

PSICOFÁRMACOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS PARA IDOSOS¹

Cíntia Pincelli Assato²
Caroline Ribeiro Borja-Oliveira³

resumo

Os antipsicóticos, benzodiazepínicos e antidepressivos são psicofármacos comumente empregados no tratamento dos sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD). Porém, o uso de certos psicofármacos em idosos pode oferecer uma relação risco-benefício desvantajosa e com repercussões negativas para seu estado de saúde e qualidade de vida. O objetivo foi identificar psicofármacos considerados potencialmente inapropriados para idosos. Os critérios de Beers e o Screening Tool of Older Persons' Prescriptions (STOPP) são instrumentos constituídos por listas de fármacos considerados potencialmente inapropriados para maiores de 65 anos. Por meio da análise dessas listas, neste estudo bibliográfico, com abordagem exploratória e descritiva, foram identificados

1 Apoio financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

2 Graduada em Gerontologia pela Universidade de São Paulo (USP). Gerontóloga. E-mail: cintia-assato@hotmail.com.

3 Graduada em Farmácia. Doutora em Farmacologia pela Universidade de Campinas (UNICAMP). Professora Doutora do Curso de Bacharelado em Gerontologia da Universidade de São Paulo (USP). E-mail: cborja@usp.br.

os psicofármacos potencialmente inapropriados para idosos comumente empregados no tratamento das SPCD e sintetizadas as justificativas para restrição de uso desses fármacos, descritas nesses instrumentos. Entre os psicofármacos inapropriados encontrados, destacam-se os antidepressivos tricíclicos, aminas terciárias, que podem desencadear hipotensão ortostática, e sedação, sendo altamente anticolinérgicos; antipsicóticos típicos, que elevam o risco de acidente vascular cerebral e de mortalidade em indivíduos com demência; e os benzodiazepínicos, que aumentam o risco de déficit cognitivo, delírio, quedas, fraturas e acidentes com veículos motorizados. Os fármacos potencialmente inapropriados para idosos são aqueles que devem ser evitados nessa faixa etária. Sua prescrição requer considerar a relação risco-benefício, a disponibilidade de agentes alternativos e de recursos não farmacológicos, a escolha da menor dose necessária e o monitoramento dos efeitos no paciente, proporcionando, assim, maior segurança ao idoso e melhora no âmbito biopsicossocial e, portanto, da qualidade de vida.

palavras-chave

Doença latrogênica. Prescrição Inadequada. Psicotrópicos. Toxicidade de Drogas. Saúde do Idoso.

1 Introdução

Os medicamentos são recursos essenciais que previnem e curam enfermidades, aliviam sintomas e, em consequência, melhoram a qualidade de vida (BORJA-OLIVEIRA, 2010). O uso racional de medicamentos, sobretudo em idosos, evita gastos excessivos com múltiplos agentes e internações desnecessárias, desonerando o sistema público de saúde e promovendo uma melhor qualidade de vida a esses indivíduos (NÓBREGA; KARNIKOWSKI, 2005).

Por outro lado, embora os recursos medicamentosos sejam, em muitos casos, a estratégia mais eficaz, o elevado uso de medicamentos em idosos também pode oferecer uma relação risco-benefício desvantajosa e com repercussões negativas quanto ao estado de saúde e qualidade de vida desse grupo etário (SILVA et al., 2012). De fato, algumas condições clínicas requerem o emprego de agentes que se, por um lado, melhoram o quadro clínico, por outro, sujeitam os pacientes a efeitos adversos que também, por sua vez, podem

comprometer sua qualidade de vida. A relação risco-benefício é, portanto, um dos maiores desafios enfrentados pela terapêutica.

Os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD) são manifestações neuropsiquiátricas cujo tratamento visa reduzir o sofrimento do cuidador e do paciente, (CARAMELLI; BOTTINO, 2007), preservando sua qualidade de vida, conforto e dignidade (PASSMORE; HO; GALLAGHER, 2012). Entretanto, os agentes utilizados comumente no controle dessas manifestações são antipsicóticos, antidepressivos e benzodiazepínicos (DESAI; SCHUWARTZ; GROSSBERG, 2012), psicofármacos que incluem medicamentos considerados potencialmente inapropriados para idosos. Os chamados fármacos inapropriados são aqueles cujos riscos de utilização nessa faixa etária podem superar seus benefícios e para os quais existem alternativas terapêuticas mais seguras e/ou eficazes (AGS, 2012).

O emprego de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos, que ocorre em todos os níveis de atenção, tem, por si só, consequências negativas, que incluem efeitos adversos, altos custos para o paciente e para a sociedade e comprometimento da qualidade de vida (SPINEWINE, 2008). A prescrição inapropriada promove eventos adversos, comprometendo a qualidade de vida, elevando o número de internações hospitalares e, em consequência, onerando os serviços de saúde (CAHIR et al., 2014). A adequação da farmacoterapia individual com base em critérios explícitos pode reduzir a ocorrência de efeitos adversos sem comprometer a qualidade de vida (GARCIA, 2006).

Os critérios implícitos, por definição, dependem da interpretação do pesquisador que o aplica (LEVY; MARCUS; CHRISTEN, 2010) e seu uso está mais sujeito à subjetividade. Os critérios explícitos de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, baseados em revisões da literatura e validados por comitês de consenso, foram elaborados com o propósito de orientar médicos quanto à prescrição adequada aos maiores de 65 anos. Beers et al. (1991) desenvolveram, nos Estados Unidos, a primeira lista de medicamentos inapropriados, que foi publicada em 1991 e atualizada em versões publicadas posteriormente (BEERS et al., 1991; BEERS, 1997; FICK et al., 2003). Tais listas, que ficaram conhecidas como critérios de Beers, foram estabelecidas por meio de extensivas revisões da literatura e questionários respondidos por geriatras e farmacologistas clínicos, por meio do método Delphi, até a obtenção de consenso. Nesses critérios, foram incluídos medicamentos que podem causar reações adversas em idosos e outros cuja eficácia é questionável nessa faixa etária. A versão mais recente dos critérios de Beers, atualizada pela Sociedade Americana de Geriatria (AGS), foi publicada em 2012 (AGS, 2012).

Nos EUA, um exemplo da popularidade dos critérios de Beers é a sua incorporação à Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS) 0,2. HEDIS é uma ferramenta de medição de desempenho desenvolvido a nível nacional, comumente usada por organizações de *managed care* para medir a qualidade dos cuidados prestados.

No Brasil, esses critérios americanos (critérios de Beers) têm sido utilizados na identificação de prescrição inapropriada para idosos. Um dos fatores limitantes do uso da ferramenta americana no Brasil é o fato de que a composição da lista americana de medicamentos inapropriados, descrita nos critérios de Beers, é baseada nos medicamentos comercializados nos Estados Unidos. Um medicamento com perfil risco benefício desfavorável para o idoso pode ser classificado como inapropriado apenas quando se dispõe de alternativas terapêuticas (medicamentosas ou não) eficazes e mais seguras. Em outras palavras, para cada medicamento considerado inapropriado, deve haver uma ou mais alternativas disponíveis no país que possibilitem a substituição do mesmo. Por essa razão, com base no modelo dos critérios de Beers, já foram criados os critérios canadenses (McLEOD et al., 1997), franceses (LAROCHE; CHARMES; MERLE, 2007), coreanos (KIM; HEO; LEE, 2010), alemães (HOLT; SCHMIEDL; THÜRMAN, 2010) e austríacos (MANN et al., 2012). Alguns desses instrumentos listam não somente os medicamentos considerados inapropriados (entre os comercializados no país), mas também as alternativas terapêuticas disponíveis. A ferramenta equivalente brasileira, isto é, o consenso nacional sobre medicamentos inapropriados para idosos já está em elaboração. Os dados preliminares desse estudo foram apresentados na reunião anual da AGS, em maio de 2015 (OLIVEIRA et al., 2015).

Em 2008, foi publicada a validação por consenso do Screening Tool of Older Persons' Prescriptions (STOPP). Desenvolvido na Irlanda, o STOPP é constituído por uma lista de situações potencialmente iatrogênicas, isto é, prescrições inapropriadas para condições comuns em idosos. A lista é baseada em evidências clínicas recentes e, como ocorre com os critérios de Beers, também reflete a opinião consensual de um painel de especialistas em geriatria, farmacologia clínica e psiquiatria. Envolve medicamentos a serem evitados em idosos, contraindicações, interações medicamentosas e duração da farmacoterapia prescrita (GALLAGHER et al., 2008). Ambos os instrumentos — critérios de Beers e STOPP — fornecem justificativas para enquadrar certos agentes como potencialmente inapropriados.

O objetivo do presente trabalho foi identificar os antipsicóticos, benzodiazepínicos e antidepressivos enquadrados como potencialmente inapropriados para idosos. O método empregado foi a análise, na íntegra, das listas

de medicamentos inapropriados existentes nos critérios de Beers de 2012, descritos em AGS (2012), e também das listas descritas no STOPP, instrumento estabelecido por Gallagher et al. (2008) e O'Mahony et al. (2010). Beers e STOPP estão entre as mais importantes ferramentas de rastreamento de prescrição inapropriada da atualidade (DIMITROW et al., 2011).

Os critérios de Beers (AGS, 2012) dividem os medicamentos inapropriados em três categorias: a dos fármacos inapropriados para maiores de 65 anos independentemente das condições clínicas; a dos medicamentos cuja inadequação depende das condições clínicas do idoso; e aquela dos fármacos cujo uso em idosos requer cautela. Após a análise das três categorias, os dados obtidos para antipsicóticos, benzodiazepínicos e antidepressivos foram confrontados e complementados por meio da análise do STOPP e do estudo comparativo entre este instrumento e os critérios de Beers, realizado por Marcum e Hanlon (2012). Os riscos estabelecidos em ambos os instrumentos para o uso desses fármacos – os quais constituem justificativas para enquadrá-los como potencialmente inapropriados para idosos – são descritos a seguir.

2 Desenvolvimento

2.1 Antidepressivos

A seleção de um antidepressivo para um determinado paciente deve considerar a experiência anterior com o fármaco (resposta positiva/negativa), incluindo a experiência do próprio prescritor e afecções clínicas concomitantes que possam se agravar com o uso dos antidepressivos selecionados. Além disso, deve-se avaliar a possibilidade de interações medicamentosas e de efeitos colaterais que afetam a qualidade de vida e são críticos para a satisfação e a adesão dos pacientes (AHPR, 1993; BAUER et al., 2009). De fato, mesmo a prescrição racional – em que se avaliou a relação risco benefício – não terá êxito se os efeitos adversos comprometerem a adesão por parte do paciente e/ou do cuidador.

A seleção de antidepressivos para idosos é especialmente importante, principalmente em função dos efeitos adversos provocados pelos tricíclicos nessa população. A prescrição desses medicamentos para idosos mais vulneráveis, com maior grau de dependência quanto às atividades de vida diária, requer maior cautela (HANLON et al., 2011).

De acordo com os critérios de Beers (AGS, 2012), os antidepressivos tricíclicos aminas terciárias, isolados ou em associação, devem ser evitados em idosos, independentemente das condições clínicas ou presença de enfermidades. São mencionadas na lista de medicamentos inapropriados para essa faixa etária: a amitriptilina, clomipramina, clordiazepóxido-amitriptilina, doxepina (para a qual a dose considerada segura em idosos, 6 mg/d, mostrou-se tão eficaz quanto o placebo), perfenazina-amitriptilina e trimipramina. Esses fármacos induzem hipotensão ortostática, sedação e são altamente anticolinérgicos.

Em função de seus efeitos anticolinérgicos, os antidepressivos tricíclicos podem agravar condições como constipação crônica, glaucoma, sintomas do trato urinário inferior e hiperplasia prostática benigna. A amitriptilina, amoxapina, clomipramina, desipramina, doxepina, imipramina, nortriptilina, paroxetina, protriptilina e trimipramina, que são fármacos altamente anticolinérgicos, podem reduzir o fluxo urinário e causar retenção (AGS, 2012; O'MAHONY et al., 2010; MARCUM; HANLON, 2012). O bloqueio do receptor muscarínico pode ainda causar xerostomia e visão borrada (DURÁN; AZERMAI; VANDER STICHELE, 2013). Em decorrência das diferenças farmacodinâmicas e farmacocinéticas peculiares a esse grupo etário, medicamentos com propriedades anticolinérgicas devem ser evitados em idosos (CARNAHAN et al., 2006; HORI et al., 2005).

Devido aos seus efeitos adversos centrais, os antidepressivos tricíclicos podem acentuar quadros de demência e déficit cognitivo, bem como induzir ou agravar episódios de delírio. Em indivíduos com história de quedas e fraturas, os antidepressivos tricíclicos e os inibidores seletivos da recaptação de serotonina podem desencadear ataxia, déficit psicomotor, síncope e outras quedas (O'MAHONY et al., 2010; AGS, 2012; MARCUM; HANLON, 2012). Nos pacientes que já apresentam história de síncope, as aminas terciárias elevam ainda mais o risco de ocorrer hipotensão ortostática ou bradicardia (AGS, 2012).

Em portadores de distúrbios de condução cardíaca, em função dos efeitos adversos pró-arrítmicos, os antidepressivos tricíclicos podem também afetar a condução atrioventricular, a frequência cardíaca, o intervalo QT e causar taquicardia (DAROWSKI; CHAMBERS; CHAMBERS, 2009; O'MAHONY et al., 2010; MARCUM; HANLON, 2012). Mesmo quando não apresentam doença cardiovascular, idosos tendem a ter intervalos QT mais longos do que os jovens. Em pacientes com fatores de risco adicionais, como história pessoal ou familiar de pré-síncope ou síncope, distúrbios eletrolíticos ou doença cardiovascular, o tratamento com fármacos que podem prolongar o intervalo QT — fator de risco para arritmias — requer a avaliação do eletrocardiograma (FRANK, 2014).

A maprotilina deve ser evitada em pacientes com epilepsia ou crises convulsivas crônicas, uma vez que reduz o limiar para convulsões. Quando necessário, seu uso deve se restringir aos pacientes com crises bem controladas, nos quais os agentes alternativos não tenham sido eficazes (AGS, 2012).

Os critérios de Beers recomendam que, de qualquer maneira, os antidepressivos tricíclicos, bem como os inibidores seletivos da inibição da serotonina e os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina, sejam utilizados com cautela em idosos, uma vez que podem exacerbar ou causar síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético e hiponatremia. Como o risco desses efeitos adversos é maior em idosos, o uso desses fármacos nesses indivíduos requer o monitoramento dos níveis de sódio pouco tempo após o início do tratamento ou ajuste de dose (AGS, 2012). Naqueles com história de hiponatremia clinicamente significativa (hiponatremia não-iatrogênica < 130 mmol/l nos últimos 2 meses), os inibidores seletivos da recaptação de serotonina devem ser evitados (O'MAHONY et al., 2010).

Em um estudo que avaliou 345 idosos tratados com antidepressivos, a prevalência de hiponatremia decorrente do uso desses fármacos foi de 9% (MANNESSE et al., 2013). A hiponatremia pode se desenvolver rapidamente, e a demora no reconhecimento dos sintomas pode resultar em dano neurológico irreversível e morte (SOIZA; TALBOT, 2011).

2.2 Antipsicóticos

Segundo os critérios de Beers (AGS, 2012), são inapropriados para idosos os antipsicóticos típicos: clorpromazina, flufenazina, haloperidol, loxapina, molindona, perfenazina, pimozida, promazina, tioridazina, tiotixeno, trifluoperazina e triflupromazina; e também os atípicos: aripiprazol, asenapina, clozapina, iloperidone, lurasidona, olanzapina, paliperidona, quetiapina, risperidona e ziprasidona. Pelo fato de elevar o risco de acidente vascular cerebral e de mortalidade em indivíduos com demência, o emprego desses fármacos em distúrbios comportamentais deve-se restringir aos casos em que os recursos não farmacológicos tenham falhado e o paciente represente ameaça a si e a outros (AGS, 2012). De acordo com as diretrizes clínicas da doença de Alzheimer (AMB, 2010), o tratamento dos sintomas comportamentais nas demências seja iniciado com a redução dos estressores ambientais e com medidas que favoreçam a orientação e a segurança do paciente.

A tioridazina e a mesoridazina, que podem prolongar o intervalo QT — assim como certos antidepressivos, como já discutido anteriormente neste artigo

— e ainda são altamente anticolinérgicos (AGS, 2012), também se enquadram entre o grupo dos fármacos considerados potencialmente inapropriados para idosos. Por elevarem o risco de ocorrer hipotensão ortostática e bradicardia, a clorpromazina, a tioridazina e a olanzapina são consideradas potencialmente inapropriadas para idosos com história de síncope (AGS, 2012).

Antipsicóticos altamente anticolinérgicos como clorpromazina, clozapina, flufenazina, loxapina, olanzapina, perfenazine, pimozide, proclorperazina, prometazina, tioridazina, tiotixeno e trifluoperazina devem ser evitados em idosos portadores de demência, déficit cognitivo e delírio, uma vez que podem exacerbar essas condições. De maneira geral, nessas condições, tanto o uso contínuo como o esporádico (quando necessário) de antipsicóticos deve ser evitado. Por outro lado, em caso de descontinuação posterior ao uso contínuo, as doses empregadas devem ser reduzidas gradualmente para evitar sintomas de abstinência (AGS, 2012).

Em decorrência de seus efeitos anticolinérgicos, que compartilham com as outras classes de medicamentos já discutidas, esses fármacos podem exacerbar sintomas de hiperplasia prostática benigna e do trato urinário inferior, reduzindo o fluxo urinário e causando retenção urinária, bem como piorar a constipação (AGS, 2012). Em idosos com história de quedas e fraturas, os antipsicóticos, à semelhança dos antidepressivos tricíclicos e inibidores seletivos da recaptção de serotonina, podem desencadear ainda ataxia, déficit psicomotor, síncope e outras quedas (AGS, 2012). Esses fármacos devem ainda ser evitados em idosos com doença de Parkinson, uma vez que antagonistas do receptor da dopamina podem agravar os sintomas. O risco parece ser menor quando se utiliza quetiapina ou clozapina (AGS, 2012).

Segundo o STOPP (O'MAHONY et al., 2010; MARCUM; HANLON, 2012), deve-se evitar, em idosos, o tratamento prolongado (superior a um mês) com neurolépticos devido ao risco de esses fármacos induzirem confusão, hipotensão, efeitos adversos extrapiramidais, quedas e, sobretudo, naqueles portadores de parkinsonismo, uma vez que esses agentes podem exacerbar os sintomas extrapiramidais. Devido ao risco de toxicidade anticolinérgica, deve-se evitar em idosos o uso de anticolinérgicos como o triexifenidil para tratar efeitos colaterais extrapiramidais dos neurolépticos. Os antipsicóticos clorpromazina, clozapina, olanzapina, tioridazina e tiotixeno reduzem o limiar para convulsões, o que requer que sejam evitados em idosos que apresentam epilepsia ou crises convulsivas crônicas, embora seu uso possa ser aceitável naqueles com crises bem controladas, nos quais os agentes alternativos não tenham apresentado eficácia (AGS, 2012; O'MAHONY et al., 2010). A prescrição de antipsicóticos para idosos requer (assim como para os antidepressivos) o

monitoramento dos níveis de sódio pouco tempo após o início do tratamento ou ajuste de dose, em função do risco aumentado de esses agentes exacerbarem ou induzirem, nessa faixa etária, síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético ou hiponatremia (AGS, 2012).

Para Forlenza, Cretaz e Diniz (2008), embora os SCPD sejam condições muito prevalentes que trazem grande prejuízo ao paciente e sobrecarga adicional ao cuidador, o manejo adequado envolve, primeiramente, uma avaliação clínica criteriosa dos fatores associados ao seu surgimento, assim como a introdução de medidas comportamentais como a primeira opção de tratamento. Para os autores, os antipsicóticos devem ser reservados para os quadros com sintomatologia mais grave e que não responderam adequadamente às medidas comportamentais e o risco de eventos adversos graves, principalmente de eventos cerebrovasculares e morte, deve ser sempre analisado criteriosamente nesta população. Em um artigo de revisão (FORLENZA; CRETAZ; DINIZ, 2008), estes autores citaram o Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness on Alzheimer's Disease Study (CATIE-AD) (SCHNEIDER et al., 2006), no qual não foram observadas vantagens terapêuticas na comparação entre três antipsicóticos atípicos (quetiapina, risperidona e olanzapina) e o placebo, sendo que os fármacos apresentaram ainda a desvantagem de levarem a uma maior taxa de abandono do tratamento em função de eventos adversos. Os autores citaram também outra análise do estudo CATIE-AD (ROSENHECK et al., 2007), que tomou como parâmetro de resposta a melhora da qualidade de vida dos pacientes e relatou que o tratamento com as drogas ativas não se mostrou superior ao placebo, além de acarretar custos maiores.

2.3 Benzodiazepínicos

Conforme os critérios de Beers (AGS, 2012), os benzodiazepínicos de ação curta e intermediária; alprazolam, estazolam, lorazepam, oxazepam, temazepam e triazolam; bem como os de longa ação clorazepato, clordiazepóxido, clordiazepóxido-amitriptilina, clidinium-clordiazepóxido, clonazepam, diazepam, flurazepam e quazepam; devem ser evitados em idosos. Esses pacientes apresentam elevada sensibilidade a benzodiazepínicos e, nesses indivíduos, o metabolismo desses fármacos é mais lento.

Em geral, todos os benzodiazepínicos elevam, em idosos, o risco de déficit cognitivo, delírio, quedas, fraturas e acidentes com veículos motorizados. Podem ser apropriados para tratar crises convulsivas, distúrbios do sono REM, síndrome de abstinência a benzodiazepínicos e etanol, severo transtorno

da ansiedade generalizada, em certas circunstâncias, como a abordagem anestésica periprocedimento, e cuidados no fim da vida. Entretanto, todos os benzodiazepínicos (qualquer tipo) devem ser evitados para o tratamento da insônia, agitação ou delírio (AGS, 2012). Embora fármacos com propriedades sedativas e anticolinérgicas sejam comumente prescritos para idosos com finalidade de tratar distúrbios do sono, evidências sugerem que os benefícios do uso crônico desses medicamentos no tratamento da insônia na velhice não justificam os riscos (GLASS et al., 2005).

O STOPP recomenda evitar em idosos o tratamento prolongado (superior a um mês) com benzodiazepínicos de meia-vida longa como clodiazepóxido, diazepam, flurazepam, nitrazepam, e clorzepato pelo risco de estes causarem prolongada sedação, confusão, perda de equilíbrio e quedas (O'MAHONY et al., 2010). Por outro lado, todos os benzodiazepínicos podem induzir efeitos adversos como, por exemplo, quedas, fraturas e déficit cognitivo em idosos, e não somente os de longa duração de ação (MARCUM; HANLON, 2012). De fato, os benzodiazepínicos de meia-vida curta não são mais seguros do que os de meia-vida longa (AGS, 2012).

Por esse motivo, esses fármacos são considerados potencialmente inapropriados em idosos com história de quedas e fraturas, nos quais podem induzir ataxia, déficit psicomotor e síncope, e ainda provocar outras quedas (risco que compartilham com as classes de fármacos abordadas neste artigo). De fato, há fortes evidências sobre a associação entre a ocorrência de quedas e o uso de psicotrópicos, tais como benzodiazepínicos, antidepressivos e antipsicóticos (HILL; WEE, 2012).

Os benzodiazepínicos devem ser evitados também naqueles com déficit cognitivo, demência e delírio, uma vez que também podem exacerbar os sintomas decorrentes dessas condições. Na descontinuação após período de uso contínuo, as doses devem ser reduzidas gradualmente para evitar sintomas de abstinência (AGS, 2012).

Os benzodiazepínicos compreendem 20% a 25% das prescrições inapropriadas em idosos (VAN DER HOOFT et al., 2005; BREKKE et al., 2008; TANNENBAUM et al., 2014). Em um estudo brasileiro que investigou o uso de benzodiazepínicos em 15105 servidores civis, 585 (3,9%) deles utilizava fármacos dessa classe. O uso mostrou-se mais comum nos sujeitos mais velhos e com maior número de comorbidades clínicas, que são mais vulneráveis aos efeitos nocivos desses fármacos. Na população estudada, o clonazepam foi o benzodiazepínico mais prescrito. Para os autores, essa predominância está associada ao acesso a esse medicamento, que, no Brasil, é livremente dispensado pelas farmácias públicas e tem baixo custo nas privadas (BRUNONI et al., 2013).

Embora reconheçam os riscos associados ao uso desses fármacos nessa faixa etária, quase 50% dos prescritores continuam renovando receitas. Os pretextos apresentados são a dependência e o benefício para o paciente (SRISURAPANONT et al., 2005; PARR et al., 2006; COOK et al., 2007; TAMBLYN et al., 2012; TANNENBAUM et al., 2014). Embora, em razão da dependência, a interrupção de benzodiazepínicos, após o uso prolongado seja difícil, o emprego de estratégias e programas de descontinuação pode ter sucesso (SALONOJA et al., 2012).

3 Considerações finais

Os benzodiazepínicos, bem como certos antidepressivos e antipsicóticos, são considerados potencialmente inapropriados para idosos por oferecerem maiores riscos do que benefícios quando utilizados nessa faixa etária. De maneira geral, esses fármacos podem causar ou exacerbar quadros de declínio cognitivo e demência, além de elevar o risco de quedas. Um número expressivo de psicofármacos promove efeitos adversos anticolinérgicos e acentua o risco de desenvolver síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético e hiponatremia.

Essas reações adversas oneram ainda os sistemas de saúde ao elevar o número de hospitalizações, o tempo de internação e as investigações clínicas adicionais eventualmente necessárias. Além disso, essas reações podem desencadear as chamadas cascatas iatrogênicas, que são as situações em que o efeito adverso ao medicamento é equivocadamente compreendido como uma nova condição clínica ou enfermidade, que será tratada com outro medicamento. Essa situação se configura quando o prescritor não reconhece o efeito observado como adverso. A cascata iatrogênica (também chamada de cascata da prescrição) aumenta os custos da farmacoterapia e os riscos de ocorrerem outras reações adversas (SULTANA; CUTRONEO; TRIFIRÒ, 2013).

Os fármacos potencialmente inapropriados para idosos são aqueles que devem ser evitados ou utilizados com cautela nessa faixa etária e alguns são assim classificados apenas quando esses indivíduos apresentam certas enfermidades ou condições clínicas. Portanto, a prescrição desses fármacos requer considerar a relação risco-benefício, a disponibilidade de agentes alternativos e de recursos não farmacológicos, a escolha da menor dose necessária, as potenciais interações medicamentosas e o monitoramento dos efeitos no paciente.

Vale lembrar ainda que os indivíduos que apresentam SCPD são comumente polimedicados não somente em função do tratamento desta condição, mas também em decorrência de enfermidades pré-existentes, comuns na velhice.

POTENTIALLY INAPPROPRIATE USE OF
PSYCHOACTIVE DRUGS IN OLDER ADULTS

abstract

Antipsychotics, benzodiazepines and antidepressants are commonly used in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). The aim of this study was to identify, among these medications, those considered inappropriate for the elderly by offering greater risks than benefits in this age group. The STOPP and Beers criteria are instruments of lists of drugs deemed potentially inappropriate for over 65 years. In this paper, after analyzing these instruments, psychiatric drugs were commonly identified as used in the treatment of BPSD and scientific rationale to justify their inclusion. Among these drugs, we found certain tricyclic antidepressants, which can trigger orthostatic hypotension, sedation and are highly anticholinergic; typical antipsychotics, which increase the risk of stroke and mortality in individuals with dementia and benzodiazepines, which increase the risk of cognitive impairment, delirium, falls, fractures and motor vehicle accidents. Potentially inappropriate drugs for the elderly are those that should be avoided, so your prescription requires considering the risk-benefit ratio, the availability of alternative agents and non-pharmacological resources, choosing the lowest dose needed and monitoring the effects on the patient, thus providing improved psychological, biological and social, and therefore, promoting quality of life and welfare for the elderly.

key words

iatrogenic Disease. Inappropriate Prescribing. Psychotropic Drugs. Drug Toxicity. Health of the Elderly.

referências

AGENCY FOR HEALTHCARE POLICY AND RESEARCH. Depression Guidelines Panel. *Depression in Primary Care: Clinical Practice Guideline*, n. 5. Rockville, MD: AHPQ, 1993.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, Malden, MA, v. 60, n. 4, p. 616-631, Apr. 2012.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Academia Brasileira de Neurologia Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. *Doença de Alzheimer: prevenção e*

tratamento. Diretrizes clínicas na saúde suplementar, 2010. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/doenca_de_alzheimer-prevencao_e_tratamento.pdf>. Acesso em: 7 maio 2011.

BAUER, Michael et al. Diretrizes da World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) para tratamento biológico de transtornos depressivos unipolares, 1ª parte: tratamento agudo e de continuação do transtorno depressivo maior. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 36, supl 2, p. 17-57, 2009.

BEERS, Mark H. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Archives of Internal Medicine*, Chicago, v. 157, n. 14, p. 1531-1536, July 1997.

BEERS, Mark H. et al. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Archives of Internal Medicine*, Chicago, v. 151, n. 9, p. 1825-1832, Sept. 1991.

BORJA-OLIVEIRA, Caroline Ribeiro. Atenção ao idoso no domicílio: o enfoque da farmácia. In: DOMINGUES, Marisa Accioly; LEMOS, Naira Dutra (Org.). *Gerontologia: os desafios nos diversos cenários de atenção*. São Paulo: Editora Manole, 2010.

BREKKE, Mette et al. Pharmacologically inappropriate prescriptions for elderly patients in general practice: How common? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Oslo, v. 26, n. 2, p. 80-85, 2008.

BRUNONI, André Russowsky et al. Patterns of benzodiazepine and antidepressant use among middle-aged adults. The Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). *Journal of Affective Disorders*, Amsterdam, v. 151, n. 1, p. 71-77, Oct. 2013.

CAHIR, Caitriona et al. Potentially inappropriate prescribing and adverse health outcomes in community dwelling older patients. *British Journal of Clinical Pharmacology*, London, v. 77, n. 1, p. 201-210, Jan. 2014.

CARAMELLI, Paulo; BOTTINO, Cássio M. C. Tratando os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 83-87, jun. 2007.

CARNAHAN, R. M. et al. The Anticholinergic Drug Scale as a measure of drug-related anticholinergic burden: Associations with serum anticholinergic activity. *Journal of Clinical Pharmacology*, Oxford, v. 46, n. 12, p. 1481-1486, Dec. 2006.

COOK, Joan M. et al. Physicians' perspectives on prescribing benzodiazepines for older adults: a qualitative study. *Journal of General Internal Medicine*, Philadelphia, PA, v. 22, n. 3, p. 303-307, Mar. 2007.

DAROWSKI, Adam; CHAMBERS, Sally-Ann C. F.; CHAMBERS, David J. Antidepressants and falls in the elderly. *Drugs & Aging*, Auckland, v. 26, n. 5, p. 381-394, May 2009.

DESAI, Abhilash K.; SCHWARTZ, Lori; GROSSBERG, George T. Behavioral disturbance in dementia. *Current Psychiatry Reports*, Philadelphia, PA, v. 14, n. 4, p. 298-309, Aug. 2012.

DIMITROW, Maarit S. et al. Comparison of prescribing criteria to evaluate the appropriateness of drug treatment in individuals aged 65 and older: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, New York, v. 59, n. 8, p. 1521-1530, July 2011.

DURÁN, Carlos E.; AZERMAI, Majda; VANDER STICHELE, Robert H. Systematic review of anticholinergic risk scales in older adults. *European Journal of Clinical Pharmacology*, Berlin, v. 69, n. 7, p. 1485-1496, July 2013.

FICK, Donna M. et al. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Archives of Internal Medicine*, Chicago, v. 163, n. 22, p. 2716-2724, Dec. 2003.

FORLENZA, Orestes Vicente; CRETAZ, Eric; DINIZ, Breno Sattler de Oliveira. O uso de antipsicóticos em pacientes com diagnóstico de demência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 265-270, set. 2008.

FRANK, Christopher. Pharmacologic treatment of depression in the elderly. *Canadian Family Physician*, Willowdale, Canada, v. 60, n. 2, p. 121-126, Feb. 2014.

GALLAGHER, Paul et al. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, Munich, v. 46, n. 2, p. 72-83, Feb. 2008.

GARCIA, Robert M. Five ways you can reduce inappropriate prescribing in the elderly: a systematic review. *Journal of Family Practice*, New York, v. 55, n. 4, p. 305-312, Apr. 2006.

GLASS, Jennifer et al. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *British Medical Journal*, London, v. 331, n. 7526, p. 1169, Nov. 2005.

HANLON, Joseph T. et al. Potential underuse, overuse, and inappropriate use of antidepressants in older veteran nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, New York, v. 59, n. 8, p. 1412-1420, Aug. 2011.

HILL, Keith D.; WEE, Rohan. Psychotropic drug-induced falls in older people: a review of interventions aimed at reducing the problem. *Drugs & Aging*, Auckland, v. 29, n. 1, p. 15-30, Jan. 2012.

HOLT, Stefanie; SCHMIEDL, Sven; THÜRMAN, Petra A. Potentially Inappropriate Medications in the Elderly: The PRISCUS List. *Deutsches Ärzteblatt International*, Cologne, v. 107, n. 31-32, p. 543-551, Aug. 2010.

HORI, Koji et al. Assessment of pharmacological toxicity using serum anticholinergic activity in a patient with dementia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, Carlton, Vic., v. 59, n. 4, p. 508-510, Aug. 2005.

KIM, Dong Sook; HEO, Soon Im; LEE, Suk Hyang. Development of a List of Potentially Inappropriate Drugs for the Korean Elderly Using the Delphi Method. *Healthcare Informatics Research*, Seoul, v. 16., n. 4, p. 231-252, Dec. 2010.

LAROCHE, Marie-Laure; CHARMES, Jean-Pierre; MERLE, Louis. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *European Journal of Clinical Pharmacology*, Berlin, v. 63, n. 8, p. 725-731, Aug. 2007.

McLEOD, Peter J. et al. Defining inappropriate practices in prescribing for elderly people: a national consensus panel. *Canadian Medical Association Journal*, Ottawa, v. 156, n. 3, p. 385-391, Feb. 1997.

MANN, Eva et al. Potentially inappropriate medication in geriatric patients: the Austrian consensus panel list. *Wiener klinische Wochenschrift*, Wien, v. 124, n. 5-6, p. 160-169, Mar. 2012.

MANNESSE, Cyndie K. et al. Characteristics, prevalence, risk factors, and underlying mechanism of hyponatremia in elderly patients treated with antidepressants: A cross-sectional study. *Maturitas*, Limerick, Ireland, v. 76, n. 4, p. 357-363, Dec. 2013.

MARCUM, Zachary A.; HANLON, Joseph T. Commentary on the new American Geriatric Society beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, Hillsborough, NJ, v. 10, n. 2, p. 151-159, Apr. 2012.

NÓBREGA, Otávio de Toledo; KARNIKOWSKI, Margô Gomes de Oliveira. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 309-313, abr./jun. 2005.

OLIVEIRA, Márcio et al. Brazilian consensus of potentially inappropriate medications in the elderly: preliminary data. *Journal of the American Geriatrics Society*, New York, v. 63, Supplement 1, p. A147, Apr. 2015.

O'MAHONY, Dennis et al. STOPP & START criteria: A new approach to detecting potentially inappropriate prescribing in old age. *European Geriatric Medicine*, Paris, v. 1, n. 1, p. 45–51, 2010.

PARR, Jannette M. et al. Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: a qualitative analysis. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 62, n. 5, p. 1237-1249, Sept. 2006.

ROSENHECK, Robert A. et al. Cost-benefit analysis of second-generation antipsychotics and placebo in a randomized trial of the treatment of psychosis and aggression in Alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry*, Chicago, v. 64, n. 11, p. 1259-1268, Nov. 2007.

SALONJOJA, M. et al. Withdrawal of psychotropic drugs decreases the risk of falls requiring treatment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Amsterdam, v. 54, p. 160-167, Jan./Feb. 2012.

SCHNEIDER, Lon S. et al. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *The New England Journal of Medicine*, Boston, MA, v. 355, n. 15, p. 1525-1538, Oct. 2006.

SILVA, Gilmar de Oliveira Barros et al. Uso de medicamentos contínuos e fatores associados em idosos de Quixadá, Ceará. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 386-395, jun. 2012.

SOIZA, Roy L.; TALBOT, Hannah S. C. Management of hyponatremia in older people: old threats and new opportunities. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, London, v. 2, n. 1, p. 9-17, Feb. 2011.

SPINEWINE, Anne. Adverse Drug Reactions in Elderly People: The challenge of safer prescribing. *British Medical Journal*, London, v. 336, n. 7650, p. 956-957, Apr. 2008.

SRISURAPANONT, Manit et al. Benzodiazepine prescribing behaviour and attitudes: a survey among general practitioners practicing in northern Thailand. *BMC Family Practice*, London, v. 6, p. 27, June 2005.

SULTANA, Janet; CUTRONEO, Paola; TRIFIRÒ, Gianluca. Clinical and economic burden of adverse drug reactions. *Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics*, Mumbai, v. 4, Supplement 1, p. S73–S77, Dec. 2013.

TAMBLYN, Robyn et al. The effectiveness of a new generation of computerized drug alerts in reducing the risk of injury from drug side effects: a cluster randomized trial. *Journal of the American Medical Informatics Association*, Philadelphia, PA, v. 19, n. 4, p. 635-643, July/Aug. 2012.

TANNENBAUM, Cara et al. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Internal Medicine*, Chicago, v. 174, n. 6, p. 890-898, June 2014.

VAN DER HOOFT, Cornelis S. et al. Inappropriate drug prescribing in older adults: the updated 2002 Beers criteria—a population-based cohort study. *British Journal of Clinical Pharmacology*, London, v. 60, n. 2, p. 137-144, Aug. 2005.

Recebido: 08/04/2013
Aceite Final: 14/08/2015