

Fernanda da Silva Neves¹
Rosana Maria de Sousa¹
Felipe Martins Ferreira¹
Ana Carolina Costa Pinto Pinheiro¹
Luana Moratori Pires¹
Igor Rosa Meurer²

¹Setor de Farmácia Clínica e Dispensação,
Hospital Universitário, Universidade
Federal de Juiz de Fora, Brasil.

²Unidade de Gestão da Pesquisa, Hospital
Universitário, Universidade Federal de Juiz
de Fora, Brasil.

✉ **Fernanda Neves**

R. Paulo Affonso Tristão, 435, F 304,
Vivendas da Serra, Juiz de Fora, Minas
Gerais
CEP: 36047-230
✉ fernandanevs@gmail.com

Submetido: 15/10/2021
Aceito: 13/01/2022

RESUMO

Introdução: O Brasil, assim como outros países, vem alterando seu perfil demográfico elevando o número de pessoas idosas, o que repercute em mudanças não só para sociedade, mas também para saúde pública. Este grupo de pacientes é mais vulnerável devido à fisiologia inerente ao envelhecimento, logo se tornam mais propensos ao uso de medicamentos que podem causar outros problemas de saúde. Essa probabilidade de risco é uma preocupação atual e levou a criação de métodos que norteiam os prescritores para adequarem suas terapêuticas neste grupo de pacientes. Um destes métodos é o critério de Beers, que é atualizado periodicamente trazendo uma lista de medicamentos potencialmente inapropriados (MPIs) para idosos. **Objetivo:** Avaliar a prescrição de pacientes idosos internados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF/Ebserh) quanto à prevalência do uso de MPI e polifarmácia, no período de julho a agosto de 2019. **Material e Métodos:** Estudo observacional descritivo e retrospectivo, cujos dados foram coletados de prontuários pacientes idosos com idade igual ou superior a 65 anos para obtenção dos resultados que foram avaliados estatisticamente. **Resultados:** Foram avaliados 187 prontuários, e observada prevalência de 80,2% da prescrição de MPIs, sendo os mais prevalentes omeprazol e benzodiazepínicos. A maioria dos pacientes tiveram polifarmácia (95,7%). **Conclusão:** Os resultados convergem com base no critério de Beers, para necessidade de adequar a terapia de pacientes idosos. É necessário também avaliar os benefícios e alternativas quanto aos MPIs mais prevalentes, além de realizar estudos observacionais sobre possíveis efeitos adversos que possam ser consequência do uso desses medicamentos, com objetivo de aperfeiçoar a terapia farmacológica e aprimorar a farmacoeconomia, melhorando assim a qualidade de vida dos pacientes idosos.

Palavras-chave: Prescrições de Medicamentos; Saúde do Idoso; Hospitalização; Polimedicação; Efeitos Colaterais e Reações Adversas Relacionadas a Medicamentos.

ABSTRACT

Introduction: Brazil, like other countries, has been changing its demographic profile, increasing the number of elderly people, which reflects in changes not only for society, but also for public health. This group of patients is more vulnerable due to the inherent physiology of aging, so they become more likely to use medications that can cause other health problems. This risk probability is a current concern and has led to the creation of methods that guide prescribers to adapt their therapies in this group of patients. One of these methods is the Beers criterion, which is periodically updated with a list of potentially inappropriate medications (PIM) for the elderly. **Objective:** To evaluate the prescription of elderly patients hospitalized at the University Hospital of Juiz de Fora (HU-UFJF/Ebserh) regarding the prevalence of the use of PIM and polypharmacy, from July to August 2019. **Material and Methods:** Descriptive and retrospective observational study, whose data were collected from medical records of elderly patients aged 65 years or older to obtain the results that were statistically evaluated. **Results:** A total of 187 medical records were evaluated, and a prevalence of 80.2% of the prescription of PIMs was observed, the most prevalent being omeprazol and benzodiazepines. Most patients had polypharmacy (95.7%). **Conclusion:** The results converge, based on the Beers criterion, for the need to suit the therapy of elderly patients. It is also necessary to evaluate the benefits and alternatives regarding the most prevalent PIMs, in addition to conducting observational studies on possible adverse effects that may be a consequence of the use of these medications, aiming to refine pharmacological therapy and improve pharmacoeconomics, thus improving quality of life of elderly patients.

Key-words: Drug Prescriptions; Health of the Elderly; Hospitalization; Polypharmacy; Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions.

INTRODUÇÃO

O Brasil está realizando a transição demográfica rapidamente, aumentando o número de idosos e diminuindo o número de jovens. Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a densidade populacional de idosos atingiu a marca de 30,2 milhões em 2017.¹ Logo, temos um aumento da expectativa de vida que é um parâmetro que eleva as condições de saúde comparadas a outros momentos. Porém, é necessário que os anos adicionais de vida venham agregados de qualidade.² É nessa condição que surge o desafio encarado pela saúde pública. Com o crescimento médio de 2,5% anuais do ápice da pirâmide populacional surgem preocupações relacionadas ao sistema de saúde, pois há a necessidade de agir de forma eficiente para prevenir enfermidades e promover a atenção aos idosos junto a outras ações sanitárias.³

As instituições de saúde precisam investir em planejamento para atenção adequada as necessidades do idoso. Envelhecer não significa estar ou ser doente, significa que cuidados diferenciados devem ser oferecidos a essa população. O envelhecimento nem sempre deve estar atrelado à doença ou à limitações, o olhar precisa ser ampliado para prevenção e promoção da saúde para essa população.^{3,4}

Os idosos apresentam alta prevalência de múltiplas condições crônicas, assim, são mais vulneráveis e podem ser frequentemente polimedicados.⁵ A associação otimizada de fármacos prescritos, conforme a melhor evidência disponível pode curar, minimizar danos, aumentar a longevidade e agregar qualidade aos anos adicionais de vida. Porém, algumas terapias são inadequadas e podem ocasionar reações adversas e interações medicamentosas.⁶

O uso de polifarmácia, embora não tenha uma definição universal, é um fator associado ao aumento de consultas médicas e à ocorrência de efeitos adversos a medicamentos, o que representa prejuízo a saúde.^{6,7} O elevado consumo de medicamentos pode causar prejuízos a qualidade de vida do idoso, porém, em determinados casos, é a polifarmácia que auxilia a prorrogar a vida. Deste modo, a polifarmácia pode não necessariamente representar potenciais riscos para eventos adversos, mas sim uso indevido. Portanto, as prescrições devem ser revisadas frequentemente por equipe multiprofissional na promoção do uso racional de medicamentos.⁸

A *American Geriatrics Society* (AGS) criou um importante indicador de qualidade das prescrições de medicamentos, denominado critério de Beers, visando nortear melhor qualidade terapêutica para idosos pela investigação de medicamentos potencialmente inapropriados (MPIs), estes são considerados perigosos, pois o risco de ocasionar efeitos colaterais é superior aos benefícios, devendo ser evitados em idosos em geral.⁹

Investigações conduzidas por Gasrke et al¹⁰ mencionam que, como grupo vulnerável, os idosos estão ainda mais expostos quando algum medicamento propriamente inapropriado (MIP) está prescrito. Estes autores realizaram um estudo transversal na farmácia municipal de Santa Cruz do Sul (Rio Grande do Sul, Brasil) onde foi coletado dados da farmacoterapia, de 300 idosos de acompanhamento nesta Instituição, a prevalência de MPIs, segundo o critério de Beers, foi de 43%, sendo os mais frequentes aqueles que atuam no sistema nervoso (83,9%). Estudo realizado no HU-UFJF/Ebserh por Munck e Araújo, mesma Instituição do presente trabalho, foi identificado pelo menos um MPI prescrito em 62,8% dos pacientes avaliados em um período de seis meses.

Por conseguinte, a qualidade da farmacoterapia de pacientes idosos ainda é pouco explorada, logo, o objetivo do estudo, além da avaliação, é auxiliar e fornecer informações que norteiem decisões para aprimorar a assistência farmacêutica, visando melhor qualidade e segurança dos medicamentos prescritos.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi avaliado o total de 187 prontuários de pacientes idosos admitidos no período de julho a dezembro de 2019 com idade igual ou superior a 65 anos.

No presente trabalho, utilizou-se os critérios de Beers, da Sociedade Americana de Geriatria (*AGS Beers Criteria*), para medicação potencialmente inapropriada em. Desde 2011, a AGS tem sido a administradora dos critérios e vem produzindo atualizações a cada 3 anos. A *AGS Beers Criteria* é uma lista de MPIs que são tipicamente evitados nos idosos na maioria das circunstâncias ou em situações específicas, como em certas doenças ou condições. No presente trabalho, foi utilizado o Critério de Beers atualizado em 2019. Nesta atualização existem cinco tipos de critérios que foram mantidos da versão de 2015: 1) medicamentos que são potencialmente inapropriados na maioria dos idosos; 2) aqueles que normalmente devem ser evitados em idosos com certas condições; 3) medicamentos para serem usados com cautela; 4) interações medicamentosas; e 5) ajuste da dose de droga com base na função renal.⁹

Neste estudo optou-se por analisar apenas os medicamentos que são potencialmente inapropriados para idosos, isto é, considerados perigosos e que devem ser evitados em geral. Também de grande relevância, avaliou-se a variável polifarmácia definida como o uso de cinco ou mais medicamentos.⁶ O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de Juiz de Fora (HU-UFJF/Ebserh), sob o parecer número 3.976.453.

Este estudo é observacional descritivo e retrospectivo, envolvendo pacientes internados no HU-

UFJF/Ebserh, da Unidade Santa Catarina, no período de julho a dezembro de 2019. A capacidade de internação do HU-UFJF/Ebserh é de 159 leitos hospitalares. Os pacientes internados são acompanhados e tem todos os seus dados de exames, prescrição, diagnóstico, entre outros, registrados em sistema eletrônico. A farmacoterapia prescrita em sistema passa por avaliação farmacêutica e em sequência são separados e dispensados pelo período de 24h de forma individualizada. A análise de prontuário nos registros do sistema foi feita procedendo a coleta de todos os dados. Foi realizada triagem dos pacientes selecionando aqueles que possuíam 65 anos ou mais de idade e estiveram internados na Unidade de Clínica Médica.

Foram coletados também informações sobre sexo, faixa etária, tempo de permanência e diagnóstico de internação, a fim de obter o perfil dos pacientes idosos no período avaliado. Adicionalmente, a farmacoterapia foi avaliada de modo que todo o medicamento prescrito em algum momento do período de internação fosse computado para obter a prevalência do uso de MPIs e polifarmácia.

Os resultados foram analisados por meio de estatística descritiva (a partir de percentuais, médias).

RESULTADOS

Foram avaliados 187 prontuários, como descrito na tabela 1. A faixa etária da maior parte dos pacientes foi a de "70 a 79 anos", totalizando 84 pacientes (44,9%). A maioria dos pacientes avaliados são do sexo feminino, totalizando 114 mulheres (60,9%) e

73 homens (39,1%). Constatou-se, após avaliação das prescrições, que 80,2% (150 prescrições) tiveram pelo menos um MPI prescrito durante o período avaliado.

A média foi de 11 ($\pm 3,4$) medicamentos prescritos por paciente no período avaliado, o que caracteriza a polimedicação. Todos os pacientes tiveram ao menos três fármacos prescritos, e um deles teve o máximo de 23 medicamentos diferentes, sendo que 180 pacientes 96,2% possuíam 5 ou mais medicamentos prescritos, fazendo uso de polimedicação. A maioria dos pacientes polimedicados (40,1%) teve de 10 a 14 medicamentos prescritos durante a internação. O principal diagnóstico de internação foi insuficiência renal crônica, tendo o total de 9,6%, em sequência, insuficiência cardíaca congestiva, totalizando 8% e pneumonia com 6,9% (tabela 2). Importante notar que alguns idosos possuíam ao longo do período de internação mais de um diagnóstico, no qual foram avaliados de forma independente e representam relação e/ou complicações do diagnóstico de base.

O MPI mais prevalente foi o Omeprazol com 77,3%, seguido do Clonazepam com 22% e Amiodarona 9,3%, conforme tabela 3.

A tabela 4 mostra a comparação entre a média do tempo de permanência, número de pacientes com polifarmácia e prescrição de MPI entre homens e mulheres.

O tempo médio de permanência da internação foi 11,5 ($\pm 5,4$) dias, sendo o tempo máximo de 112 dias e o mínimo 2 dias. O tempo de permanência durante a internação dos homens foi maior quando comparado ao sexo feminino, e, considerando a proporção, foram

Tabela 1: Distribuição dos pacientes de acordo com sexo, faixa etária, número de medicamentos na prescrição e MPI.

Identificação	N= 187	Porcentagem de N (%)	N= 150 e % de MPI sobre cada sexo, faixa etária e número de medicamentos
Sexo			
Homem	73	39,1%	(53) 72,6%
Mulheres	114	60,9%	(97) 85,1%
Faixa etária			
65 a 69	60	32,1%	46 (76,7%)
70 a 79	84	44,9%	73 (86,9%)
80 a 89	35	18,7%	27 (77,1%)
90 ou mais	8	4,3%	4 (50,0%)
Número de medicamentos			
1 a 4	7	3,7%	3 (42,9%)
5 a 9	66	35,3%	44 (66,7%)
10 a 14	75	40,1%	66 (88,0%)
15 a 19	31	16,6%	29 (93,5%)
20 ou mais	8	4,3%	8 (100,0%)

Tabela 2: Distribuição dos pacientes idosos segundo diagnóstico de internação.

Diagnóstico	Frequência	% (N=187)
Insuficiência renal crônica	18	9,6%
Insuficiência cardíaca congestiva	15	8,0%
Pneumonia	13	6,9%
Anemias	12	6,4%
Infecção do trato urinário	11	5,8%
Doença pulmonar obstrutiva crônica	11	5,8%
"Flutter" e fibrilação atrial	8	4,3%
Flebite e tromboflebite	8	4,3%
Calculose/obstrução da via biliar	7	3,7%
Acidente vascular cerebral	5	2,6%
Edema pulmonar	4	2,1%
Síncope e colapso	4	2,1%
Neoplasia maligna da próstata	4	2,1%
Derrame pleural	3	1,6%
Outros		51,9%

*Total 220 diagnósticos encontrados em 187 pacientes, sendo que alguns idosos possuíram ao longo da internação mais de 1 diagnóstico.

Tabela 3: Distribuição de MPI prescrito por paciente idoso segundo critério de Beers 2019.

MPI	Nº de pacientes	Frequência (%)
Prescrições com MPI (N= 150)		
Omeprazol	116	77,3%
Clonazepam	33	22,0%
Amiodarona	14	9,3%
Diazepam	12	8,0%
Escopolamina	11	7,3%
Dexclorfeniramina	10	6,7%
Óleo mineral	9	6,0%
Clonidina	7	4,7%
Hidroxizina	6	4,0%
Alprazolam	4	2,7%
Metoclopramida	4	2,7%
Prometazina	3	2,0%
Lorazepam	3	2,0%
Amitriptilina	3	2,0%
Doxazosina	2	1,3%
Digoxina	2	1,3%
Glibenclamida	2	1,3%
Metildopa	1	0,7%
Fenobarbital	1	0,7%
Ciclobenzaprina	1	0,7%
Zolpidem	1	0,7%

Tabela 4: Distribuição de pacientes, média do tempo de permanência, média de idade, polifarmácia, prevalência de MPI por gênero dos pacientes idosos da amostra.

Total	Número de pacientes	Média tempo permanência	Média idade	Polifarmácia	Prescrição de MPI	MPI mais prevalente
Mulheres	114	11 dias (6,7)	75 anos	109 (95,6%)	97 (83,3%)	Omeprazol (70)
Homens	73	13 dias (11)	71 anos	71 (97,2%)	53 (75,3%)	Omeprazol (45)

Tabela 5: Distribuição pacientes, prevalência de MPI, polifarmácia e pacientes pelos diagnósticos de internação.

Diagnóstico de internação	Total pacientes	Prescrição de MPI	MPI prevalente	Polifarmácia
Insuficiência renal crônica	18	15 (83%)	Omeprazol (13) Benzodiazepínico (4) Amiodarona (1)	100% polifarmácia Média= 12 medicamentos/paciente
Insuficiência cardíaca congestiva	15	11(73%)	Omeprazol (9) Benzodiazepínico (4)	100% polifarmácia Média= 12 medicamentos/paciente
Pneumonia	13	8 (61%)	Omeprazol (7) Benzodiazepínico (1)	100% polifarmácia Média= 11 medicamentos/paciente
Anemias	12	2 (16%)	Omeprazol (8) Benzodiazepínico (4)	100% polifarmácia Média= 13 medicamentos/paciente
Infecção do trato urinário	11	8 (72%)	Omeprazol (6) Benzodiazepínico (1) Amiodarona (1) Dexclorfeniramina (1)	100% polifarmácia Média= 12 medicamentos/paciente

também mais polimedicados (97,2%), no entanto, a prevalência de MPIs foi menor (75,3%). Além destas constatações, há ainda maior frequência de prescrição do medicamento Amiodarona para homens e Dexclorfeniramina para mulheres.

A tabela 5 relaciona pacientes, prevalência de MPIs, polifarmácia com os diagnósticos de internação da tabela 2. O diagnóstico mais prevalente com MPIs foi doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (100%), onde o Omeprazol foi prescrito para todos os pacientes, e houve também maior prescrição de benzodiazepínicos. Sendo que a maior parte dos diagnósticos teve 100% de pacientes polimedicados, sendo o Omeprazol o MPI mais frequente. A média do número de medicamentos foi similar entre todos os diagnósticos.

DISCUSSÃO

O avanço da idade é um preditor para o declínio funcional durante a internação, assim como comorbidades e polimedicção. Sabe-se também que os MPIs, quando usados em pacientes hospitalizados aumentam o risco de contribuir para este declínio e levar a outras complicações mais graves.¹² Neste estudo, a taxa média de prescrição de MPI foi de 80,2% na

população de 187 pacientes avaliados.

Em 2019, foi realizado em Manaus, estudo similar no Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV-Ufam/Ebserh), sendo verificado a presença de polifarmácia em 85% da farmacoterapia de idosos, com média de 9 medicamentos por paciente.¹³ No estudo de Rajeev et al¹⁴, em 2018, a prevalência de polimedicção foi 22,5% e do uso de MPIs foi 29,5%, em pacientes de uma clínica geriátrica. Em ambos estudos, a polifarmácia foi considerada para aquelas que utilizaram 5 ou mais medicamentos durante a internação.¹⁴

Neste estudo, foi evidenciado o uso de polifarmácia em 96,3% dos pacientes avaliados, o que corrobora na importância de avaliar os benefícios da polimedicção frente a possíveis prejuízos.

Em 2012, foi realizado estudo similar por Munck e Araújo também no HU-UFJF/Ebserh, onde a prevalência de MPIs foi inferior ao valor obtido neste estudo, a prevalência foi de 62,9%. Ou seja, houve um aumento de 17,3% após 8 anos. Uma das possíveis razões para o aumento foi a recente inclusão do Omeprazol na lista de MPIs no critério de Beers atualizado em 2019, sendo que neste estudo foi considerado o MPI mais prevalente. Não menos importante, o Diazepam foi o MPI mais prevalente do estudo de Munck e Araújo em 2012, com um total

de 16% em uma amostra de 156 pacientes avaliados. Ao passo que no presente trabalho, a prevalência do uso de benzodiazepínicos subiu para 27,2%. Logo, os resultados elevaram-se tanto no MPI mais prevalente como também nos resultados de prescrições do grupo de benzodiazepínicos.¹¹

Ressaltando ainda que, oito anos depois, este trabalho corrobora o estudo de Munck e Araújo nesta mesma Instituição, mostrando que as prescrições dos idosos de 70 a 79 anos ainda são as mais prevalentes (84%) quanto à presença de MPIs em relação às demais faixas etárias, conforme a tabela 1.

Em outro estudo da Universidade Federal de Viçosa (UFV), com amostra de 621 idosos, utilizando também critério de Beers, em um inquérito de base populacional, foi obtido 43,8%, de prevalência de MPIs, sendo, Clonazepam, Nifedipino (liberação imediata) e Metildopa os MPIs mais prevalentes.¹⁵

O HU-UFJF/Ebserh é um hospital de ensino que ainda não contempla a especialidade de Geriatria, o que pode dificultar a adequação das prescrições de pacientes idosos, podendo justificar a alta prescrição de MPIs quando comparada aos demais estudos. É possível que não tenha surgido a preocupação de ajuste da qualidade das prescrições relacionada ao critério de Beers, relacionando este fato também ao aumento da prevalência de MPIs ao longo do tempo.

Do total de 187 pacientes avaliados, o Omeprazol esteve presente em 116 das prescrições, sendo, portanto, MPI mais prescrito. Seu uso é comum para tratar distúrbios gastrointestinais relacionados à secreção de ácido no estômago, e são indevidamente prescritos para evitar úlceras de estresse em indivíduos que utilizam polifarmácia. O uso do Omeprazol, segundo critério de Beers – 2019, é inapropriado pela importante incidência de efeitos secundários como diarreia, hipomagnesemia, perda óssea, fraturas, deficiência na absorção de vitamina B12 e infecção por *Clostridium difficile*.

Alguns estudos recentes, como o de Varallo, em 2018, demonstram que a profilaxia com Omeprazol pode contribuir para o desenvolvimento de insuficiência renal de maneira significativa ($P= 0,252$) pois eleva a concentração sérica de creatinina.¹⁶ Os autores de outro estudo relataram que o aumento de problemas relacionados a secreção ácida está relacionado ao estilo de vida sedentário, logo uma alternativa seria orientar pacientes que apresentem azia a perder peso ou usar um bloqueador de H2 ao invés de prescrever um inibidor da bomba de prótons.¹⁷

No entanto, a possibilidade de utilizar bloqueador H2 está indefinida com o recente *recall* de Ranitidina pelas indústrias, afirmando que não há previsão de novo estoque no mercado. Desde outubro de 2019, a comercialização da Ranitidina está interrompida devido às impurezas potencialmente cancerígenas que afetaram a fabricação deste medicamento.¹⁸

Houve grande número de prescrições de benzodiazepínicos, sendo Clonazepam e Diazepam o segundo e quarto MPI mais prescritos, respectivamente.

Resultado prévio realizado em pacientes hospitalizados em Málaga, na Espanha, em uma amostra de 179 pacientes hospitalizados, demonstrou que os benzodiazepínicos corresponderam aos MPIs mais prescritos.¹⁹

Segundo a Diretriz Brasileira de Psiquiatria, 50% dos pacientes que fazem uso de benzodiazepínicos por mais de um ano têm risco elevado de síndrome de abstinência, overdose, acidentes, tentativa de suicídio (especialmente em indivíduos depressivos), redução na capacidade de trabalho e aumento nos custos com internação, consultas e exames.²⁰ Há também aumento do risco de morte, principalmente em pacientes idosos.²¹

Um estudo realizado com pacientes que utilizam benzodiazepínicos para tratamento de insônia crônica primária evidenciou que o uso por mais de 2 anos pode comprometer a eficiência do sono.²²

Segundo o critério Beers, os benzodiazepínicos devem ser evitados, particularmente os de meia-vida longa, pois estes demoram mais tempo para serem eliminados do organismo.⁹

Em linhas gerais, todos os benzodiazepínicos elevam, em pacientes idosos, o risco de déficit cognitivo, quedas, delírios, fraturas e acidentes com veículos motorizados. Podem ser benéficos para tratar síndrome de abstinência a benzodiazepínicos, etanol e crises convulsivas. Entretanto, todos os benzodiazepínicos (qualquer tipo) devem ser evitados no tratamento de delírio, insônia e agitação.²³ A queda é uma importante causa de mortalidade de pacientes idosos segundo Maciel et al²⁴, ao analisar dados de mortalidade devido a causas externas em capitais brasileiras no período de 1996 a 2005, observaram que em média 22,5% de óbitos foram relacionados a quedas.²⁴

Conforme Veronese,²⁵ não há evidência de benefícios do uso a longo prazo de benzodiazepínicos, e há também possibilidade de desenvolvimento de tolerância, o que leva a prescrição de doses mais elevadas.²⁵ A longo prazo, o tratamento de insônia, agitação e ansiedade pode ser ineficaz, logo, a prescrição deve ser repensada, para que, quando prescritos, sejam de fato benéficos. Todas essas evidências apontam para necessidade de reavaliar a alta prevalência de prescrição dos benzodiazepínicos em idosos.

Por fim, ao analisar dados da tabela 5, encontra-se uma relação de 100% de polimedicação para a maior parte dos diagnósticos. Faltam informações sobre as medicações anteriormente utilizadas pelos pacientes avaliados, pois não é uma informação requerida no prontuário médico, sendo facultativo seu preenchimento. Assim, não é possível esclarecer se já havia polimedicação dos pacientes avaliados anteriormente à internação. Não foi possível também avaliar as condições clínicas pré-existentes, visto que somente o diagnóstico de

internação foi registrado e avaliado.

CONCLUSÃO

Frente ao exposto, foi constatado a prevalência de 80,2% de MPIs nas prescrições de pacientes idosos avaliados no período de julho a dezembro de 2019 no HU-UFJF/Ebserh, o qual representa uma elevação quando comparado a estudos do mesmo formato e da mesma Instituição no ano de 2012. Diante disso, pode-se relacionar este aumento a ausência da especialidade geriátrica na Instituição, repercutindo na qualidade da assistência ao idoso, assim como a lista de medicamentos padronizados no Hospital também pode ser reavaliada, conforme o critério de Beers, para ofertar acesso a medicamentos seguros para este grupo.

O Omeprazol foi o medicamento inapropriado mais prevalente, seguido dos benzodiazepínicos. Como já discutido, a utilização desses medicamentos deve ser reavaliada frente ao custo-benefício, levando em consideração as evidências existentes acerca dos efeitos adversos graves, podendo assim fomentar alternativas de manejo.

Há, portanto, necessidade de melhorar as estratégias de prescrição para idosos, levando em conta suas especificidades. Como o critério de Beers foi a ferramenta teórica para orientar quais medicamentos são inapropriados referenciando algumas justificativas, é importante também que instituições desenvolvam estudos continuados e de caráter multiprofissional sobre os efeitos adversos relatados ao uso de MPIs na rotina, para avaliar se, de fato, levam ao prejuízo significativo da qualidade de vida. Quanto ao elevado número de medicamentos prescritos, em geral, sendo muitas vezes necessários para tratamento de múltiplas comorbidades, se faz necessário a equipe multidisciplinar, reunir, avaliar e dar maior atenção no acompanhamento desses pacientes, reduzindo impactos da morbimortalidade relacionada ao uso de polifarmácia.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Dados sobre população do Brasil: PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios). 2017.
2. Ramos LR, Tavares NUL, Bertoldi AD, Farias MR, Oliveira MA et al. Polypharmacy and polymorbidity in older adults in Brazil: a public health challenge. *Revista de Saúde Pública*. 2016; 50(Suppl 2):S1-12.
3. Minayo MCS, Coimbra Júnior CEA. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 11-24.
4. Ciosak SI, Braz E, Costa MFBNA, Nakano NGR, Rodrigues J, Alencar RA, Rocha ACAL. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 2011; 45(Esp 2):1763-8.
5. Davidoff AJ, Miller EG, Sarpong EM, Yang E, Brandt N, Fick DM. Prevalence of potentially inappropriate medication use in older adults using the 2012 Beers criteria. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2015; 63:486-500.
6. Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Junior AA, Gomes IC, Silveira MR, Costa AC et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde, *Revista Saúde Pública*. 2017; 51(Supl 2):19s.
7. Almeida NA, et al. Prevalência e fatores associados à polifarmácia entre os idosos residentes na comunidade. *Revista brasileira geriatria e gerontologia*. 2017; 20(1):138-48.
8. American Geriatrics Society. 2015: updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2015; 63(11):2227-46.
9. American Geriatrics Society. 2019: updated AGS Beers criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2019; 67:674-94.
10. Gasrke CCD, Cassol D, Morch LM, Schneider APH. Potentially inappropriate medications for elderly dispensed at a basic pharmacy in southern Brazil. *Interdisciplinary Journal of Health Promotion*. 2018; 1:95-104.
11. Munck AKR, Araújo LA. Avaliação dos medicamentos inapropriados prescritos para pacientes idosos em um hospital universitário. *Hospital Universitário Revista*. 2012; 38:231-40.
12. Franco LG, Kindermann AL, Tramuja L, Kock KS. Fatores associados à mortalidade em idosos hospitalizados por fraturas de fêmur. *Revista Brasileira Ortopedia*. 2016; 51(5):509-514.
13. Santos LF, Morais AE, Furtado AB, Pinto KR, Alves EB et al. Farmacovigilância de polifarmácia e reações adversas medicamentosas em idosos hospitalizados em hospital universitário de Manaus, Amazonas. *Revista Vigilância Sanitária em Debate*. 2019; 41:41-7.
14. Rajeev A, Paul G, George S, Vijayakumar P. The study on prevalence of polypharmacy in elderly patients presenting for first time to the geriatric clinic of a tertiary care hospital in Kerala. *International Journal of Medical Science and Clinical Invention*. 2018; 5:3542-44.
15. Martins GA, Acurcio FA, Franceschini SCC, Priore SE, Ribeiro AQ. Uso de medicamentos potencialmente inadequados entre idosos no município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil: um inquérito de base populacional. *Caderno de Saúde Pública*.

2015; 31(11):2401-12.

16. Varallo FR, Nadai TR, Oliveira AR, Mastroianni PC. Potential adverse drug events and nephrotoxicity related to prophylaxis with Omeprazole for digestive disorders: a prospective cohort study. *Clinical Therapeutics*. 2018; 40(Suppl 6):S973-82.

17. Kelly OB, Dillane C, Parchett SE, Harewood GC, Murray FE. The inappropriate prescription of oral proton pump inhibitors in the hospital setting: a prospective cross-sectional study. *Digestive Diseases and Sciences*. 2015; 60:2290-86.

18. Ryan ME, Barker C, Hawcutt DB. Ranitidine in short supply: why now, and where next? *Archives of Disease in Childhood*. 2020; 105:382-3.

19. Galan RC, Garrido FR, Fernández ES, Ruiz SA, Garcia OMA, Padilla MV. Prevalence of potentially inappropriate medication in hospitalized elderly patients by using explicit criteria. *Farmacia Hospitalaria*. 2014; 38(4):305-16.

20. Nastasy H, Ribeiro M, Marques ACPR. Abuso e dependência dos benzodiazepínicos. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria; 2008.

21. Gisev N, Hartikainen S, Chen TF, Korhonen M, Bell JS. Mortality associated with benzodiazepines and benzodiazepine-related drugs among community-dwelling older people in Finland: a population-based retrospective cohort study. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2011; 56:377-81.

22. Poyares D, Guillemainault C, Ohayon MM, Tufik S. Chronic benzodiazepine usage and withdrawal in insomnia patients. *Journal of Psychiatric Research*. 2004; 38:327-34.

23. Assato CP, Borja-oliveira CRB. Psicofármacos potencialmente inapropriados para idosos. *Revista Envelhecer*. 2015; 20:687-701.

24. Maciel S, Teotônio PM, Barbosa GG, Lima VGC, De Farias OT. Perfil epidemiológico das quedas em idosos residentes em capitais brasileiras utilizando o Sistema de Informações sobre Mortalidade. *Revista Associação Médica do Rio Grande do Sul*. 2010; 54:25-31.

25. Veronese A. Benzodiazepine use in the real world of psychiatric practice: low-dose, long-term drug taking and low rates of treatment discontinuation. *Journal Clinical Pharmacology*. 2007; 867-73.