cada especialidade farmacêutica foram classificados de acordo com o *Anatomical-Therapeutic-Chemical Classification System* (ATC).^d

A variável dependente foi o número de medicamentos em uso no dia da entrevista. Essa variável foi categorizada em dois grupos: uso de menos de cinco medicamentos; uso de cinco medicamentos ou mais (classificado como polifarmácia).¹²

Os medicamentos em uso foram classificados em: Medicamentos prescritos (prescritos por médico, incluindo as situações em que é permitida a renovação pelo enfermeiro); Medicamentos não prescritos (usados por iniciativa própria, por recomendação ou indicação de outros que não um profissional médico); Medicamentos inseguros para uso em idosos (deveriam ser evitados independentemente de dose, duração do tratamento ou circunstâncias clínicas, por não serem efetivos ou por apresentarem risco desnecessariamente alto para pessoas idosas – risco excedendo benefício – segundo os critérios de Beers-Fick⁶).

As variáveis independentes incluíram: características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade – em anos completos, situação conjugal, arranjo familiar e renda mensal – em salários mínimos nacionais da época); condição de saúde (percepção da própria saúde; autorrelato de doenças crônicas);¹¹ comportamentos relacionados à saúde (prática de atividades físicas); uso de serviços de saúde (número de consultas médicas realizadas nos últimos 12 meses); estado nutricional (Índice de Massa Corporal, classificado segundo os pontos de corte adotados por Lipschitz¹³).

As medidas de peso e altura foram tomadas segundo recomendações de Lohman et al.¹⁴ O peso foi aferido em uma balança da marca Marte, com capacidade de 150 kg, e a altura medida em estadiômetro portátil da marca Alturaexata com extensão de 2,00 m, divididos em centímetros.

Os dados foram digitados com dupla entrada e verificados com o “validate”, módulo do Programa EpiInfo, versão 6.04 (WHO/CDC; Atlanta, GE, USA), para identificar eventuais inconsistências. O *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 12.0 foi utilizado nas análises.

As análises univariadas foram feitas para verificar associação entre as características da população de estudo e a ocorrência de polifarmácia. Foram utilizados os testes: Kolmogorov-Sminov para estimar o padrão de normalidade das variáveis contínuas; teste do Qui-quadrado de Pearson para as variáveis categóricas; e teste H de Kruskal-Walis para as contínuas. Foi conduzida a

^c Secretaria Municipal de Saúde do Recife. Sistema de Informação da Atenção Básica. Recife; 2009.

^d WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index 2010. Oslo; 2010 [citado 20 Mai 2010]. Disponível em: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/

Tabela 1. Características demográficas, socioeconômicas, de estilo de vida e de saúde entre idosos não institucionalizados. Recife, PE, 2009.

Variável	Idosos	
	n	%
Sexo		
Feminino	302	75,5
Masculino	98	24,5
Faixa etária (anos)		
60 a 69	205	51,3
70 a 79	134	33,5
80 ou mais	61	15,4
Escolaridade (anos de estudo)		
Analfabeto	146	36,6
1 a 4	87	21,9
5 a 9	62	15,5
10 ou mais	104	26,1
Situação conjugal		
Com companheiro(a)	147	36,8
Sem companheiro(a)	252	63,2
Pessoas por domicílio		
Até 3	228	57,0
4 ou mais	142	43,0
Renda (SM)		
< 1	60	15,1
1 a 2	310	78,1
> 2	27	6,8
Saúde		
Excelente, muito boa e boa	24	6,0
Regular e ruim	376	94,0
Relato de doenças		
Não	48	12,0
Uma doença crônica	137	34,2
Duas ou mais doenças crônicas	215	53,8
Atividade física		
Não	98	24,5
Sim	302	75,5
Estado nutricional (IMC)		
< 22 kg/m ²	50	13,7
22 a 27 kg/m ²	140	38,5
> 27 kg/m ²	174	47,8
Consultas médicas ao ano		
Até 4	257	64,3
5 ou mais	143	35,8

SM: salário mínimo; IMC: índice de massa corporal

análise múltipla (regressão logística) para identificar fatores associados à ocorrência da polifarmácia. Foi realizado Teste de Wald para tendência e heterogeneidade na análise bruta. Variáveis que obtiveram

significância $\leq 0,20$ na análise univariada não ajustada foram consideradas na composição do modelo. O método *stepwise* (seleção de variáveis por passos) com eliminação retrógrada foi utilizado na análise ajustada. Permaneceram no modelo final as variáveis associadas a $p < 0,05$. O nível de significância utilizado foi definido em $\alpha = 0,05$ bi-caudal.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (Processo nº 0388.0.172.000-08 e Protocolo nº 396/08). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A maioria dos idosos (75,5%; IC95% 70,9;79,6) era do sexo feminino. A idade variou de 60 a 101 anos, com mediana de 69 anos (64,00:75,75); a faixa etária dos 60 aos 69 anos foi a de maior frequência (51,3%) (Tabela 1).

Baixa escolaridade foi frequente e a amostra foi constituída predominantemente por analfabetos (36,6%). Maior proporção de idosos possuía renda entre um e dois salários mínimos (78,1%); 63,2% viviam sem companheiro(a) e a mediana de pessoas por família foi de 3,0 (2,00:5,00).

A maioria dos idosos (94,0%) classificou sua saúde como ruim. Maior parte dos entrevistados (88,0%) referiu ser portador de pelo menos uma doença crônica; desses, 53,8% afirmaram possuir duas ou mais. As doenças referidas foram hipertensão arterial (47,6%), artrite/reumatismo/artrose (21,3%), diabetes (13,3%), doença cardíaca (6,3%), derrame (5,7%), doença pulmonar crônica (3,8%) e neoplasia (2,0%). A média do IMC foi de 27,9 kg/m² (DP = 5,4) e o sobrepeso foi a condição nutricional predominante (47,5%).

O uso do Sistema Único de Saúde (SUS) foi informado por 83,5% dos idosos; desses, 64,5% utilizaram exclusivamente a ESF nos últimos 12 meses. A mediana de consultas foi 4 (2,00: 6,00) para o mesmo período. A internação ocorreu em 24,5% dos idosos nos quatro meses que antecederam a entrevista (Tabela 1).

A prevalência de uso de medicamentos foi de 85,5%. Desses, a proporção de idosos, usando ao menos um medicamento prescrito, foi de 98,2%, e a proporção usando pelo menos um medicamento não prescrito foi de 6,7%. A polifarmácia ocorreu em 11,0% dos casos. O uso de ao menos um medicamento considerado inseguro para idosos ocorreu em 21,6% dos casos. Os mais utilizados foram: diazepam, digoxina e óleo mineral.

Identificaram-se 951 medicamentos em utilização no momento da entrevista, compostos por 739 fármacos distintos. O número médio de medicamentos em uso pelo idoso no momento da entrevista foi de 2,4

(DP = 1,78) e a mediana foi 2,0 (1,00: 3,00), variando de zero a dez medicamentos. A mediana foi de 2,0 (1,00: 3,00) entre os medicamentos prescritos, variando de zero a dez, e entre os medicamentos não prescritos foi de 0 (0,00: 0,00), variando de 0 a 3 medicamentos. Os homens apresentaram mediana de 2,0 (0,75: 3,00), enquanto as mulheres 2,0 (1,00: 3,00) ($p = 0,001$).

Os medicamentos mais utilizados pelos idosos pertenciam à classe dos cardiovasculares, seguidos pelos medicamentos utilizados para o sistema nervoso central (Tabela 2).

Dentre os medicamentos mais utilizados, destacaram-se a Hidroclorotiazida 25 mg, o Captopril 25 mg e o AAS 100 mg (Tabela 3).

O uso de polifarmácia mostrou-se associado à menor escolaridade ($p = 0,008$), à saúde autorreferida como negativa ($p = 0,012$), presença de duas ou mais doenças crônicas autorreferidas ($p = 0,000$) e ao número de consultas médicas ao ano (0,000). As demais variáveis não estiveram associadas ao uso de polifarmácia (Tabela 4).

Tabela 2. Medicamentos utilizados por idosos não institucionalizados segundo classe terapêutica e grupo farmacológico. Recife, PE, 2009. (N = 951)

Classe e Subgrupo	n	%
Medicamentos cardiovasculares	408	42,9
Diuréticos	124	13,0
Fármacos ativos no sistema renina angiotensina	107	11,2
Bloqueadores dos canais de cálcio	37	3,9
β -bloqueadores	19	2,0
Terapia cardíaca	14	1,5
Hipolipemiantes	4	0,4
Outros	103	10,9
Medicamentos para o nervoso central	192	20,2
Analgésicos	80	8,4
Psicolépticos	26	2,7
Psicoanalépticos	20	2,1
Antiparkinsonianos	6	0,6
Antiepiléptico	4	0,4
Outros	6	0,6
Medicamentos para o trato alimentar e metabolismo	165	17,3
Antidiabéticos	65	6,8
Suplementos minerais	18	1,9
Antiácidos, antiulcerosos e antiflatulentos	14	1,5
Vitaminas	5	0,5
Outros	3	0,3
Outros	186	19,6

Tabela 3. Medicamentos utilizados por idosos não institucionalizados. Recife, PE, 2009.

Medicamento	n	%
Hidroclorotiazida 25 mg cpr	153	16,1
Captopril 25 mg cpr	102	10,8
AAS 100 mg cpr	66	6,9
Metformina 850 mg cpr	42	4,4
Propranolol 40 mg cpr	42	4,4
Glibenclamida 5 mg cpr	36	3,8
Sinvastatina 40 mg cpr	30	3,1
Diazepam 10 mg cpr	21	2,2
Atenolol 50 mg cpr	15	1,6
Furosemida 40 mg cpr	12	1,3
Outros	432	45,4
Total	951	100,0

Cpr: comprimido

Três variáveis mantiveram-se no modelo após o ajuste para os potenciais fatores de riscos para o uso de polifarmácia, mostrando associação independente com o uso de polifarmácia. Ter de um a quatro anos de estudo foi o fator mais fortemente associado ao uso de polifarmácia (OR = 5,276; IC95% 2,142;12,989) ($p = 0,000$).

DISCUSSÃO

A elevada prevalência do uso de medicamentos entre os idosos (85,5%) é concordante com a literatura e encontra-se dentro da média esperada, com valores próximos aos obtidos em Fortaleza, CE, (80,3%),⁶ Região Sul (82,0%)⁷ e Belo Horizonte, MG (86,2%¹⁵ e 89,6%²⁰).

O número médio de medicamentos em uso no momento da pesquisa foi menor que o observado no Rio de Janeiro, RJ,¹⁶ Região Sul⁷ e Belo Horizonte, MG.^{15,20} Porém, foi maior que o encontrado em Fortaleza,⁵ população que mais se aproxima da população de referência desta pesquisa, o que sugere diferenças regionais na intensidade do uso de medicamentos.

Sexo, idade e acesso a serviços de saúde são apontados como fatores preditores para o uso de medicamentos entre idosos.^{9,21,22} Nesta pesquisa, mulheres tenderam a usar mais medicamentos, porém a prevalência específica de polifarmácia não apresentou diferenças estatisticamente significantes entre os sexos. Em geral, mulheres procuram mais os serviços de saúde e relatam melhor suas doenças;¹ assim, são mais propensas à utilização de medicamentos. Essa tendência de usar medicamentos e em maior quantidade é consistente com os resultados de outras investigações epidemiológicas.^{5,7,15,20} Entretanto, essa diferença não esteve refletida na prática da polifarmácia. Da mesma forma, não houve associação entre polifarmácia e faixa etária.

Tabela 4. Associação entre o uso de medicamentos, características sociodemográficas, aspectos relacionados à saúde e uso de serviços de saúde entre idosos não institucionalizados. Recife, PE, 2009.

Variável	Polifarmácia				p ^a
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sexo					0,302
Feminino	8	8,2	90	91,8	
Masculino	36	11,9	266	88,1	
Faixa etária (anos)					0,097
60 a 69	29	14,15	176	85,9	
70 a 79	9	6,7	125	93,3	
80 ou mais	6	9,8	55	90,2	
Escolaridade (anos de estudo)					0,008
Analfabeto	20	19,2	84	80,8	
1 a 4	7	11,3	55	88,7	
5 a 9	9	10,3	78	89,7	
10 ou mais	8	5,5	138	94,5	
Situação conjugal					0,688
Com companheiro(a)	15	10,2	132	89,8	
Sem companheiro(a)	29	11,5	223	88,5	
Pessoas por domicílio					0,535
Até 3	27	11,8	201	88,2	
4 ou mais	17	9,9	155	90,1	
Renda (SM)					0,416
< 1	3	9,4	29	90,6	
1 a 2	1	3,7	26	96,3	
> 2	40	11,8	300	88,2	
Saúde					0,012
Excelente, muito boa e boa	6	5,0	114	95,0	
Regular e ruim	38	13,6	242	86,4	
Relato de doenças					0,000
Não	–	–	48	100,0	
Uma doença crônica	5	3,7	129	96,3	
Duas ou mais doenças crônicas	39	17,9	179	82,1	
Atividade física					0,183
Não	30	9,8	275	90,2	
Sim	14	14,7	81	85,3	
Estado nutricional (IMC)					0,663
< 22 kg/m ²	19	9,9	173	90,1	
22 a 27 kg/m ²	16	13,1	106	86,9	
> 27 kg/m ²	6	12,2	43	87,8	
Consultas médicas ao ano					0,000
Até 4	16	6,2	241	93,8	
5 ou mais	28	19,6	115	80,4	

SM: salário mínimo; IMC: índice de massa corporal

^a Qui-quadrado

Tabela 5. Modelo final da análise multivariada para polifarmácia, entre idosos não institucionalizados. Recife, PE, 2009.

Variável	OR	IC95%	Erro Padrão	p
Escolaridade (anos de estudo)				
Analfabeto	1			
1 a 4	5,276	2,142;12,989	0,460	0,000
5 a 9	2,426	1,004;5,860	0,450	0,049
10 ou mais	2,131	0,809;5,616	0,494	0,126
Saúde				
Excelente, muito boa e boa	1			
Regular e ruim	2,787	1,111;6,995	0,469	0,029
Consultas médicas ao ano				
Até 4	1			
5 ou mais	3,754	1,899;7,422	0,348	0,000

OR: *odds ratio*

A assistência dos idosos pela equipe do ESF torna o acesso gratuito ao medicamento vinculado à prescrição baseada nas listas padronizadas, o que resulta em uso de menor quantidade de medicamentos além do estímulo ao uso mais racional. Isso pode reduzir a polifarmácia em todas as faixas etárias e em ambos os sexos. Nossos achados são discordantes dos estudos realizados em Belo Horizonte.^{15,20} Entretanto, esses estudos foram realizados com idosos na população geral, independente de vinculação a ESF, sugerindo que o acompanhamento do idoso pela equipe de saúde tende a reduzir a polifarmácia em todas as faixas etárias.

As classes terapêuticas mais utilizadas foram semelhantes às encontradas em outras pesquisas.^{5,7,15} Os medicamentos para o sistema cardiovascular foram os mais utilizados, o que concorda com o perfil epidemiológico nacional,⁶ e a hipertensão foi a condição crônica autorreferida mais frequente.

A proporção de idosos usando medicamentos prescritos foi expressiva e alcançou maior proporção do que a encontrada em pesquisas realizadas na população geral de idosos.^{5,6,15} Por outro lado, a proporção de idosos usando medicamentos não prescritos foi inferior às referidas pela literatura.^{5,6,15,16} Esse comportamento pode estar relacionado ao fato de se tratar de uma população basicamente dependente do SUS, sendo portanto necessária a apresentação de uma prescrição para que seja dispensado qualquer medicamento. A frequência do uso de medicamentos considerados inseguros para idosos³ foi maior que a descrita no Rio de Janeiro¹⁶ e em Fortaleza,⁵ mas apresentou valores

menores, comparados àqueles obtidos em estudos realizados com idosos não usuários do SUS.¹⁹ Mesmo assim, observou-se o uso do diazepam por 2,2% dos idosos. Essa prevalência foi maior do que a encontrada por Bushardt et al,³ porém menor que a encontrada em Fortaleza.⁵ Segundo o critério estabelecido por Beers-Fick⁶ e painel de especialistas, o diazepam é considerado um medicamento não recomendado para idosos, independentemente do diagnóstico e da condição clínica, pois possui meia vida longa, produzindo sedação prolongada e aumento do risco de quedas e fraturas.

A prática vigente de padronização de medicamentos no SUS e da dispensação de medicamentos vinculada à prescrição pode estar relacionada ao aumento do uso de medicamentos prescritos e à redução de prescrições de medicamentos inseguros para idosos e do uso de medicamentos não prescritos. Essa prática vigente na ESF parece atuar de forma positiva, dada a baixa prevalência de idosos usando medicamentos inseguros e não prescritos, o que reduz o risco de sofrerem com iatrogenias, reações adversas e interações medicamentosas.^{4,10}

Apenas a escolaridade relacionou-se diretamente com o uso de medicamentos entre as variáveis socioeconômicas. Idosos com escolaridade mais baixa apresentaram maior prevalência de polifarmácia. A baixa escolaridade é um fator preditivo para o aumento de morbidades crônicas,² que, por sua vez, está associada ao aumento do uso de medicamentos.

A frequência de consultas médicas foi maior entre idosos que faziam uso de polifarmácia, reforçando a importância da qualificação dos protocolos clínicos e educação continuada do profissional prescritor, uma vez que os serviços de atenção primária foram referidos como o principal tipo de acesso ao sistema de saúde. Lebrão & Laurenti,¹¹ em pesquisa com idosos na comunidade, independentemente de acesso à ESF, encontraram maior percentual de procura aos serviços hospitalares. Essa diferença quanto ao acesso ao sistema de saúde mostra a importância da inserção da ESF para facilitar o acesso dos idosos aos serviços de saúde, educar e promover seu acompanhamento contínuo.

A autopercepção negativa de saúde esteve associada à prática da polifarmácia, como em outros estudos epidemiológicos.^{11,15,20} A prevalência de autoavaliação de saúde negativa foi elevada. Ao contrário do presente estudo, idosos tenderam a avaliar mais positivamente sua saúde nos estudos de Lebrão & Laurenti¹¹ e Paskulin & Vianna.¹⁸ Entretanto, tais estudos foram realizados nas Regiões Sudeste e Sul e as diferenças regionais podem ter influenciado esse resultado. São necessários mais estudos na Região Nordeste para confirmar essa tendência.

⁶ Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília (DF): 2010.

A prevalência de doenças crônicas foi próxima à observada por outros autores.^{11,18} Hipertensão foi a doença mais relatada, em concordância com o perfil epidemiológico brasileiro e com outros estudos.^{5,7,11,18} As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão²³ destacam que, apesar de apresentar alta prevalência, a hipertensão possui baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis para a mortalidade relacionada às doenças cardiovasculares, que por sua vez figuram entre as principais causas de morte no Brasil nos últimos anos.^f

O uso de medicamentos, apesar de necessário, constitui risco para idosos, principalmente a polifarmácia ou o uso de medicamentos considerados inseguros.⁶

A prática continuada da polifarmácia está associada à piora das condições de saúde física e mental entre idosos.¹⁰ O acesso a medicamentos deve ser visto como uma conquista do SUS, porém sua prescrição deve ser baseada nas condições de saúde globais do paciente idoso, e não apenas no tratamento específico de doenças, adotando padrões que minimizem a polifarmácia e o uso de medicamentos inseguros.

O baixo percentual de perdas é um dos pontos positivos do presente estudo, pois ajudou a reduzir a possibilidade de viés de seleção e contribuiu para a validade interna da pesquisa. Destacam-se limitações inerentes ao delineamento transversal: dificuldade de identificar a relação cronológica dos eventos, reduzida com a aplicação de formulário previamente validado; dados da exposição atual não podem representar os dados da exposição passada, minimizados para algumas variáveis nas quais o idoso foi indagado sobre a cronicidade de sua condição; e a interpretação dificultada pela presença de variáveis de confundimento, contornado na análise estatística, ajustada para minimizar a influência dessas variáveis.

Como os fatores de risco atribuídos ao uso de polifarmácia são múltiplos e desconhecidos, apenas a utilização de indicadores habituais pode não ser a maneira mais apropriada para investigar a causalidade do uso

da polifarmácia no contexto estudado. É difícil determinar a ação isolada do ambiente, da personalidade e da idade (viés de memória), uma vez que se trata de um fenômeno que compreende complexa rede de determinantes causais. Outros fatores de risco não devidamente avaliados em nossa investigação podem desempenhar papel crucial na gênese da elevada prevalência do uso de fármacos. A investigação do estresse psicológico, do uso de determinadas medicações, merece ser devidamente realizada, juntamente com as alterações fisiológicas decorrentes da senectude.

Os dados do presente estudo indicam alta proporção de uso de medicamentos entre idosos, inclusive daqueles considerados inadequados, e desigualdades entre grupos de idosos quanto ao uso de medicamentos, quando se considera escolaridade, quantidade de consultas médicas e saúde autorreferida. A proporção de idosos usando medicamentos prescritos foi maior que a encontrada em populações de idosos não adscritas à ESF. O fato de cerca de 11,0% da população fazer uso da polifarmácia associado ao envelhecimento populacional brasileiro é um fator preocupante, considerando os riscos potenciais do uso de medicamentos entre os idosos. É necessária ampla discussão sobre a necessidade de adoção de medidas para a promoção do uso racional de medicamentos entre essa parcela da população, educação continuada dos profissionais prescritores, qualificação dos sistemas de saúde para oferecer educação permanente e acesso a informações adequadas em momento oportuno, e adoção de medidas no âmbito da assistência farmacêutica por meio da elaboração e implementação de listas de medicamentos e protocolos clínicos adequados às necessidades da população idosa. A elevada prevalência de uso de medicação principalmente na classe terapêutica das DCVs mostra a necessidade de adoção de medidas para o estímulo à atividade física e de hábitos alimentares saudáveis. Além disso, é fundamental a orientação contínua dos idosos e cuidadores quanto aos riscos do uso de medicamentos e adoção de medidas no âmbito da assistência farmacêutica.

REFERÊNCIAS

1. Barreto SM, Figueiredo RC. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saude Publica*. 2009;43(Supl 2):38-47. DOI:10.1590/S0034-89102009000900006
2. Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD – 2003. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2006;11(4):911-6
3. Bushardt RL, Massey EB, Simpson TW, Ariail JC, Simpson KN. Polypharmacy: misleading, but manageable. *Clin Interv Aging*. 2008;3(2):383-9. DOI:10.2147/CIA.S2468
4. Campos MTF, Monteiro JBR, Ornelas APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Rev Nutr*. 2000;13(3):157-65. DOI:10.1590/S1415-52732000000300002
5. Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2004;38(4):557-64. DOI:10.1590/S0034-89102004000400012
6. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria

^f Malta DC, Moura L, Souza FM, Rocha FM, Fernandes RM. Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. In: Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2008*. Brasília (DF); 2009. p.337-62.

- for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med*. 2003;163(22):2716-24. DOI:10.1001/archinte.163.22.2716
7. Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):925-9. DOI:10.1590/S0034-89102005000600009
 8. Helling DK, Lemke JH, Semla TP, Wallace RB, Lipson DP, Cornoni-Huntley J. Medication use characteristics in the elderly: The Iowa 65+ Rural Health Study. *J Am Geriatr Soc*. 1987;35(1):4-12.
 9. Junius-Walker U, Theile G, Hummers-Pradier E. Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany. *Fam Pract*. 2007;24(1):14-9. DOI:10.1093/fampra/cml067
 10. Kadam UT. Potential health impacts of multiple drug prescribing for older people: a case-control study. *Br J Gen Pract*. 2011;61(583):128-30. DOI:10.3399/bjgp11X556263
 11. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):127-41. DOI:10.1590/S1415-790X2005000200005
 12. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivelä SL, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol*. 2002;55(8):809-17.
 13. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994;21(1):55-67.
 14. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Champaign, Ill: Human Kinetics; 1988.
 15. Loyola Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(12):2657-67. DOI:10.1590/S0102-311X2006001200015
 16. Monseguí GBG, Rozenfeld S, Veras RP, Vianna CMM. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Rev Saude Publica*. 1999;33(5):437-44. DOI:10.1590/S0034-89101999000500002
 17. Papaléo Netto M, Borgonovi N. Biologia e teorias do envelhecimento. In: Papaléo Netto M, organizador. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 1997. p.44-59.
 18. Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autorreferidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):757-68. DOI:10.1590/S0034-89102007000500010
 19. Pereira LRL, Vecchi LUP, Baptista MEC, Carvalho D. Avaliação da utilização de medicamentos em pacientes idosos por meio de conceito de farmacoe epidemiologia e farmacovigilância. *Cienc Saude Coletiva*. 2004;9(2):479-81. DOI:10.1590/S1413-81232004000200023
 20. Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, César CC, Acucio FA. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. *Rev Saude Publica*. 2008;42(4):724-32. DOI:10.1590/S0034-891020080005000031
 21. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):717-24. DOI:10.1590/S0102-311X2003000300004
 22. Ruzicka LT. The use of mortality and morbidity statistics for national health promotion. London: WHO; 1990.
 23. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(1 supl.1):1-51.
 24. Tavares EL, Anjos LA. Perfil antropométrico da população idosa brasileira: resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. *Cad Saude Publica*. 1999;15(4):759-68. DOI:10.1590/S0102-311X1999000400010
 25. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):548-54. DOI:10.1590/S0034-891020090005000025
 26. Zhan C, Sangl J, Bierman AS, Miller MR, Friedman B, Wickizer SW, et al. Potentially inappropriate medication use in the community-dwelling elderly: findings from the 1996 Medical Expenditure Panel Survey. *JAMA*. 2001;286(22):2823-9. DOI:10.1001/jama.286.22.2823

Estudo subvencionado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico, Edital MCT/CNPq 15/2007 – Universal (Processo nº 475725/2007-7).

Trabalho baseado em tese de doutorado de Neves S.J.F., intitulada: “Estado nutricional e uso de medicamentos em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família”, apresentada à Universidade Federal de Pernambuco, em 2011.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

DESTAQUES

O envelhecimento populacional é um desafio para o Sistema Único de Saúde, pois a população mais idosa pressupõe aumento de doenças crônicas, maior taxa de internações hospitalares, aumento no uso de medicamentos, entre outros cuidados, e isso tudo aumenta os gastos com saúde, bem como faz com que haja necessidade de maior qualificação dos serviços e profissionais para tratar essa “nova clientela”. O maior uso de medicamentos pelos idosos apresenta ainda outras implicações, tais como reações adversas, interações medicamentosas nocivas, intoxicações ou ineficácia terapêutica, decorrentes em parte dos aspectos específicos do metabolismo nos idosos e em parte de imperícia dos prescritores que ignoram essas peculiaridades.

O artigo apresenta os resultados de um estudo transversal com amostra probabilística de clientela coberta pela Estratégia Saúde da Família, na cidade de Recife. Os resultados são representativos de idosos que utilizam exclusivamente os serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde e preferencialmente os serviços de atenção básica, população que em sua maioria apresenta precárias condições socioeconômicas (renda e escolaridade baixas) e precárias condições de saúde (alta proporção de indivíduos com saúde regular, ruim ou muito ruim e de indivíduos com pelo menos uma doença crônica).

Nessa clientela observou-se alta prevalência de uso de medicamentos (85%), mediana de dois medicamentos por indivíduo, 11% usando mais de cinco medicamentos simultaneamente e 22% de medicamentos inseguros (inadequados para idosos ou sem eficácia comprovada), apesar de 98% do uso ter sido decorrente de prescrição médica. O uso excessivo de medicamentos esteve associado ao pior estado de saúde, maior consumo de consultas médicas no período e menor nível de escolaridade.

Os resultados podem orientar os gestores de saúde e os responsáveis pelas equipes da Estratégia Saúde da Família com vistas a uma prescrição mais responsável, aumentando a segurança dos pacientes idosos.

Profa. Rita de Cássia Barradas Barata
Editora Científica