

# Perfil farmacoterapêutico e fatores associados à polifarmácia entre idosos de Aiquara, Bahia, em 2014\*

doi: 10.5123/S1679-49742017000100013

## Pharmacotherapeutic profile and factors associated with polypharmacy among the elderly in Aiquara, Bahia, Brazil, 2014

Alessandra Santos Sales<sup>1</sup>Marta Gabriele Santos Sales<sup>2</sup>Cezar Augusto Casotti<sup>1</sup><sup>1</sup>Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Saúde, Jequié-BA, Brasil<sup>2</sup>Universidade Federal da Bahia, Departamento de Saúde, Salvador-BA, Brasil

### Resumo

**Objetivo:** descrever os medicamentos utilizados e analisar os fatores associados à polifarmácia em idosos de Aiquara, Bahia, Brasil. **Métodos:** trata-se de um estudo transversal, censitário, realizado em fevereiro de 2014, por meio de entrevista com formulário padronizado. **Resultados:** entre os 272 idosos entrevistados, 53,3% usavam apenas medicamentos prescritos e 31,6% pelo menos um medicamento não prescrito; a prevalência de polifarmácia foi de 29,0%; os medicamentos cardiovasculares foram os mais utilizados na polifarmácia (n=390; 37,6%); após análise ajustada, os fatores que permaneceram associados à polifarmácia foram sexo feminino (OR=2,20 – IC<sub>95%</sub> 1,11;4,35), plano privado de saúde (OR=2,18 – IC<sub>95%</sub> 1,05;4,55), ter sido internado no último ano (OR=2,34 – IC<sub>95%</sub> 1,18;4,65) e ter quatro ou mais doenças autorreferidas (OR=3,18 – IC<sub>95%</sub> 1,60;6,29). **Conclusão:** houve alta prevalência de polifarmácia, associada ao sexo, plano privado de saúde, ter quatro ou mais doenças autorreferidas e ter sido internado no último ano, com maior uso de medicamentos cardiovasculares.

**Palavras-chave:** Saúde do Idoso; Uso de Medicamentos; Polimedicação; Estudos Transversais.

### Abstract

**Objective:** to describe the drugs used and analyze the factors associated with polypharmacy in the elderly, in Aiquara, Bahia, Brazil. **Methods:** this is a census cross-sectional study, conducted in February 2014, through an interview using standardized form. **Results:** among the 272 elderly respondents, 53.3% used only prescribed medication and 31.6% used at least one medication not prescribed; the prevalence of polypharmacy was 29.0%; cardiovascular drugs were the most used in polypharmacy (n=390; 37.6%); after adjusted analysis, the factors that remained associated with polypharmacy were female sex (OR=2.20 – 95%CI 1.11;4.35), private health insurance (OR=2.18 – 95%CI 1.05;4.55), hospitalization in the previous year (OR=2.34 – 95%CI 1.18;4.65) and having four or more self-reported diseases (OR=3.18 – 95%CI 1.60;6.29). **Conclusion:** there was a high prevalence of polypharmacy, associated with sex, private health insurance, having four or more self-reported diseases and hospitalization in the previous year, with higher use of cardiovascular drugs.

**Key words:** Health of the Elderly; Drug Utilization; Polypharmacy; Cross-Sectional Studies.

\* Artigo elaborado a partir da dissertação de Mestrado da autora Alessandra Santos Sales, intitulada 'Estudo de base populacional sobre o uso de medicamentos em idosos residentes em comunidade', apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Campus de Jequié-BA, em 2014.

### Endereço para correspondência:

Alessandra Santos Sales – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Rua José Moreira Sobrinho, s/n, Pavilhão Josélia Navarro, Bairro Jequeizinho, Jequié-BA, Brasil. CEP: 45206-190  
E-mail: sam\_enf@hotmail.com

## Introdução

A exposição a múltiplos fármacos, o uso de mais medicamentos do que está clinicamente indicado<sup>1</sup> ou o consumo de cinco ou mais medicamentos<sup>2</sup> é reconhecido como polifarmácia. Trata-se de uma situação de etiologia multifatorial, maior em indivíduos com doenças crônicas e manifestações clínicas decorrentes do envelhecimento.<sup>3</sup>

Por conviver com problemas crônicos de saúde, os idosos são consumidores de grande número de medicamentos<sup>4</sup> que, embora necessários, quando não utilizados segundo a prescrição, podem desencadear complicações sérias para a saúde e aumento dos custos individuais e governamentais com saúde.<sup>5</sup> Apesar dos benefícios da terapêutica medicamentosa, é crescente seu uso,<sup>6</sup> muitas vezes de forma irracional, sem seguimento da prescrição médica.

*As práticas mais comuns de uso irracional de medicamentos estão relacionadas à polifarmácia, ao uso inapropriado de antibióticos e de medicamentos injetáveis, automedicação e prescrição em desacordo com as diretrizes clínicas.*

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 50% dos medicamentos são prescritos ou dispensados de forma inadequada e 50% dos pacientes tomam medicamentos de maneira incorreta, levando a uma elevada ocorrência de morbidade e mortalidade em todo o mundo. As práticas mais comuns de uso irracional de medicamentos estão relacionadas à polifarmácia, ao uso inapropriado de antibióticos e de medicamentos injetáveis, automedicação e prescrição em desacordo com as diretrizes clínicas.<sup>7</sup>

No Brasil, como na maioria dos países, os medicamentos representam o principal agente tóxico, respondendo por aproximadamente 28% dos casos de intoxicação humana registrados anualmente, segundo a última avaliação em 2013.<sup>8</sup> No campo dos medicamentos prescritos para idosos, o aumento de déficits cognitivos e visuais dificulta o reconhecimento do medicamento e adequado cumprimento da prescrição terapêutica. A presença de doenças concomitantes e o consumo simultâneo de um maior número de fármacos

pode aumentar a probabilidade de ocorrerem reações adversas e interações medicamentosas.<sup>9</sup>

Alguns estudos, realizados com idosos em Porto Alegre-RS (2001-2002),<sup>10</sup> em Tubarão-SC<sup>11</sup> (2007) e em Belo Horizonte-MG<sup>12</sup> (2003), identificaram que o consumo médio de medicamentos é maior entre aqueles que vivem sem companheiro(a) e do sexo feminino.<sup>10</sup> Como fatores associados à polifarmácia, foram encontrados o sexo feminino,<sup>11</sup> baixa escolaridade e pior autoavaliação da saúde.<sup>12</sup>

Considerando-se a carência de estudos farmacoepidemiológicos de base populacional com idosos, o elevado e crescente consumo de medicamentos com o aumento da idade,<sup>13</sup> a importância do correto uso de medicamentos para melhoria das condições de vida e saúde desses indivíduos, bem como os agravos advindos da polifarmácia, este estudo objetivou descrever os medicamentos utilizados e analisar os fatores associados à polifarmácia em idosos de Aiquara, Bahia, Brasil.

## Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, censitário, realizado com pessoas de 60 anos ou mais de idade, não institucionalizadas, residentes na zona urbana do município de Aiquara-BA. O município possui população estimada em 4.790 habitantes, de acordo com o censo de 2010, com 357 idosos moradores na zona urbana, índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) de 0,583, índice de Gini de 0,3514, proporção de pobreza de 47% e produto interno bruto (PIB) *per capita* de R\$5.579,58 em 2014.<sup>14</sup>

Foram critérios de inclusão no estudo apresentar 60 anos ou mais de idade, residir na zona urbana, não apresentar déficit auditivo, cognitivo e/ou doença neurológica que impedisse a compreensão do questionário e dormir quatro dias ou mais por semana no domicílio onde foi realizada a entrevista. Quando havia no domicílio um cuidador responsável pelos medicamentos do idoso, foi permitida a presença desse cuidador enquanto o idoso respondia às questões relativas aos medicamentos; a presença do cuidador durante a entrevista aconteceu com apenas três idosos. Excluiu-se do estudo idosos não localizados em seu domicílio após três tentativas de abordagem, promovidas em dias e horários diferentes.

A presente pesquisa foi executada em fevereiro de 2014, com a anuência da Secretaria Municipal de Saúde, partindo do contato com a única Estratégia

Saúde da Família (ESF) do município: de posse da lista de cadastrados na ESF, procedeu-se o censo de idosos residentes na zona urbana do município e as visitas domiciliares, realizadas pelos entrevistadores.

A variável de interesse do estudo foi a polifarmácia (variável dependente), definida como o consumo de cinco ou mais medicamentos<sup>2</sup> nas duas últimas semanas anteriores à entrevista e categorizada em presença (sim) ou ausência (não) de sua prática pelos idosos.

Foi adotado o ponto de corte de cinco ou mais medicamentos para definição de polifarmácia, conforme observado em estudo de base populacional,<sup>15</sup> seguindo o critério utilizado pelo Centro Ibero-Americano para a Terceira Idade, iniciativa do governo de Cuba.

Para a avaliação do número de medicamentos habitualmente consumidos, prescritos ou não, citados pelos idosos, solicitou-se a apresentação, quando possível, da embalagem e da receita médica, na tentativa de minimizar o viés de recordatório do entrevistado e eventuais erros de informação.

Após a identificação dos medicamentos e seu desdobramento em fármacos, empregou-se o código ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical Index*, ATC/DDD Index), elaborado pelo *World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology*, para a classificação dos medicamentos segundo os grupos anatômico e terapêutico. Para os medicamentos com mais de um código, foi verificado o motivo do uso autorreferido e feita a devida classificação.

Os medicamentos também foram classificados como medicamentos potencialmente inapropriados, segundo os critérios de Beers-Fick<sup>16</sup> – dos quais consta uma lista de medicamentos definidos como fármacos com risco de provocar nos idosos efeitos adversos superiores aos benefícios. Tal classificação foi adotada no presente trabalho, para o uso de medicamentos de qualquer natureza (prescritos ou por automedicação), com o intuito de avaliar a presença de medicamentos apontados como impróprios para idosos.

Foram utilizados instrumentos validados para coleta de dados sociodemográficos, condições de saúde, acesso ao serviço e uso de medicamentos (questionário do Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe [SABE]<sup>17</sup>), presença de indicativo de ansiedade (Inquérito de Ansiedade de Beck [BAI]<sup>18</sup> e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão [HAD]<sup>19</sup>) e de depressão (Escala de Depressão Geriátrica [GDS-15]<sup>20</sup> e HAD<sup>19</sup>), e dependência/

independência nas atividades de vida diária (Escala de Katz [ABVD]<sup>21</sup> e Escala de Lawton e Brody [AIVD]<sup>22</sup>).

Na HAD, considerou-se tanto para o indicativo de depressão como para o de ansiedade o valor a partir de oito pontos, uma vez que a referida escala comporta os dois parâmetros. No BAI, o paciente que apresentou ‘ansiedade de leve a moderada’ (11 a 19 pontos), ‘moderada a grave’ (20 a 30 pontos) e ‘grave’ (31 a 63 pontos) foi classificado como com ansiedade; e quem teve escore para ‘ausência de ansiedade ou mínima’ (<11 pontos) foi considerado como sem ansiedade. Na GDS-15 (6 a 15 pontos), pacientes com ‘depressão ligeira’ e ‘depressão grave’ foram classificados como com depressão. Para a ABVD e a AIVD, foi considerado como sendo ‘dependente’ o paciente que apresentou pelo menos uma função com dependência; e como ‘independente’, aquele que tivesse independência total.

As variáveis independentes que sofreram categorização foram: etnia autodeclarada branca ou não branca (parda; negra; indígena; amarela); arranjo familiar (mora acompanhado; sozinho); sem escolaridade (nunca foi à escola; lê e escreve o nome) e com escolaridade (Ensino Fundamental I, II; Ensino Médio; Ensino Superior); renda menor/igual a um salário mínimo (SM) e maior que um SM; autopercepção da saúde (excelente/muito boa; regular/ruim); indicativo de depressão na GDS-15 (com depressão [depressão ligeira e depressão grave]; sem depressão) e na HAD (com depressão [possível e com depressão]; sem depressão), com ansiedade (possível e com ansiedade) e sem ansiedade; indicativo BAI com ansiedade (leve; moderada; grave) e sem ansiedade (ausência ou ansiedade mínima); e para as escalas ABVD e AIBD, igualmente, considerou-se o indivíduo independente (independência total) ou dependente (com pelo menos uma função com dependência).

O banco de dados foi digitado no programa Epi Data versão 3.1b – em duplicata, para correção de possíveis erros – e exportado para análise pelo IBM® SPSS® Statistics versão 21.0 (SPSS Inc., Chicago, IL.).

Para descrição dos dados, realizou-se distribuição das frequências e análise bivariável pelo teste do qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%. Em seguida, realizou-se análise múltipla por regressão logística, para estimação das razões de chance – ou *odds ratios* (OR) – e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC<sub>95%</sub>). No modelo ajustado, o critério para inclusão das variáveis foi a associação na

análise bruta com a polifarmácia, em nível  $\leq 0,20$ . Permaneceram no modelo final as variáveis com  $p < 0,05$ .

O estudo é parte integrante do projeto intitulado 'Condições de Saúde e Estilo de Vida em Idosos', aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – Parecer nº 171.464, de 17 de dezembro de 2012 –, em conformidade com as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

## Resultados

Em Aiquara-BA, em fevereiro de 2014, identificou-se 299 idosos, dos quais 27 (9,03%) foram excluídos da pesquisa: oito recusaram-se a participar; e 19 (6,4%) não atenderam aos critérios de elegibilidade em razão de doença neurológica ou déficit cognitivo ( $n=15$ ), ou por problemas auditivos que comprometiam a compreensão dos questionamentos ( $n=4$ ). Participaram da pesquisa 272 idosos.

Com respeito aos idosos em condição de polifarmácia, 44,2% estavam fazendo uso de automedicação e 20,3% desses idosos em polifarmácia utilizavam medicamentos classificados como potencialmente inapropriados.

A idade dos idosos variou de 60 a 90 anos, com média de 71,8 anos (desvio-padrão,  $DP=7,8$  anos), 58,8% ( $n=160$ ) eram do sexo feminino, 57,7% ( $n=157$ ) eram analfabetos ou analfabetos funcionais, 88,2% ( $n=240$ ) recebiam até um salário mínimo e 80,8% ( $n=219$ ) moravam acompanhados (Tabela 1).

Foram consumidos, por 84,9% dos idosos, 858 medicamentos distribuídos em 1.032 fármacos, no total. O número máximo de medicamentos utilizado por um idoso foi de 15, com média de 3,7 medicamentos ( $DP=2,5$ ). Entre os idosos, 15,1% não utilizavam nenhum medicamento. Do conjunto dos idosos, 29,4% faziam uso de medicamentos impróprios, 53,3% tomavam apenas medicamentos prescritos e 31,6% usavam pelo menos um medicamento não prescrito. A prevalência de polifarmácia foi de 29,0% entre os idosos, envolvendo um total de 499 medicamentos.

Os grupos farmacológicos utilizados segundo o código ATC (nível 1) pela população idosa foram descritos na Tabela 2. As classes de medicamentos mais utilizadas foram diuréticos (11,8%), agentes que atuam no sistema renina-angiotensina (10,6%), analgésicos (7,0%), anti-inflamatórios e antirreumáticos (6,9%) e medicamentos utilizados para diabetes (5,4%) (Tabela 2).

A prevalência de polifarmácia mostrou-se associada ao sexo feminino ( $RP=1,93 - IC_{95\%} 1,25;2,99$ ), idade entre 70 e 79 anos ( $RP=1,87 - IC_{95\%} 1,21;2,88$ ), estar sozinho ( $RP=1,62 - IC_{95\%} 1,10;2,39$ ), autopercepção de saúde regular/ruim ( $RP=2,54 - IC_{95\%} 1,45;4,54$ ), quatro ou mais doenças autorreferidas ( $RP=2,72 - IC_{95\%} 1,72;4,30$ ), internação no último ano ( $RP=1,76 - IC_{95\%} 1,22;2,53$ ), ansiedade (escalas de BAI [ $RP=1,78 - IC_{95\%} 1,20;2,64$ ] e HAD [ $RP=2,04 - IC_{95\%} 1,36;3,05$ ]) e depressão (escalas HAD [ $RP=1,87 - IC_{95\%} 1,30;2,69$ ] e GDS-15 [ $RP=1,86; IC_{95\%} 1,28;2,71$ ]) (Tabela 3).

Após ajuste, as variáveis que mantiveram associação à polifarmácia foram o sexo feminino ( $OR=2,20 - IC_{95\%} 1,11;4,35$ ), atenção por plano de saúde privado ( $OR=2,18 - IC_{95\%} 1,05;4,55$ ), internação no último ano ( $OR=2,34 - IC_{95\%} 1,18;4,65$ ) e quatro ou mais doenças autorreferidas ( $OR=3,18 - IC_{95\%} 1,60;6,29$ ) (Tabela 4).

## Discussão

Realizada entre os idosos residentes no município de Aiquara-BA em fevereiro de 2014, a presente pesquisa identificou alta prevalência de polifarmácia, e como fatores associados, sexo feminino, morar sozinho, ter mais de quatro doenças, plano privado de saúde e internação. A referida população enquadra-se no contexto mundial de ampla utilização de medicamentos para o sistema cardiovascular, em consonância com o padrão de prevalência das doenças crônicas não transmissíveis entre os idosos.<sup>8-11</sup>

A alta prevalência de polifarmácia no segmento de idosos corrobora estudos com população semelhante e pautados no mesmo critério para definir polifarmácia, realizados nas cidades de Porto Alegre-RS, em 2001-2002,<sup>10</sup> e Tubarão-SC, em 2007.<sup>11</sup> Prevalências inferiores foram obtidas nos municípios de Carlos Barbosa-RS<sup>23</sup> em 2004, Belo Horizonte-MG<sup>12</sup> no ano de 2003 e Bambuí-MG<sup>24</sup> em 1997. Prevalências superiores foram obtidas em São Paulo-SP,<sup>15</sup> no ano 2000.

Divergências na prevalência da polifarmácia podem ser explicadas pelas características do modelo de atenção à saúde, indicadores sociais e econômicos de cada região ou mesmo por estipulação de recortes temporais diferentes para listar o uso dos medicamentos pelos idosos, variando entre medicamentos utilizados na última semana, nos últimos 15 ou 90 dias, no último ano e/ou habitualmente utilizados. No estudo

**Tabela 1 – Distribuição de idosos residentes na área urbana, segundo características estudadas, no município de Aiquara, Bahia, 2014**

Variáveis independentes (n)	Total	%
<b>Sexo (272)</b>		
Masculino	112	41,2
Feminino	160	58,8
<b>Faixa etária (em anos) (272)</b>		
60-69	117	43,0
70-79	104	38,2
≥80	51	18,8
<b>Arranjo familiar (271)</b>		
Acompanhado	219	80,8
Sozinho	52	19,2
<b>Raça/cor da pele (270)</b>		
Branca	38	14,1
Não branca	232	85,9
<b>Escolaridade (272)</b>		
Com escolaridade	115	42,3
Sem escolaridade	157	57,7
<b>Renda mensal (em salário mínimo = R\$724,00) (272)</b>		
≤1	240	88,2
>1	32	11,8
<b>Adesão a plano de saúde privado (272)</b>		
Não	217	79,8
Sim	55	20,2
<b>Autopercepção da saúde (271)</b>		
Excelente/Muito boa	79	29,2
Regular/Ruim	192	70,8
<b>Percepção de saúde comparada há 1 ano (270)</b>		
Melhor	75	27,8
Igual	108	40,0
Pior	87	32,2
<b>Número de doenças autorreferidas (272)</b>		
≤3	126	46,3
≥4	146	53,7
<b>Dificuldade de acesso ao serviço (271)</b>		
Não	224	82,7
Sim	47	17,3
<b>Número de consultas no último ano (243)</b>		
≤1	76	31,3
≥2	167	68,7
<b>Internação no último ano (272)</b>		
Não	199	73,2
Sim	73	26,8
<b>Escala de Katz (ABVD) (272)</b>		
Independente	252	92,6
Dependente parcial ou total	20	7,4

Continua

**Tabela 1 – Continuação**

Variáveis independentes (n)	Total	%
<b>Escala de Lawton &amp; Brody (AIVD) (272)</b>		
Independente	140	51,7
Dependente parcial ou total	131	48,3
<b>Inquérito de Ansiedade de Beck (BAI) (272)</b>		
Sem ansiedade	231	84,9
Com ansiedade	41	15,1
<b>Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade (HAD) – ansiedade (272)</b>		
Sem ansiedade	244	89,7
Com ansiedade	28	10,3
<b>Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade (HAD) – depressão (272)</b>		
Sem depressão	213	78,3
Com depressão	59	21,7
<b>Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) (272)</b>		
Sem depressão	223	82,0
Com depressão	49	18,0

de Belo Horizonte-MG, é mencionado que o número de medicamentos utilizados pode ser influenciado por fatores culturais, traços demográficos, estado de saúde e/ou condição dos serviços.<sup>12</sup>

A polifarmácia é um fenômeno expressivo, independentemente do local. Não obstante essa constatação, diferentes prevalências de polifarmácia são identificadas em pesquisas internacionais, sobretudo entre os idosos,<sup>25</sup> corroborando dados de estudos nacionais.

Neste estudo, a prevalência de polifarmácia foi maior em idosas, em consonância com outras pesquisas,<sup>11,12,15</sup> o que faz com que o sexo feminino seja considerado um preditor do uso de medicamentos.<sup>26</sup> No estudo transversal de Tubarão-SC, realizado por Galato *et al.*<sup>11</sup> em 2007, foi avaliada uma amostra de 104 idosos, entre os quais foi encontrada associação de polifarmácia com o sexo feminino. A maior utilização de medicamentos pelas mulheres idosas pode estar relacionada a fatores como maior sobrevivência, maior procura pelos serviços de saúde e maior familiaridade com os medicamentos pela parcela feminina da população.<sup>2,12</sup> Segundo estudos internacionais realizados com idosos na Suécia, no período de 1971 a 2000,<sup>27</sup> e na Inglaterra e no País de Gales, entre 1991 e 1994,<sup>28</sup> o sexo feminino apresentou maior uso de medicamentos.

Os resultados também apontam que a polifarmácia é maior em idosos com quatro ou mais doenças presentes. As morbidades crônicas são altamente prevalentes em idosos e, geralmente, faz-se necessário utilizar vários medicamentos para seu controle.<sup>23</sup> Além disso,

com frequência, o idoso apresenta polimorbidade, justificando a necessidade da polifarmácia.<sup>15</sup> Quanto maior o número de problemas, aumenta a possibilidade de maior número de prescrições.

Deve-se considerar que se a maioria dos idosos estudados (n=146) apresentava mais de quatro doenças e que 145 utilizavam medicamentos prescritos, um indicativo de que a polifarmácia, maior entre os que apresentavam mais de quatro doenças, tem no fator da prescrição um significativo peso de contribuição. Se a polifarmácia tem uma contribuição positiva e necessária no uso de medicamentos pelos idosos de Aiquara-BA, cabe reafirmar que seu uso deve ser racional, como mostra este estudo.

Identificou-se que o maior número de internações estava associado à polifarmácia, confirmando a conclusão do estudo realizado em São Paulo-SP,<sup>15</sup> onde, igualmente, evidenciou-se a associação da polifarmácia com outras variáveis como o número de internações, condições de saúde e necessidade de uso dos serviços de saúde. São resultados indicativos da necessidade de qualificação de protocolos clínicos e educação continuada do profissional prescritor.<sup>28</sup>

Ainda no presente trabalho, a variável de cobertura por seguro de saúde privado mostrou-se associada à polifarmácia. Este achado encontra-se em consonância com o Estudo SABE, realizado na região metropolitana de São Paulo-SP no ano 2000.<sup>23</sup> Em Belo Horizonte-MG, entre idosos aposentados, o fato de possuir plano privado de saúde estava associado à polifarmácia,

**Tabela 2 – Distribuição de medicamentos utilizados pelos idosos, conforme classificação anatômica (nível 1) e terapêutica (nível 2),<sup>a</sup> no município de Aiquara, Bahia, 2014**

Classificação	n	% <sup>b</sup>
<b>A – Trato alimentar e metabolismo (n=209)</b>		20,2
A01 Preparações estomatológicas	8	0,8
A02 Medicamentos para transtornos relacionados à acidez	63	6,1
A03 Medicamentos para transtornos gastrointestinais funcionais	13	1,2
A06 Laxantes	6	0,6
A07 Antidiarreicos, agentes anti-inflamatórios/anti-infecciosos intestinais	3	0,3
A09 Digestivos, incluindo enzimas	2	0,2
A10 Medicamentos utilizados no diabetes	56	5,4
A11 Vitaminas	47	4,5
A12 Suplementos minerais	10	1,0
A16 Outros produtos para o trato alimentar e metabolismo	1	0,1
<b>C – Sistema cardiovascular (n=390)</b>		37,6
C01 Terapia cardíaca	20	1,9
C02 Anti-hipertensivos	20	1,9
C03 Diuréticos	122	11,8
C05 Vasoprotetores	10	1,0
C07 Betabloqueadores	49	4,7
C08 Bloqueadores dos canais de cálcio	32	3,1
C09 Agentes que atuam no sistema renina-angiotensina	110	10,6
C10 Agentes modificadores de lipídeos	27	2,6
<b>M – Sistema musculoesquelético (n=106)</b>		10,3
M01 Anti-inflamatórios e antirreumáticos	71	6,9
M02 Produtos tópicos para dor articular e muscular	2	0,2
M03 Relaxantes musculares	24	2,3
M04 Preparações antigota	3	0,3
M05 Medicamentos para o tratamento de doenças ósseas	6	0,6
<b>N – Sistema nervoso (n=150)</b>		14,5
N02 Analgésicos	72	7,0
N03 Antiepilépticos	11	1,0
N04 Antiparkinsonianos	2	0,2
N05 Psicolépticos	15	1,4
N06 Psicoanalépticos	42	4,1
N07 Outros fármacos com ação no sistema nervoso central	8	0,8
<b>R – Sistema respiratório (n=49)</b>		4,8
R01 Preparações de uso nasal	7	0,7
R02 Preparações para a garganta	1	0,1
R03 Agentes contra doenças obstrutivas das vias aéreas	11	1,1
R05 Preparações para tosse e resfriado	5	0,5
R06 Anti-histamínicos para uso sistêmico	25	2,4
<b>Outros</b>		
B – Sangue e órgãos hematopoiéticos	23	2,2
D – Dermatológicos	14	1,3
G – Sistema geniturinário e hormônios sexuais	11	1,1
H – Preparados hormonais exceto hormônios sexuais e insulina	12	1,2
J – Anti-infecciosos para uso sistêmico	31	3,0
L – Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	2	0,2
P – Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes	3	0,3
S – Órgãos dos sentidos	32	3,1
Sem classificação ATC <sup>a</sup>	2	0,2
<b>Total</b>	<b>1.032</b>	<b>100,0</b>

a) Anatomical therapeutic chemical (ATC)

b) Porcentagem em relação ao total de fármacos utilizado pelos idosos

**Tabela 3 – Prevalência da polifarmácia em idosos, segundo variáveis sociodemográficas, morbidade e auto percepção de saúde, no município de Aiquara, Bahia, 2014**

Variáveis (n)	Polifarmácia		p-valor <sup>a</sup>
	n	%	
<b>Sexo (272)</b>			0,002 <sup>b</sup>
Masculino	21	18,8	
Feminino	58	36,3	
<b>Faixa etária (em anos) (272)</b>			0,013 <sup>b</sup>
60-69	24	20,5	
70-79	40	38,5	
≥80	15	29,4	
<b>Arranjo familiar (271)</b>			0,020 <sup>b</sup>
Acompanhado	57	26,0	
Sozinho	22	42,3	
<b>Raça/cor da pele (270)</b>			0,113
Branca	7	18,4	
Não branca	72	31,0	
<b>Escolaridade (272)</b>			0,570
Com escolaridade	36	31,3	
Sem escolaridade	43	27,4	
<b>Renda mensal (em salário mínimo = R\$724,00) (272)</b>			0,479
≤1	68	28,3	
>1	11	34,4	
<b>Adesão a plano de saúde privado (272)</b>			0,095
SUS	58	26,7	
Plano privado	21	38,2	
<b>Auto percepção da saúde (271)</b>			<0,001 <sup>b</sup>
Excelente/Muito boa	11	13,9	
Regular/Ruim	68	35,4	
<b>Percepção de saúde comparada há 1 ano (270)</b>			0,703
Melhor	20	26,7	
Igual	30	27,8	
Pior	28	32,2	
<b>Número de doenças autorreferidas (272)</b>			<0,001 <sup>b</sup>
≤3	19	15,1	
≥4	60	41,1	
<b>Dificuldade de acesso ao serviço (271)</b>			0,916
Não	65	29,0	
Sim	14	29,8	
<b>Número de consultas no último ano (243)</b>			0,560
≤1	27	35,5	
≥2	53	31,7	
<b>Internação no último ano (272)</b>			0,003 <sup>b</sup>
Não	48	24,1	
Sim	31	42,5	
<b>Escala de Katz (ABVD) (272)</b>			0,262
Independente	71	28,2	
Dependente parcial ou total	8	40,0	

Continua



Tabela 3 – Continuação

Variáveis independentes (n)	Polifarmácia		p-valor <sup>a</sup>
	n	%	
<b>Escala de Lawton &amp; Brody (AIVD) (272)</b>			0,751
Independente	42	30,0	
Dependente parcial ou total	37	28,2	
<b>Inquérito de Ansiedade de Beck (BAI) (272)</b>			0,008 <sup>b</sup>
Sem ansiedade	60	26,0	
Com ansiedade	19	46,3	
<b>Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade (HAD) – ansiedade (272)</b>			0,003 <sup>b</sup>
Sem ansiedade	64	26,2	
Com ansiedade	15	53,6	
<b>Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade (HAD) – depressão (272)</b>			0,001 <sup>b</sup>
Sem depressão	52	24,4	
Com depressão	27	45,8	
<b>Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) (272)</b>			0,002 <sup>b</sup>
Sem depressão	56	25,1	
Com depressão	23	46,9	

a) Teste do qui-quadrado de Pearson

b) Nível de significância: p &lt; 0,05

sugerindo que ao facilitar o acesso a mais prescritores, aumentaria o consumo de medicamentos.<sup>29</sup>

Ter plano de saúde foi associado a maior consumo de medicamentos, assim como o maior número de doenças. É mister observar, diante do quadro de maior número de doenças crônicas entre idosos, a prática direcionada à prescrição médica, e refletir sobre a polifarmácia nessa faixa etária. Ainda que se apresente a necessidade de prescrição para condições crônicas, duplicações de prescrições por médicos diferentes, prioridade de adoção de produtos padronizados e iatrogenias diversas devem ser consideradas, em nome da racionalidade e adequado uso de medicamentos.

No município de Aiquara-BA, a Estratégia Saúde da Família tem cobertura de 100% e distribuição gratuita de medicamentos. Em paralelo com o serviço privado, a ESF local constitui-se de uma única equipe, também dedicada ao cuidado com a saúde dos idosos do município, podendo favorecer a racionalidade nas prescrições e, portanto, menor possibilidade da prática da polifarmácia.

Os medicamentos com ação sobre o aparelho cardiovascular foram os mais utilizados pelos idosos de Aiquara-BA, corroborando achados de outros pesquisadores, segundo os quais as condições crônicas não transmissíveis mais prevalentes nos idosos

conduzem à necessidade do uso de medicamentos cardiovasculares.<sup>14,15,17,29</sup>

Este estudo apresenta, como possível limitação, a presença de dados obtidos por autorrelato. Contudo, em inquérito domiciliar, o autorrelato ainda é a ferramenta mais utilizada ou considerada como medida robusta<sup>30</sup> para essa forma de investigação e fácil obtenção de informações sobre as condições de saúde. Outro viés inerente aos estudos transversais é a impossibilidade de se estabelecer temporalidade nas associações encontradas. Por exemplo, a polifarmácia pode ser causa ou efeito de quatro ou mais doenças presentes, internação no último ano e atendimento por plano de saúde privado. Recomenda-se estudos longitudinais para observar essas relações.

Diante de um município com 100% de cobertura da população pela Estratégia Saúde da Família, e a consequente dispensação gratuita dos medicamentos pactuados na atenção à saúde, é imprescindível, para o direcionamento de políticas públicas e a qualidade dos serviços oferecidos pela ESF, a implementação de ações específicas dirigidas a esse segmento populacional com enfoque na disponibilização da informação sobre a utilização racional de medicamentos.

Com a alta prevalência da polifarmácia, muitas vezes uma prática necessária, deve-se manter um processo

**Tabela 4 – Análises bruta e ajustada da associação entre fatores sociodemográficos, morbidade e autopercepção de saúde em idosos e polifarmácia no município de Aiquara, Bahia, 2014**

Variável	Odds ratio bruta (IC <sub>95%</sub> <sup>a</sup> )	Odds ratio ajustada (IC <sub>95%</sub> <sup>a</sup> )	p-valor <sup>b</sup>
Sexo feminino	1,93 (1,25;2,99)	2,20 (1,11;4,35)	0,023 <sup>c</sup>
Morar sozinho	2,54 (1,42;4,54)	0,51 (0,23;1,09)	0,086
Idade de 70 a 79 anos	1,87 (1,21;2,88)	0,75 (0,32;1,76)	0,513
Idade de 80 anos ou mais	1,43 (0,82;2,49)	1,40 (0,57;3,43)	0,460
Plano de saúde privado	1,42 (0,95;2,13)	2,18 (1,05;4,55)	0,036 <sup>c</sup>
Raça/cor da pele não branca	1,68 (0,84;3,37)	2,47 (0,88;6,96)	0,085
Internação no último ano	1,76 (1,22;2,53)	2,34 (1,18;4,65)	0,014 <sup>c</sup>
Quatro ou mais doenças autorreferidas	2,72 (1,72;4,30)	3,18 (1,60;6,29)	0,001 <sup>c</sup>
Inquérito de Ansiedade de Beck (BAI) – ansiedade	1,78 (1,20;2,64)	1,04 (0,43;2,51)	0,917
Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade (HAD) – ansiedade	2,04 (1,36;3,05)	1,46 (0,54;3,96)	0,450
Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) – depressão	1,86 (1,28;2,71)	1,36 (0,61;3,04)	0,452
Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade (HAD) – depressão	1,87 (1,30;2,69)	1,86 (0,88;3,91)	0,101
Autopercepção de saúde regular/ruim	2,54 (1,42;4,54)	2,20 (0,98;4,94)	0,050

a) IC<sub>95%</sub>: intervalo de confiança de 95%

b) Teste do qui-quadrado de Pearson

c) Nível de significância: p<0,05

de educação em saúde constante no município, com estímulo à adoção de medidas preventivas – incluindo a possibilidade de medidas não farmacológicas –, no cuidado com a saúde do idoso.

Os dados apresentados aqui estão em concordância com pesquisas realizadas em municípios de médio a grande porte. Ressalta-se que as ações de intervenção podem ser melhor viabilizadas em municípios de pequeno porte, com alta cobertura pela Saúde da Família e onde há maior facilidade de acesso aos serviços de saúde.

## Referências

1. Fulton MM, Allen ER. Polypharmacy in the elderly: a literature review. *J Am Acad Nurse Pract.* 2005 Apr;17(4):123-32.
2. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivela SL, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol.* 2002 Aug;55(8):809-17.
3. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev Bras Enferm.* 2010 jan-fev;63(1):136-40.
4. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saude Publica.* 2003 jun;19(3):700-1.

## Contribuição das autoras

Sales AS participou da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito.

Sales MGS e Casotti CA colaboraram com a análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica relevante do conteúdo do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

5. Barros JAC, Joany S. Anúncios de medicamentos em revistas médicas: ajudando a promover a boa prescrição? *Cienc Saude Coletiva*. 2002 jan;7(4):891-8.
6. Marin MJS, Cecílio LCO, Perez AEWUF, Santella F, Silva CBA, Gonçalves Filho JR, *et al.* Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica*. 2008 jul;24(7):1545-55.
7. World Health Organization. The safety of medicines in public health programmes: pharmacovigilance an essential tool. Geneva: World Health Organization; 2006.
8. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. Dados de intoxicação, Brasil, 2009 [Internet]. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz; 2009 [citado 2014 jan 01]. Disponível em: <http://sinitox.icict.fiocruz.br/dados-nacionais>.
9. Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saude Publica*. 2005 mar-abr;21(2):545-53.
10. Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2005 dez;39(6):924-9.
11. Galato D, Silva ES, Tiburcio LS. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. *Cienc Saude Coletiva*. 2010 set;15(6):2899-905.
12. 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 dez;22(12):2657-67.
13. Haak H. Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia (Brasil). *Rev Saude Publica*. 1989 abr;23(2):143-51.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016 [citado 2014 jul 01]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>
15. Carvalho MFC, Romano-Lieber NS, Bergsten-Mendes G, Secoli SR, Riberio E, Lebrão ML, *et al.* Polifarmácia entre idosos do município de São Paulo: estudo SABE. *Rev Bras Epidemiol*. 2012 dez;15(4):817-27.
16. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Apr;60(4):616-31.
17. Lebrão ML, Duarte YAO. SABE - saúde, bem-estar e envelhecimento: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
18. Gorenstein C, Andrade L, Zuardi AW (editores). Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000.
19. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun;67(6):361-70.
20. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999 Oct;14(10):858-65.
21. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saude Publica*. 2008 jan;24(1):103-12.
22. Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. *RBPS*. 2008;21(4):290-6.
23. Dal Pizzol TS, Pons ES, Hugo FN, Bozzetti MC, Sousa MLR, Hilgert JB. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2012 jan; 28(1):104-14.
24. Loyola-Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí. *Rev Saude Publica*. 2008 fev;42(1):89-99.
25. Silva AL, Ribeiro AQ, Klein CH, Acurcio FA. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. *Cad Saude Publica*. 2012 jun;28(6):1033-45.
26. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. *Cad Saude Publica*. 2003 jun;19(3):717-24.
27. Lernfelt B, Samuelsson O, Skoog I, Landahl S. Changes in drug treatment in the elderly between 1971 and 2000. *Eur J Clin Pharmacol*. 2003 Nov;59(8-9):637-44.

28. Chen YF, Dewey ME, Avery AJ; The Medical Research Council Cognitive Function Ageing Study. Self-reported medication use for older people in England and Wales. *J Clin Pharm Ther.* 2001 Apr;26(2):129-40.
29. Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, César CC, Acurcio FA. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. *Rev Saude Publica.* 2008 ago;42(4):724-32.
30. Silva GOB, Gondim APS, Monteiro MP, Frota MA, Meneses ALL. Uso de medicamentos contínuos e fatores associados em idosos de Quixadá, Ceará. *Rev Bras Epidemiol.* 2012 jun;15(2):386-95.

Recebido em 31/01/2016  
Aprovado em 27/06/2016