



IDOSOS FRAGILIZADOS E POLIMEDICADOS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

VICENTE, A. P.¹, HÄRTER, A. B. R. ¹ QUADROS, B. B. ¹, PELEGRIN, G. ¹, HELFER, P. C. ¹, FAUSTINI, B. M. ¹, SIMON, L. A. ¹, BENNEMANN, L. ¹, PAUL, M. F. ¹, RABUSKE, R. H.¹, CRUZ, D. B. ²

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Polifarmácia. Idoso. Fragilizado.

RESUMO

O aumento da expectativa de vida e de usuários com multimorbidades na Atenção Primária à Saúde (APS) têm sido acompanhados pelo fenômeno da polifarmácia na população idosa. A polifarmácia caracteriza-se pelo uso diário de 5 ou mais medicamentos diferentes e está relacionada a administração inadequada de fármacos, risco de interações medicamentosas e efeitos potencialmente prejudiciais às funções do idoso, aumentando seu estado de fragilidade. Este define-se como um elevado estado de vulnerabilidade física, cognitiva, psicológica e social, resultando em dependência, reduzida qualidade de vida e alta demanda de cuidados de saúde. A polifarmácia e a fragilidade são situações conectadas e possivelmente modificáveis que merecem destaque devido ao risco de uso inapropriado e excessivo de medicamentos e à suscetibilidade dos idosos à iatrogenia. Assim, esta revisão narrativa da literatura de caráter qualitativo visa discutir as vulnerabilidades dos idosos fragilizados e polimedicados na APS a partir de referências encontradas nas bases LILACS e PubMed por meio dos descritores “Primary Health Care” AND “Polypharmacy” AND “Frail Elderly”. Nota-se a importância do reconhecimento precoce dos riscos de fragilização nos idosos para prevenir efeitos adversos à saúde, pois este grupo apresenta-se como o mais vulnerável à iatrogenia e ações de prevenção quaternária, como a desprescrição, mostram-se de grande relevância. A APS é o local ideal para essas ações, contudo, os modelos de cuidado ainda estão excessivamente focados na doença, de modo que podem não ser suficientes para manejar as fragilidades da população idosa.

FRAIL AND POLYMEDICATED ELDERLY IN THE CONTEXT OF PRIMARY HEALTH CARE

KEYWORDS: Primary Health Care. Polypharmacy. Frail Elderly.

ABSTRACT

The rise in life expectancy and patients with multiple morbidities in Primary Health Care entails the phenomenon of polypharmacy in the elderly population. Polypharmacy is described as the daily use of 5 or more different medications. It is associated with inadequate drug administration, risk of drug interactions, and potentially deleterious effects on the normal function of the elder, increasing their state of fragility. Fragility is a state of high physical, cognitive, psychological, and social vulnerability that results in dependency, reduced quality of life, and increased demand for health care. Polypharmacy and fragility are strongly connected conditions, both likely to be modified, which importance deserves to stand out due to the risks of inappropriate and excessive use of drugs and the susceptibility of the elders to iatrogenesis. Thus, this bibliographic and qualitative review study based on references collected from LILACS and PubMed through the Health Sciences Descriptors “Primary Health Care” AND “Polypharmacy” AND “Frail Elderly” aims to discuss the vulnerabilities of the frail and polymedicated elderly in the context of Primary Health Care. One notes the importance of early recognition of the fragility state risks to the elder to prevent adverse impacts since this group presents as the most vulnerable to iatrogenesis, and quaternary prevention actions, such as deprescribing, appear to be of great relevance. Primary Health Care services are the ideal scenario for these actions, yet, models of care are still overly focused on diseases, so they may not be enough to manage the fragility of the elderly population.

¹Acadêmicos do curso de Medicina na Universidade de Santa Cruz do Sul.

²Médico. Doutor, docente do Departamento de Biologia e Farmácia, Universidade de Santa Cruz do Sul. < dbaroni@unisc.br >

1 INTRODUÇÃO

Durante o século XX, houveram mudanças demográficas e epidemiológicas mundiais, resultando no envelhecimento populacional, principalmente, devido ao aumento da expectativa de vida e à diminuição da taxa de natalidade. O contexto de envelhecimento da população representa uma importante conquista social, pois é resultado da melhoria das condições de vida, com aumento no acesso a serviços médicos preventivos e curativos, evolução das tecnologias direcionadas à saúde, ampliação na distribuição de saneamento básico, de água tratada, entre outros determinantes. Esse conjunto de fatores fez com que houvesse um aumento no número de idosos em todo o mundo. Tal crescimento demonstra a necessidade de um planejamento individualizado e de um incremento de políticas públicas direcionadas a esse grupo populacional, buscando melhorias na qualidade de vida e um envelhecimento saudável.

O envelhecimento é a fase de todo um *continuum* da vida, começando com a concepção e terminando com a morte. Entretanto, não tem um marcador biológico do seu início, visto que não se resume apenas a aspectos cronológicos (FREITAS, 2016). Logo, não se pode afirmar que a velhice seja dependente apenas da senescência, uma vez que existem fatores externos, como classe social, saúde e educação que colaboram para o envelhecimento (FREITAS, 2016). Apesar da incapacidade de mensurar exatamente o que é o envelhecimento, sabe-se que é um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas determinando a perda de capacidade adaptativa da pessoa ao meio ambiente, de modo que há uma maior incidência de patologias e vulnerabilidades (WILLERS *et al.*, 2021). Dessa forma, compreende-se que o processo de envelhecimento ocasiona mudanças que se configuram como inevitáveis, progressivas e heterogêneas, e que nem sempre são consideradas patológicas, mas sim, mediadas por fatores biopsicossociais que podem repercutir no processo doença-saúde dos idosos. Depreende-se, então, que o envelhecer está intrinsecamente ligado à redução da vitalidade e ao processo denominado de fragilização (MAIA *et al.*, 2020).

Em relação à fragilidade, sabe-se que é uma síndrome clínica, que pode ser reversível ou atenuada por intervenções ativas, sendo necessária sua detecção precoce pelos profissionais de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (MENÉNDEZ-GONZÁLEZ *et al.*, 2021). Segundo a Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria (IAGG) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), a fragilidade é um estado clínico em que há um aumento da vulnerabilidade do indivíduo e maior dependência e/ou mortalidade quando exposto a um estressor, podendo ocorrer como resultado da presença de multimorbidades (FREITAS, 2016). Sendo assim, as vulnerabilidades enfrentadas por idosos fragilizados na APS são, principalmente, as multimorbidades, a polifarmácia, a distorção da percepção da própria saúde, a deambulação prejudicada, o alto risco de quedas e a dependência para atividades básicas de vida diária (MENÉNDEZ-GONZÁLEZ *et al.*, 2021).

Em decorrência dessa síndrome clínica de maior vulnerabilidade, é fato que há uma necessidade de uso contínuo de medicamentos por parte da população idosa, gerando a polifarmácia (FREITAS, 2016), seja por prescrição de profissionais da saúde ou por automedicação (ESTEBAN JIMÉNEZ *et al.*, 2018). Diante do exposto, a fragilidade, juntamente à polifarmácia, aumenta a probabilidade de prescrições inapropriadas em idosos e, por sua vez, o risco de eventos adversos evitáveis a medicamentos, a hospitalização e a morbidade (KHERA *et al.*,

2019), bem como o declínio funcional, o declínio cognitivo, a incontinência urinária e as quedas (ANDRADE *et al.*, 2020).

Portanto, o envelhecimento e o aumento da longevidade populacional tornaram a fragilidade e a polifarmácia relevantes problemas de saúde. Sendo assim, é fundamental que os riscos de fragilização dos idosos sejam identificados precocemente, a fim de direcionar as políticas públicas no sentido de prevenir situações críticas individuais e coletivas à saúde (MAIA *et al.*, 2020). Torna-se imprescindível, assim, a revisão dos tratamentos farmacológicos nos idosos com o intuito de coordenar as medicações usadas pelo paciente e reduzir os medicamentos inapropriados (ESTEBAN JIMÉNEZ *et al.*, 2018). Por fim, analisa-se que esses aspectos são de extrema importância no contexto da APS, uma vez que as pessoas idosas estão expostas a um maior risco de iatrogenia, ou seja, são mais propensas a adoecer diante da polimedicação (FREITAS, 2016).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fim de debater sobre a polifarmácia no idoso fragilizado, faz-se necessário compreender os principais conceitos que permeiam o tema e embasam a discussão. Inicialmente, é fundamental elucidar a própria polifarmácia: esta define-se pelo consumo regular de cinco ou mais medicamentos (ESTEBAN JIMÉNEZ *et al.*, 2018) por um mesmo indivíduo e envolve a administração excessiva e inadequada de uma gama de fármacos, alguns dos quais são potencialmente prejudiciais e sem indicação médica (UCHMANOWICZ *et al.*, 2017). Ainda, pode-se utilizar o termo “hiperpolifarmácia” para caracterizar o uso regular de dez ou mais medicamentos a longo prazo (GONZÁLEZ-BUENO *et al.*, 2022).

Esse problema está intimamente relacionado à população idosa por sua prevalência e, frequentemente, ocorre em razão da coexistência de diversas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) nessa faixa etária. As DCNT corroboram com a presença de multimorbidades e predis põem o indivíduo ao aumento da vulnerabilidade clínico-funcional (GONZÁLEZ-BUENO *et al.*, 2022; MAIA *et al.*, 2020; UCHMANOWICZ *et al.*, 2017), implicando em uma situação de risco ou fragilidade. Esta última, por sua vez, pode ser compreendida como uma síndrome multifatorial de alta prevalência em indivíduos maiores de 70 anos, que envolve um estado dinâmico e complexo de interações que afetam o âmbito físico, mental (cognitivo e psicológico) ou social, resultando em redução da autonomia, qualidade de vida e aumento da necessidade de cuidados em saúde (KHERA *et al.*, 2019; MENÉNDEZ-GONZÁLEZ *et al.*, 2021).

As comorbidades, comumente, são consideradas aspecto determinante de fragilidade no idoso. No entanto, as tendências atuais trazem uma compreensão da fragilidade como condição independente das doenças crônicas (MAIA *et al.*, 2020; ROMERO VIGARA *et al.*, 2019). Cabe ressaltar que, embora sejam conceitos independentes entre si, podem estar relacionados, de modo que as DCNT, apesar de não serem o único fator a ser considerado, predis põem o idoso ao aumento da vulnerabilidade clínica, funcional, sociodemográfica, cognitiva, afetiva, social, impactando seu estado de saúde (MAIA *et al.*, 2020; MENÉNDEZ-GONZÁLEZ *et al.*, 2021).

A polifarmácia e a fragilidade são condições interligadas, complexas, modificáveis e que merecem destaque, especialmente, devido ao risco do uso inapropriado e abusivo de medicamentos (MAIA *et al.*, 2020). Essas complexas relações, se resumem da seguinte forma: à medida que a fragilidade aumenta, aumenta também a prevalência de polifarmácia, a complexidade clínica e o PIP (potencial de prescrição inapropriada)

(GONZÁLEZ-BUENO *et al.*, 2022; KHERA *et al.*, 2019). O PIP compreende aquelas medicações em que os riscos superam os benefícios, principalmente, quando existem opções equivalentes com evidências científicas superiores (ESTEBAN JIMÉNEZ *et al.*, 2018; KHERA *et al.*, 2019). Esses fármacos inadequados, em conjunto com a polifarmácia, estão associados ao aumento do risco de desfechos desfavoráveis na velhice, como reações adversas, declínio funcional e cognitivo, incontinência urinária e quedas (ANDRADE *et al.*, 2020). Dessa forma, a população idosa está exposta a um maior risco de iatrogenia.

A iatrogenia consiste em alterações patológicas, efeitos adversos ou complicações provocadas por uma conduta médica (GUSSO; LOPEZ; DIAS, 2019) e, assim como a polifarmácia, pode apresentar relação direta com a polipatologia, bem com o aumento do risco de fragilidade e perda funcional na pessoa idosa (MAIA *et al.*, 2020). Logo, pressupõem-se a necessidade de exercer a prevenção quaternária, que pode ser resumida no princípio hipocrático “*primum non nocere*”, ou seja, “primeiro não causar dano” (PORTO, 2019). Essa prática engloba um grande conjunto de ações que objetivam evitar os danos causados pelas intervenções médicas excessivas por meio da ampliação dos conceitos de saúde-doença e da busca pelo diálogo e compartilhamento das decisões terapêuticas (ESTEBAN JIMÉNEZ *et al.*, 2018).

A desprescrição, o ato de suspender medicações inadequadas, é um dos pilares da prevenção quaternária e consiste em uma tarefa complexa, que deve ser pautada em critérios explícitos e centrados na pessoa considerando a expectativa de vida, o tempo de benefício e as metas funcionais e terapêuticas (ESTEBAN JIMÉNEZ *et al.*, 2018). Assim, há um controle adequado do PIP e da polifarmácia, diminuindo os riscos para o idoso. Em relação à desprescrição, a ausência de profissionais preparados para colocá-la em prática e o cuidado fragmentado são grandes desafios que reforçam o estado de vulnerabilidade dos idosos (ESTEBAN JIMÉNEZ *et al.*, 2018).

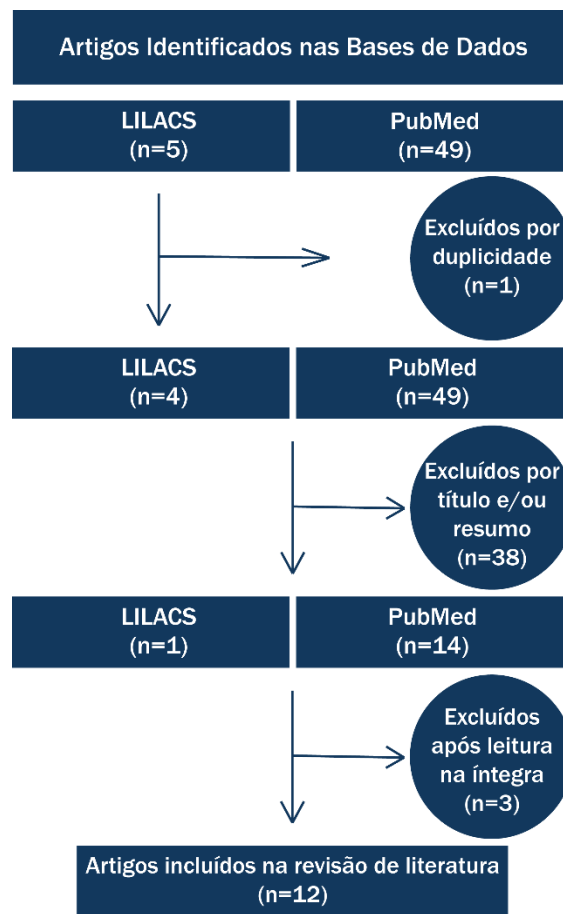
No sentido de superar esses desafios, a APS pode colocar-se como local ideal para as ações de prevenção quaternária, pois nela encontra-se o maior conhecimento acerca do paciente e de seu entorno (MAIA *et al.*, 2020), possibilitando romper a cadeia do cuidado fragmentado, tornando-o integral e centrado na pessoa e na família. Os modelos de cuidado, contudo, ainda se encontram excessivamente focados apenas na doença, de modo que podem não ser suficientes para manejar as fragilidades da população idosa (KHERA *et al.*, 2019).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Para a produção deste artigo, foi realizada uma revisão narrativa da literatura de caráter qualitativo. As buscas tiveram o intuito de responder à pergunta: “Quais as vulnerabilidades encontradas em idosos fragilizados e polimedicados na Atenção Primária à Saúde?”. Para este propósito, usou-se como descritores “Atenção Primária à Saúde”, “Polifarmácia” e “Idoso Fragilizado” e seus equivalentes em língua inglesa, conforme constam nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), entre operador lógico booleano “AND”. Os critérios de inclusão considerados foram artigos em língua portuguesa ou inglesa, utilizando recorte temporal de 5 anos (2017 - 2022), que discorriam acerca da pergunta-guia. Os critérios de exclusão foram obras duplicadas, que não mostravam relevância quanto ao tema delimitado ou que não possuíam potencial de responder à questão norteadora. Para isso, foram selecionadas referências nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e PubMed (Medline - Literatura Internacional em Ciências da Saúde).

Foram encontradas, no total, 54 produções a partir dos termos citados. Inicialmente, foram excluídos os trabalhos em duplicidade, com exclusão de 1 artigo. Posteriormente, as produções foram analisadas a partir dos títulos e resumos, havendo a exclusão de 38 obras e seleção de 15. Por fim, a partir de análise das produções na íntegra, foram selecionados 12 trabalhos (Tabela 1) para comporem a presente revisão. No banco de dados PubMed, foram encontrados 49 artigos, dos quais 12 foram selecionados para a produção. Na base LILACS, 5 resultados foram obtidos e 1 foi selecionado. A figura 1 ilustra tal seleção de obras que compõem a revisão a partir de um fluxograma.

Figura 1 - Fluxograma da seleção de artigos que compõem a revisão.



Fonte: elaborado pelos autores.

4 RESULTADOS

A partir das buscas e análise dos resultados, tornou-se perceptível a relevância da polifarmácia como questão de saúde pública a nível mundial e sua associação com a piora da qualidade de vida e aumento da fragilidade, especialmente, em relação à população idosa. Além disso, nota-se que as doenças crônicas predispõem o idoso ao aumento da vulnerabilidade clínica, funcional, sociodemográfica, cognitiva, afetiva e social facilitando a instauração da fragilidade, embora ambas as variáveis sejam aspectos independentes entre si.

Dos resultados, observou-se a presença de 10 (83,33%) artigos originais e 2 (16,67%) revisões de literatura. Os 12 artigos que compõem as referências da presente revisão foram selecionados conforme critérios de inclusão supracitados. Os principais resultados de cada obra estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Artigos selecionados para a discussão.

Autoria	Tipo de estudo	Principais resultados
OLIVEIRA, Priscila et al.	Estudo Observacional Transversal	Houve associação entre fragilidade, sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, renda, presença de doença cardíaca e hipertensão.
SHIRAI, Sara; KWAK, Min; LEE, Jessica.	Estudo Observacional Transversal	A fragilidade é prevalente em idosos domiciliares e pode estar relacionada à velocidade de marcha mais lenta, polifarmácia e/ou multimorbidade.
MENÉNDEZ, Lara et al.	Estudo Observacional Transversal	Os fatores que se associaram estatisticamente à síndrome da fragilidade foram: alta comorbidade, polifarmácia, percepção de qualidade de vida com saúde, deambulação prejudicada, suporte para deambular, alto risco de quedas, incapacidade, comprometimento cognitivo e depressão.
COLARES, Luciana et al.	Estudo Observacional Transversal	As estatísticas encontradas associadas à fragilidade são: estado civil, escolaridade, polipatologia, polifarmácia, transtorno mental, comprometimento cognitivo, comprometimento de atividades diárias, quedas, internação, incontinência urinária e autopercepção da saúde. Além disso, a significativa prevalência de fragilidade evidencia a necessidade de abordagem multidimensional do idoso.
UCHMANOWICZ, Izabella et al.	Revisão de Literatura	A fragilidade em pacientes idosos está associada a uma pior percepção de saúde, aumento do número de comorbidades, isolamento social e má adesão ao tratamento. Identificar as causas da não adesão é um fator chave no planejamento de intervenções terapêuticas que visam aumentar o controle, prevenir complicações e melhorar os resultados em longo prazo e quaisquer efeitos adversos.
VIGARA, Romero et al.	Estudo Observacional Transversal	Os pacientes idosos têm maior prevalência de doenças cardiovasculares e não cardiovasculares crônicas, o que leva à alta polifarmácia. Este último tem consequências tanto na segurança do

		doente como nos custos diretos e indiretos do Sistema Nacional de Saúde que emanam da assistência a doentes com mais de 65 anos.
ANDRADE, Suzana et al.	Estudo Observacional Transversal	Em um estudo realizado com 535 idosos em situação de fragilidade clínica e vulnerabilidade social atendidos pelo Programa Acompanhante de Idosos de São Paulo, 77,5% eram mulheres, 53,6% tinham entre 75-89 anos, 50,6% apresentavam 3 ou mais condições crônicas e a polifarmácia esteve presente em 58,1% dos participantes, sendo mais prevalente entre as mulheres (62,6%) que entre homens (42,5%).
WILLERS, Carl et al.	Estudo Observacional Transversal	Um quarto dos indivíduos egressos da internação geriátrica foi readmitido durante os primeiros três meses após a alta. Fatores de risco estatisticamente significativos para readmissão incluíram idade, sexo, número de diagnósticos na alta e, até certo ponto, polifarmácia e destino da alta.
JIMÉNEZ, Óscar et al.	Revisão de Literatura	A desprescrição racional pode ter grande impacto positivo na melhora da saúde. Esta tarefa é complexa e exige treinamento específico. Existem diversas ferramentas desenvolvidas para auxiliar os profissionais nesse processo.
KHERA, Sheny et al.	Estudo Quase-experimental	A revisão comandada por farmacêutico das medicações utilizadas por idosos fragilizados na APS encontrou problemas como: condições sem tratamento, medicações inadequadas e prescrições desnecessárias. Não houve mudança significativa no número de medicações utilizadas, mas houve no número de medicações inapropriadas.
BUENO, González et al.	Estudo Quase-experimental	A avaliação do impacto da prescrição centrada no paciente em pacientes com multimorbidades obteve aumento de 22,1% para 51,9% na adesão, além de melhora na efetividade da prescrição por meio da redução do número de medicações a longo prazo, de pacientes expostos à hiperpolifarmácia e de prescrições inadequadas, dentre outros.
SCHÖPF, Andrea et al.	Estudo Qualitativo	A conscientização dos pacientes sobre a importância de seu papel ativo na abordagem da polifarmácia precisa ser aumentada. Devem ser feitas intervenções que melhorem as habilidades de

		comunicação dos pacientes e abordem questões específicas da polifarmácia, particularmente em pacientes idosos.
--	--	--

5 DISCUSSÃO

Em tempos de transição demográfica, com o aumento da expectativa de vida humana e, conseqüentemente, das morbidades e do uso de medicamentos visando manejá-las, a polifarmácia emerge como um fenômeno altamente prevalente e com relevantes conseqüências nocivas à saúde (ESTEBAN JIMÉNEZ *et al.*, 2018), em especial, nos idosos, tornando-se um dos grandes desafios do século XXI em geriatria (UCHMANOWICZ *et al.*, 2017). Esse fenômeno é caracterizado, em suma, pelo uso concomitante de 5 ou mais fármacos diferentes, podendo ser provocado pela existência de uma única condição de saúde que requer múltiplos tratamentos ou, mais comumente, por diversas condições de saúde que implicam no uso de diferentes medicamentos (ESTEBAN JIMÉNEZ *et al.*, 2018). Outro fator envolvido na ocorrência da polifarmácia é o comportamento do paciente diante das prescrições, com ações como a administração do fármaco de modo diferente do prescrito e orientado, a desconsideração de contraindicações e manifestações adversas e utilização abusiva de fármacos de venda livre em razão da facilidade de acesso a estes (UCHMANOWICZ *et al.*, 2017).

Sob esse contexto, estima-se que, aproximadamente, metade dos pacientes acima dos 65 anos utilizam 5 ou mais medicamentos orais diariamente e cerca de 12% dessa população faz uso de 10 ou mais fármacos (UCHMANOWICZ *et al.*, 2017), configurando a hiperpolifarmácia (GONZÁLEZ-BUENO *et al.*, 2022). A polifarmácia tem conseqüências prejudiciais tanto para o sistema de saúde, em razão dos gastos diretos e indiretos com essa população, quanto para a segurança do paciente (ROMERO VIGARA *et al.*, 2019). No que diz respeito a esta, o impacto se dá pelo aumento de efeitos adversos, de interações farmacológicas e da deterioração funcional do paciente fazendo com que a polifarmácia se configure um importante problema de saúde a nível mundial (ESTEBAN JIMÉNEZ *et al.*, 2018).

A concomitância de múltiplos medicamentos predispõe, no organismo do idoso, maiores danos quando comparada a sua ocorrência em pacientes jovens, o que torna este grupo mais vulnerável a efeitos danosos resultantes da polifarmácia (OLIVEIRA *et al.*, 2021). Estes se encontram potencializados nos idosos em razão de alterações fisiológicas intrínsecas ao processo envelhecimento que tem ação sobre a farmacocinética (absorção, distribuição, metabolização e excreção) e farmacodinâmica (locais de ação e mecanismos, efeitos desejáveis ou não) das drogas (ESTEBAN JIMÉNEZ *et al.*, 2018; UCHMANOWICZ *et al.*, 2017). Como resultado, tem-se respostas bastante heterogêneas aos fármacos (ESTEBAN JIMÉNEZ *et al.*, 2018) e grande risco de eventos adversos. Estima-se, por exemplo, que os efeitos indesejados com o uso simultâneo de duas medicações sejam de cerca de 5%, valor que aumenta para 50% com a utilização de cinco medicações concomitantes (UCHMANOWICZ *et al.*, 2017). Além disso, a polifarmácia também está correlacionada a piores prognósticos durante processos de recuperação, como maior risco de reinternação em até 3 meses após cuidados geriátricos hospitalares (WILLERS *et al.*, 2021).

Apesar disso, sabe-se que, frequentemente, os tratamentos prescritos a idosos não são individualizados e baseiam-se nas mesmas recomendações gerais fornecidas para toda a população (GONZÁLEZ-BUENO *et al.*, 2022), sem levar em consideração o contexto de fragilidade ao qual os idosos podem estar expostos. A fragilidade

é definida por KHERA et. al. (2019) como um estado de vulnerabilidade determinado pela complexa interação entre os domínios físico, cognitivo, psicológico e social, resultando em dependência social, baixa qualidade de vida e alta necessidade de cuidados de saúde. A polifarmácia e a fragilidade são condições intimamente conectadas e de grande complexidade, uma vez que se influenciam mutuamente, formando um ciclo de causa e consequência. Conforme a fragilidade aumenta, aumentam também as comorbidades e o número de medicações utilizadas a longo prazo com objetivo de manejá-las, bem como intensifica-se a complexidade do regime e o potencial prescrição inapropriada (GONZÁLEZ-BUENO et al., 2022; SHIRAI; KWAK; LEE, 2022), aumentando ainda mais a fragilização do idoso. O potencial de prescrição inapropriada (PIP), conforme descrito por KHERA et. al. (2019), leva em consideração outros dois conceitos: o uso de medicações potencialmente inapropriadas - que são aquelas com alto risco de efeitos adversos, inefetivas para a condição do paciente, de uso sem indicação ou com duração inapropriada e aquelas excessivamente custosas, mesmo na existência de opções acessíveis e efetivas - e o potencial de omissão de prescrição, representado pela não prescrição apesar da ausência de contraindicações e potenciais benefícios para o paciente.

É sabido que a fragilidade envolve a redução da resistência a estressores devido ao esgotamento das reservas adaptativas e fisiológicas do organismo, desregulação endócrina e deficiência imunológica (UCHMANOWICZ et al., 2017). Entretanto, fatores psicológicos e sociais também devem ser levados em consideração na análise da fragilidade, pois a percepção parcial da magnitude desse fenômeno pode levar à fragmentação da assistência prestada aos idosos e a redução de sua efetividade (UCHMANOWICZ et al., 2017). Alguns dos principais fatores ligados ao aumento da fragilidade nos idosos são a ausência de cônjuge ou companheiro, baixo grau de escolaridade, distorção da percepção da própria saúde, o comprometimento cognitivo e funcional, a presença de polipatologia e a polifarmácia (MAIA et al., 2020), de modo que se evidencia a importância de um olhar integral sobre a fragilidade. Outro fator relevante é a diferença de expectativa de vida entre os sexos, que está relacionada à maior prevalência do estado de fragilidade no sexo feminino. Em estudo realizado com 535 idosos em situação de fragilidade clínica e vulnerabilidade social atendidos pelo Programa Acompanhante de Idosos de São Paulo, 50,6% apresentavam 3 ou mais condições crônicas e a polifarmácia esteve presente em 58,1% dos participantes, sendo mais prevalente entre as mulheres (62,6%) que entre homens (42,5%) (ANDRADE et al., 2020).

Os fenômenos da polifarmácia e da fragilidade são potencialmente modificáveis e, portanto, merecem destaque (MAIA et al., 2020) pelo grande desafio que representam para as equipes multidisciplinares de assistência à saúde (UCHMANOWICZ et al., 2017), visto que os idosos são um grupo mais exposto à iatrogenia (ESTEBAN JIMÉNEZ et al., 2018). A dificuldade em equilibrar as condutas e individualizá-las expõem a incapacidade dos modelos de cuidados atuais, ainda excessivamente focados na doença, em atuar no manejo das fragilidades da população idosa (KHERA et al., 2019) e a prioridade de cuidados centrados na prevenção quaternária nos idosos se faz perceptível. Assim, a desprescrição surge como “intervenção imprescindível para evitar a mortalidade iatrogênica” (ESTEBAN JIMÉNEZ et al., 2018) que, juntamente com a identificação precoce da fragilidade e o acompanhamento constante dos usuários na rede integrada, permite a antecipação dos agravos em saúde, a reabilitação precoce e a redução do impacto das doenças crônicas na funcionalidade da pessoa idosa (MAIA et al., 2020).

A desprescrição, segundo ESTEBAN JIMÉNEZ et. al. (2018), é “o processo sistemático em que se identificam e se retiram aqueles medicamentos cujos potenciais riscos superam os potenciais benefícios para atingir as metas terapêuticas determinadas para um indivíduo”. Ainda, segundo os autores, esta é uma tarefa de grande complexidade e, portanto, exige aptidão clínica e farmacológica adequadas. Além disso, é indispensável a construção de uma relação de confiança entre profissionais, pacientes e famílias, visto que ações como a desprescrição demandam conhecimento integral acerca dos indivíduos e comunicação efetiva entre as partes.

Vale lembrar, também, que todas as decisões clínicas devem ser guiadas pelos valores (GONZÁLEZ-BUENO et al., 2022), desejos e expectativas do paciente. Tais decisões têm como objetivo otimizar tratamentos, reduzir danos e promover qualidade de vida, portanto, devem ser pensadas e discutidas com base em critérios explícitos, como expectativa de vida, tempo de benefício, objetivos e metas do cuidado, sempre utilizando estratégias centradas na pessoa (GONZÁLEZ-BUENO et al., 2022). Para elucidar o uso dessas estratégias, os mesmos autores sugerem um modelo de prescrição que segue 4 estágios:

- a) Estágio centrado no paciente: avaliação integral do paciente, do índice de fragilidade e da adesão aos tratamentos para determinação do objetivo terapêutico individual, o qual pode ser o controle sintomático, a manutenção da funcionalidade, o prolongamento da sobrevivência, dentre outros;
- b) Estágio centrado no diagnóstico: tem como objetivo garantir que as metas terapêuticas individuais sejam alcançadas e pode incluir estratégias de desprescrição;
- c) Estágio centrado na medicação: reavaliação de medicamentos de alto risco para prevenção de efeitos adversos e simplificar os esquemas de tratamento, melhorando a adesão aos tratamentos selecionados;
- d) Plano terapêutico: decisão compartilhada de um plano terapêutico individual.

Neste modelo, preconiza-se que a abordagem seja realizada por uma equipe multidisciplinar para uma avaliação global do paciente. Uma abordagem integral do paciente idoso é importante para combater a fragmentação da assistência e a redução da qualidade da assistência prestada aos idosos fragilizados (UCHMANOWICZ et al., 2017). Este é um aspecto de forte importância no contexto APS, pois as ações desenvolvidas preconizam seguimento contínuo desde a entrada do idoso no sistema até a terminalidade da vida, buscando sempre maximizar a qualidade de vida (MAIA et al., 2020).

Dessa forma, a APS apresenta-se como contexto ideal para as condutas de desprescrição e prescrição racional, visto que é o nível do sistema de saúde que agrega o maior conhecimento acerca do paciente e de seu entorno, bem como de seus cuidadores e outras condições determinantes de saúde (ESTEBAN JIMÉNEZ et al., 2018). Ainda, destaca-se que a APS apresenta papel relevante na educação em saúde e empoderamento dos usuários, o que pode estimular os idosos a envolverem-se ativamente na abordagem da polifarmácia e a serem sujeitos atuantes na promoção da saúde. Destarte, os pacientes idosos podem ter uma melhor compreensão da necessidade de medicamentos e dos benefícios da desprescrição, melhorando a confiança nas relações entre profissionais e pacientes (SCHÖPF et al., 2018) e auxiliando na identificação rápida e oportuna de fragilidades e intervenções benéficas aos idosos e suas famílias (MAIA et al., 2020).

6 CONCLUSÃO

A partir da análise das buscas e resultados, foi possível perceber que, com o aumento da longevidade, ocorre conseqüente crescimento na prevalência de doenças crônicas. Essas condições, quando associadas, corroboram com a presença de multimorbidades em um grande número de usuários da APS, especialmente nos idosos, predispondo-os ao fenômeno da polifarmácia. Além disso, esses indivíduos ficam expostos ao aumento da vulnerabilidade clínico-funcional, implicando em um estado de fragilidade, o qual envolve alterações dinâmicas e complexas com efeitos nos âmbitos físico, mental e social. Conforme a fragilidade dos pacientes aumenta, aumenta também a prevalência da polifarmácia e vice-versa.

Em conjunto, a fragilidade e a polifarmácia intensificam as chances de prescrições inapropriadas, o risco de eventos medicamentosos adversos, a hospitalização e a morbidade, bem como o declínio funcional e o declínio cognitivo. Nesse sentido, a desprescrição racional mostra-se conduta de prevenção quaternária de grande importância, uma vez que os idosos estão mais propensos à iatrogenia. Esta é uma tarefa complexa, que deve ser baseada em critérios explícitos e estruturas de cuidado centradas no indivíduo.

Por fim, a APS apresenta-se como local ideal para ações como essas, pois é nela que se encontra o maior conhecimento acerca do paciente e de seu entorno, com a possibilidade de um cuidado integral, personalizado e multiprofissional. No entanto, os modelos de cuidado atuais ainda estão fragmentados e focados na doença, de modo que podem não ser suficientes para manejar as fragilidades da população idosa, colaborando negativamente com a vulnerabilidade e qualidade de vida do indivíduo.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. C. V. de et al. Health profile of older adults assisted by the Elderly Caregiver Program of Health Care Network of the City of São Paulo. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, [s. l.], v. 18, p. eA05263, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32267368/>. Acesso em 17 ago 2022.

ESTEBAN JIMÉNEZ, Ó. et al. Deprescribing to increase people health or when deprescribing could be the best pill. *Atencion Primaria*, [s. l.], v. 50, p. 70–79, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30279013/>. Acesso em 17 ago 2022.

FREITAS, E. V. de. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4ª ed. [s. l.]: Grupo Editorial Nacional, 2016.

GONZÁLEZ-BUENO, J. et al. Improving medication adherence and effective prescribing through a patient-centered prescription model in patients with multimorbidity. *European Journal of Clinical Pharmacology*, [s. l.], v. 78, n. 1, p. 127–137, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34448906/>. Acesso em 17 ago 2022.

GUSSO, G.; LOPEZ, J.; DIAS, L. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

KHERA, S. et al. Appropriateness of Medications in Older Adults Living With Frailty: Impact of a Pharmacist-Led Structured Medication Review Process in Primary Care. *Journal of Primary Care and Community Health*, [s. l.], v. 10, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31808725/>. Acesso em 17 ago 2022.

MAIA, L. C. et al. Frailty among the elderly assisted by primary health care teams. *Ciencia e Saude Coletiva*, [s. l.], v. 25, n. 12, p. 5041–5050, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33295521/>. Acesso em 17 ago 2022.

MENÉNDEZ-GONZÁLEZ, L. *et al.* Prevalence and associated factors of frailty in adults over 70 years in the community. *Atencion Primaria*, [s. l.], v. 53, n. 10, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34560377/>. Acesso em 17 ago 2022.

OLIVEIRA, P. R. C. *et al.* Fatores associados à fragilidade em idosos acompanhados na Atenção Primária à Saúde. *Escola Anna Nery*, [s. l.], v. 25, n. 4, p. 1–10, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0355>. Acesso em 17 ago 2022.

PORTO, C. C. *Semiologia Médica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2019.

ROMERO VIGARA, J. C. *et al.* Clinical and socio-sanitary characteristics in adults older than 65 years attended in the Primary Care setting. The PYCAF study. *Semergen*, [s. l.], v. 45, n. 6, p. 366–374, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30541706/>. Acesso em 17 ago 2022.

SCHÖPF, A. C. *et al.* Elderly patients' and GPs' perspectives of patient-GP communication concerning polypharmacy: A qualitative interview study. *Primary Health Care Research and Development*, [s. l.], v. 19, n. 4, p. 355–364, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29277160/>. Acesso em 17 ago 2022.

SHIRAI, S.; KWAK, M. J.; LEE, J. Measures of Frailty in Homebound Older Adults. *Southern Medical Journal*, [s. l.], v. 115, n. 4, p. 276–279, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35365845/>. Acesso em 17 ago 2022.

UCHMANOWICZ, I. *et al.* Hypertension and Frailty Syndrome in Old Age: Current Perspectives. *Cardiac Failure Review*, [s. l.], v. 38, n. 4, p. 283–284, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29387461/>. Acesso em 17 ago 2022.

WILLERS, C. *et al.* Readmission within three months after inpatient geriatric care-Incidence, diagnosis and associated factors in a Swedish cohort. *PLoS ONE*, [s. l.], v. 16, n. 3 March, p. 1–16, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33750976/>. Acesso em 17 ago 2022.