
**A POLIFARMÁCIA E OS IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS
PORTADORES DA DOENÇA DE ALZHEIMER**

THE POLYPHARMACY AND IMPACTS ON THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY
PEOPLE WITH ALZHEIMER'S DISEASE

Caroline Ribeiro Bassetto¹
Claudia Maria Correia e Silva²
Aline Santana da Silva³

RESUMO

O significativo aumento da população idosa é um fenômeno mundial e a frequência da polifarmácia nesses indivíduos é predominante. Os casos de demência têm aumentado concomitantemente ao crescimento da população idosa. Atualmente, a nível mundial, estima-se que a Doença de Alzheimer (DA) é a mais prevalente dentre as demências. Cerca de 80% das pessoas com mais de 65 anos sofrem de condições patológicas crônicas que exigem prescrições medicamentosas com várias drogas e a longo prazo. A polifarmácia torna os idosos vulneráveis aos efeitos adversos e às interações medicamentosas, o que aumenta quando se utilizam fármacos inadequados. Portadores de DA enquadram-se na polifarmácia com conseqüente alta na propabilidade de interações medicamentosas, reações adversas, intoxicações, com conseqüente declínio na qualidade de vida. Assim, neste contexto os maiores desafios são a identificação do excesso de medicamentos e a estratégia a ser aplicada para otimizar a quantidade de fármacos tratando efetivamente todas as comorbidades.

99

Palavras-chave: Doença de Alzheimer. Polifarmácia. Saúde do Idoso. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The significant increase in the elderly population is a worldwide phenomenon and the frequency of polypharmacy in these individuals is predominant. The cases of dementia have increased concomitantly with the growth of the elderly population. Currently, worldwide, it is estimated that Alzheimer's Disease (AD) is the most prevalent among dementias. About 80% of people over 65 suffer from chronic

¹ Discente de Farmácia pela UniFil – Centro Univeritário Filadélfia. Londrina. PR. (e-mail: carool_ribeiro_@hotmail.com)

² Professora orientadora: Graduada em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Especialista em Análises Clínicas e Infecção Hospitalar pela UEL. Docente do curso superior de Farmácia na UniFil. (e-mail: claudia.silva@unifil.br)

³ Banca examinadora. Docente do curso superior de Farmácia na UniFil. (e-mail: aline.silva@unifil.br)

pathological conditions that require long-term, multi-drug prescriptions. Polypharmacy makes the elderly vulnerable to adverse effects and drug interactions, which increases when inappropriate drugs are used. People with AD fall into polypharmacy with a high incidence in the likelihood of drug interactions, adverse reactions, intoxications, with a consequent decline in quality of life. Thus, in this context, the biggest challenges are the identification of excess medication and the strategy to be applied to optimize the amount of drugs, effectively treating all comorbidities.

Keywords: Alzheimer's disease. Polypharmacy. Health of the Elderly. Quality of Life.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida da população elevou consideravelmente a prevalência de doenças neuropsiquiátricas associadas ao envelhecimento cerebral. O envelhecimento da população tem um grande impacto na epidemia global de demência. Como parte desse fenômeno, a demência tornou-se um importante problema de saúde pública no final do século XX (DALTIM, 2016).

100

A prevalência de demência na população idosa é um método para analisar o impacto do envelhecimento populacional. Na doença de Alzheimer (DA) ocorre a forma mais comum de demência irreversível e contribui em torno de 60-70% do total das demências (DALTIM, 2016).

A DA foi relatada pela primeira vez no ano de 1906 pelo neuropatologista Alois Alzheimer. Esta patologia é um transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal que se manifesta por deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais (PINTO *et al.*, 2015).

Atualmente, 80% das pessoas com mais de 65 anos sofrem de condições patológicas crônicas que exigem prescrições medicamentosas a longo prazo. Além disso, condições de saúde complicadas e comorbidades geralmente envolvem o tratamento com múltiplos fármacos (RAMBHADE *et al.*, 2012).

Polifarmácia é o uso concomitante de dois ou mais medicamentos ou o uso desnecessário de pelo menos um medicamento. A polifarmácia torna os idosos passíveis aos efeitos adversos e às interações medicamentosas, o que aumenta quando se utilizam drogas inadequados (SILVA, 2013).

A polifarmácia tem impacto na qualidade de vida dos idosos acometidos pela DA, contribuindo para uma alta propabilidade de interações medicamentosas, reações adversas, intoxicação e, conseqüentemente, para o declínio na qualidade de vida (RAMBHADE *et al.*, 2012). Portanto, este artigo tem por objetivo realizar um levantamento bibliográfico sobre a polifarmácia e os impactos na qualidade de vida dos idosos portadores da Doença de Alzheimer.

METODOLOGIA

A pesquisa se baseia em uma revisão bibliográfica sobre a polifarmácia e os impactos na qualidade de vida dos idosos portadores da Doença de Alzheimer. Para realização da revisão do presente artigo foram utilizados materiais obtidos através de pesquisa em livros da biblioteca da UNIFIL e artigos nos bancos de dados Scielo e PubMed de 2011 a 2020. Os descritores utilizados foram “Doença de Alzheimer”, “polifarmácia”, “saúde do idoso” e “qualidade de vida”.

101

DESENVOLVIMENTO

Nas últimas décadas no Brasil, o número de pessoas com mais de 65 anos cresceu expressivamente e, de acordo com o Instituto Brasileiro da População, em 2060 a expectativa de vida será de 81 anos. Nos Estados Unidos da América, cerca de um em cinco americanos terão mais de 65 anos em 2030, estimando-se então que 88,5 milhões de americanos terão 65 anos ou mais em 2050. Este aumento da expectativa de vida resultou do surgimento de novos programas de prevenção primária para doenças e avanços na tecnologia médica (TROMBIM *et al.*, 2016).

O envelhecimento é um dos fenômenos biológicos mais complexos e um processo onde ocorrem diversas alterações fisiológicas em cascata nos tecidos e no organismo como um todo, especialmente na fase pós-reprodução. As mudanças que caracterizam o envelhecimento incluem: alterações nos componentes bioquímicos dos tecidos; declínio gradual da capacidade fisiológica; diminuição da capacidade de adaptação à estímulos; aumento da vulnerabilidade e suscetibilidade a doenças e

aumento do risco de morte (CARLOS; PEREIRA, 2015).

Com a crescente longevidade há uma elevação na ocorrência de doenças associadas com a senilidade, como a DA, que é a demência mais comum, afetando mais de 20 milhões de idosos em todo o mundo. Estima-se que no Brasil existam 1,2 milhão de pessoas com essa doença, majoritariamente mulheres. Comumente, as demências são acompanhadas por comorbidades, como diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva entre outros, e podem afetar em torno de 40 a 56% das pessoas com decaimento cognitivo (PINTO *et al.*, 2015; TROMBIM *et al.*, 2016).

DA é uma desordem neurodegenerativa, progressiva e fatal e caracteriza-se por degradação cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida cotidiana e uma diversidade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais (BRASIL, 2013).

Segundo a Associação de Alzheimer (2019) a DA causa morte de células nervosas e perda de tecido cerebral. Com o tempo, o cérebro, anatomicamente, encolhe muito de tamanho, afetando quase todas as suas funções. No cérebro com Alzheimer, o córtex retrai danificando as regiões envolvidas com pensamentos, planos e lembranças. Essa contração é grave no hipocampo, região do córtex importante na formação de novas lembranças. Os ventrículos, espaços preenchidos por fluido dentro do cérebro, ficam maiores (POIRIER; GAUTHIER, 2016).

Analisando o tecido cerebral com DA microscopicamente, pode-se verificar os seguintes efeitos dessa patologia: um número bem menor de células nervosas e de sinapses, comparado ao cérebro saudável; as placas, depósitos anormais de fragmentos de proteína (beta-amilóides), se agrupam entre as células nervosas; as células nervosas mortas e prestes a morrer contém emaranhados neurofibrilares, que são formados por filamentos torcidos de outra proteína. Ainda não se sabe ao certo o que causa a morte celular e a perda de tecido no cérebro, mas as placas e emaranhados são os principais suspeitos (ASSOCIAÇÃO DE ALZHEIMER, 2019).

As placas são formadas pelo agrupamento de partes da proteína beta-amilóide. A beta-amilóide é quimicamente "pegajosa" e junta-se aos poucos formando as placas. Os grupos de pequenos pedaços de beta-amilóide podem bloquear a sinalização entre as células nas sinapses, assim como ativar as células

do sistema imunológico que causam inflamações e atacam células deficientes (OLIVEIRA, 2012).

Em regiões saudáveis, o sistema de transporte é organizado em filamentos paralelos compostos como os trilhos de trens. As moléculas de nutrientes, partes de células e outros materiais essenciais viajam nesses “trilhos”. A proteína designada como “tau” auxilia os trilhos a conservarem-se retos. Em regiões com formação de emaranhados, a tau se converte em filamentos torcidos chamados de emaranhados e os trilhos não conseguem mais se manter retos, conseqüentemente os mesmos se rompem e se desintegram, assim nutrientes e outros suprimentos essenciais não conseguem mais se movimentar através das células, que acabam morrendo. As placas e emaranhados tendem a se espalhar por todo o córtex em um padrão previsível de acordo com o avanço da DA (DAMIN, 2011).

A velocidade de progressão varia muito. Indivíduos com DA vivem, em média, oito anos, mas algumas pessoas podem sobreviver por até vinte anos. O curso da doença depende, em parte, da idade da pessoa quando a doença foi diagnosticada e se a pessoa possui outros problemas de saúde (LOPES, *et al.*, 2011).

A DA geralmente progride para vários estágios de maneira lenta e implacável, não podendo ser tomada nenhuma medida para impedir o seu desenvolvimento. De acordo com o diagnóstico, o tempo médio de sobrevivência dos portadores da DA é entre 8 e 10 anos (LOPES, *et al.*, 2011; BRASIL, 2017).

A situação clínica é comumente dividida em 4 etapas: no estágio 1 (início) tem-se alterações na memória, personalidade e nas habilidades visuais e espaciais; no estágio 2 (moderado) observam-se dificuldades na fala, na realização de afazeres simples e na coordenação de movimentos, agitação e insônia; no estágio 3 (grave) há dificuldade para execução de tarefas cotidianas, para comer, incontinência urinária e fecal e deficiência motora progressiva; no estágio 4 (terminal) há restrição ao leito, mutismo, dor à deglutição e infecções intercorrentes (BRASIL, 2017).

Um fator que deve ser enfatizado na DA é que, nos casos graves, a perda da aptidão em realizar tarefas diárias, resulta em total dependência do doente. A DA pode vir ainda seguida de depressão, ansiedade e apatia (LOPES, *et al.*, 2011).

O primeiro e mais típico sintoma da DA é a perda de memória recente. À

medida que a doença progride, surgem sintomas mais graves, como perda de memória remota (dos fatos mais antigos), além de irritabilidade e defeitos de linguagem, perda da capacidade de se orientar no espaço e no tempo (GUTIERREZ; AURICCHIO; MEDINA, 2011). Os principais sintomas e sinais da DA incluem: ausência de memória para acontecimentos recentes; repetição da mesma pergunta várias vezes; dificuldade para acompanhar conversações ou pensamentos complexos; incapacidade de elaborar táticas para resolver problemas; dificuldade para dirigir automóvel e encontrar caminhos conhecidos; dificuldade para encontrar palavras que expressem ideias ou sentimentos pessoais; irritabilidade, desconfiança injustificada, agressividade, passividade, interpretações erradas de estímulos visuais ou auditivos, tendência ao isolamento (BRASIL, 2017).

Para a determinação da prevalência de Alzheimer é necessário no mínimo, o conhecimento da população acerca da doença e estudos populacionais frequentes, porém, estes fatores são escassos atualmente. O conhecimento da população sobre o assunto é um fator essencial. A falta da procura de assistência, apoio, ajuda médica e, sobretudo do diagnóstico, impede a contabilização correta da DA (BRASIL, 2017; SOUZA; KUZANO; NETO, 2018).

Conforme relatório da Doença de Alzheimer Internacional (2019), federação que representa mundialmente 85 entidades, resultados da maior pesquisa sobre atitudes relacionadas à demência revelam uma falta surpreendente de informação sobre demência em todo o mundo, visto que dois terços dos indivíduos ainda julgam a demência como parte do envelhecimento normal e não uma desordem neurodegenerativa.

Atualmente, 50 milhões de pessoas no mundo vivem com demência sendo a DA a causa mais comum (50%-75%) e, estima-se que até 2050, o número de pessoas com demência aumentará dos atuais 50 milhões para 152 milhões (DOENÇA DE ALZHEIMER INTERNACIONAL, 2019).

Devido ao processo patológico da demência e as comorbidades associadas, o uso simultâneo de múltiplas drogas se torna uma prática comum para melhorar a qualidade de vida nestes pacientes (TROMBIM *et al.*, 2016).

Os grupos farmacológicos normalmente mais consumidos na terceira idade

incidem naqueles empregados ao tratamento de doenças crônicas mais prevalentes, podendo-se destacar os cardiovasculares, os anti-reumáticos e os analgésicos. É também prevalente a utilização de fármacos que agem no sistema nervoso central (bromazepam e antidepressivos inibidores da recaptção de serotonina), diabetes mellitus (glibenclamida e metformina), medicamentos anti-hipertensivos (captopril, losartana), diuréticos (hidroclorotiazida), antiarrítmicos (amiodarona), anti-infecciosos (antibacterianos, antifúngicos e antiparasitários), antialérgicos (histamin), gastrintestinais (omeprazol), antianêmicos (ácido fólico e seus derivados), anti-hemorrágico (etansilato), antiagregante plaquetário (ácido acetilsalicílico), drogas de ação sobre o sistema músculo-esquelético, entre outros (SILVA, 2019).

O uso concomitante de várias drogas é denominado polifarmácia e pode ser classificado como leve, moderado ou grave de acordo com o número de fármacos usados pelo paciente. A condição leve é definida como o uso de duas ou três drogas, a condição moderada como o uso de quatro a cinco drogas, e a grave como o uso de mais de cinco drogas. Polifarmácia também é considerada por alguns autores como sendo o tempo de consumo exagerado, pelo menos 60 a 90 dias (TROMBIM *et al.*, 2016; SILVA, 2013).

Embora muitos autores definam polifarmácia como o uso de mais de cinco fármacos para tratamento, não há consenso literal que defina especificamente o número de fármacos utilizados que a caracterizam (DALTIM, 2016; LOBO, 2019).

Devido a falta de definição deste problema há muitas diferenças conceituais, e, desta forma a prevalência da polifarmácia demonstra ser muito heterogênea. Um estudo utilizando o significado de polifarmácia quantitativa relatou uma prevalência de 42% do problema. Outro estudo na Finlândia sobre idosos com mais de 75 anos descobriu que 67% das pessoas usam mais de cinco drogas. Em um estudo brasileiro realizado por uma instituição de longo prazo, 78% dos medicamentos prescritos demonstraram a prática de polifarmácia (DALTIM, 2016).

A polifarmácia está relacionada ao aumento do risco de interações medicamentosas, de reações adversas a medicamentos (RAMs), de ocasionar toxicidade cumulativa, de reduzir a adesão ao tratamento farmacológico, de causar erros de medicação e aumentar a morbimortalidade (SILVA, 2013).

A prevalência da polifarmácia de uma forma geral, tem aumentado muito nas últimas décadas, o que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a assumi-la como um problema para a saúde pública mundial. Os idosos configuram o grupo populacional mais suscetível à prescrição de múltiplos fármacos, pela sua maior suscetibilidade a doenças e multimorbidade (LOBO, 2019).

Alterações fisiológicas inerentes aos idosos e a polifarmácia elevam o risco de iatrogenia (alteração patogênica provocada pela prática médica). É fundamental evitar a iatrogenia em idosos devido à sua natural vulnerabilidade mais acentuada (LOBO, 2019). As prescrições inadequadas consequentemente ocasionam RAM, e para minimizar estes sintomas são prescritos mais fármacos, configurando a cascata iatrogênica. Atualmente, os idosos constituem mais de 50% dos multiusuários de medicamentos, e é comum encontrar em suas prescrições a utilização de fármacos de uma mesma classe e sem valor terapêutico (SILVA, 2019).

O uso de múltiplos medicamentos torna os idosos mais suscetíveis a efeitos adversos. Existem diversos fatores que determinam a razão dos idosos serem mais vulneráveis aos fármacos de um modo geral e por este motivo a polifarmácia é um fato de extrema importância. A tabela 1 descreve os principais fatores que elevam a vulnerabilidade do idoso aos fármacos (TROMBIM *et al.* 2016; SILVA, 2019).

Tabela 1 – Principais condições determinantes na vulnerabilidade do idoso aos fármacos

FATORES QUE AUMENTAM A VULNERABILIDADE DO IDOSO AOS FÁRMACOS	
Farmacocinéticos	Diminuição do funcionamento de órgãos, em especial nos fármacos eliminados por via renal ou com primeira passagem hepática. Diminuição da massa muscular e aumento da massa gorda, que condiciona alterações na distribuição e acumulação.
Farmacodinâmicos	Aumento da sensibilidade aos medicamentos, em especial anticolinérgicos e os que afetam a função cognitiva. Alteração dos mecanismos homeostáticos.
Capacidade Funcional	Défices visuais que condicionam dificuldade em ler as instruções ou rótulos dos medicamentos. Défices auditivos que podem contribuir para problemas em compreender instruções verbais ou explicações.
Capacidade Cognitiva	Dificuldades em recordar novas instruções. Adesão deficiente condicionada por problemas de memória ou compreensão.
Fatores Financeiros	Custo dos medicamentos pode interferir na adesão.

Fonte: Silva (2019).

Idosos são os indivíduos que mais apresentam interações medicamentosas e RAMs, podendo agravar o seu estado clínico e até mesmo podendo ocasionar o óbito. Algumas consequências da polifarmácia são: prescrição desnecessária e/ou inadequada de medicamentos; aumento do risco de interações medicamentosas e RAMs; não aderência ao tratamento e aumento das despesas gerais com medicamentos (RAMBHADE *et al.*, 2012).

A polifarmácia é às vezes negligenciada, porque os sintomas que ela causa podem ser confundidos com sintomas de envelhecimento normal ou outra doença. Em muitas ocasiões, resulta em ainda mais medicamentos sendo prescritos para tratar os novos sintomas (RAMBHADE *et al.*, 2012; LOBO, 2019).

A prescrição em demasia de fármacos foi já associada ao declínio funcional, com redução da capacidade para realizar atividades comuns da vida diária. Foi também citado um crescente declínio das funções cognitivas, com um aumento do risco de síndromes demenciais em idosos polimedicados. Estes fatos em pacientes que já apresentam DA, seriam muito mais danosos (LOBO, 2019).

A alta prevalência de polifarmácia em idosos foi observada em diversos estudos que indicam ser devido à presença de doenças crônicas não transmissíveis. Estudo realizado por Carvalho, Cristino e Limberger (2018), analisou 2.143 idosos e observou-se que, 36% destes, utilizaram mais de cinco medicamentos. Neste e em outros estudos relacionados a polifarmácia em pacientes da terceira idade, foram relatados que os idosos que sofrem de múltiplos problemas médicos, incluindo DA, têm a qualidade de vida afetada (TROMBIM *et al.*, 2016).

Souza, Kuzano e Neto (2018) realizaram um estudo transversal em um centro de excelência no atendimento à demência do Distrito Federal, incluindo 97 idosos com diagnóstico de DA, onde as taxas de prevalência foram determinadas para polifarmácia quantitativa e qualitativa. Os participantes elegíveis foram todos com idade ≥ 60 anos com diagnóstico de deficiência cognitiva de possível ou provável DA. A polifarmácia foi definida e avaliada quantitativamente quando observou-se o uso concomitante de 2 ou mais fármacos e caracterizada como menor, moderada (uso de 4 a 5 medicamentos) e maior (uso de > 5 medicamentos); definida e avaliada qualitativamente quando observou-se a prescrição, administração ou uso de mais

medicamentos do que os clinicamente indicados para um determinado paciente.

Neste estudo encontrou-se uma prevalência da polifarmácia quantitativa de 92,8% (n = 90). Ao classificar a polifarmácia quantitativa pelo grau de intensidade observou-se que 37,2% (n = 36) dos participantes foram classificados como leve; 25,8% (n = 25), como moderado; e 29,8% (n = 29), como grave. A prevalência de polifarmácia qualitativa nos idosos foi de 49,5% (n = 48). Cerca de 95% (n = 74) dos medicamentos foram considerados clinicamente desnecessários em razão da ausência de indicação terapêutica. A duplicação terapêutica foi responsável por 5,1% (n = 4) dos casos de uso desnecessário de medicamento. (SOUZA; KUZANO, NETO, 2018).

A prescrição de medicamentos que são prescritos imprópriamente (MPIs) aumenta a incidência de RAMs, uma vez que existem riscos relacionados aos efeitos colaterais que passam a ser maiores do que os benefícios esperados. Para facilitar a identificação dos medicamentos que causam RAM, alguns estudos foram desenvolvidos a fim de melhor avaliar a terapia farmacológica em idosos (SOIEDADE AMERICANA DE GERIATRIA, 2015; MANSO; BIFFI; GERARDI, 2015).

Em 1991, Beers e colaboradores enumeraram os principais fármacos contraindicados na geriatria, esta relação ficou conhecida como “Critério de Beers”. Este foi um método de avaliação muito importante que identificou a existência de vários fármacos inapropriados em sua utilização em idosos, o que trouxe um avanço e benefícios aos tratamentos voltados ao público geriátrico. Estes critérios foram atualizados em 2015 pela Sociedade Americana de Geriatria (MANSO; BIFFI; GERARDI, 2015; CARVALHO; CRISTINO; LIMBERGER, 2018).

Tais critérios, segundo Lopes e colaboradores, (2016), foram criados com base em medicamentos americanos, sendo que somente 60% desses medicamentos são comercializados no Brasil.

Os MPIs trouxeram diversos malefícios à saúde desses pacientes, como sangramentos, delírios, danos gastrointestinais, além de fraturas e quedas. Além destas consequências, pode ocorrer o desenvolvimento da doença do refluxo gastroesofágico, que em idosos possui maiores incidências, sintomas intensos e graves complicações. Essa patologia se desenvolve em decorrência do alto

consumo de fármacos e que causa o refluxo do conteúdo gástrico nos pacientes (SOIEDADE AMERICANA DE GERIATRIA, 2015; HENRY, 2014).

De acordo com a Sociedade Americana de Geriatria (2015) os critérios de Beers indicam a utilização dos MPIs por oito semanas no máximo, no entanto nos casos, de uso contínuo de medicamentos, como corticóides ou AINEs (anti-inflamatórios não esteroidais), de esôfago de Barret, ou esofagite erosiva, este critério aconselha a permuta de drogas inibidoras da bomba de prótons por drogas bloqueadoras H2, não sendo possível a interrupção do uso desse fármaco (OLIVEIRA, *et al.*, 2017).

Bloqueador H2 é um histamínico mediador da dor e que ativa os nociceptores polimodais, ou seja, os receptores sensoriais que enviam sinal causando a percepção da dor em resposta a um estímulo que possui potencial de dano. Quando há a dor, a histamina é liberada, havendo a vasodilatação e a diminuição dos edemas locais, sendo o receptor H2 o responsável por diminuir a secreção gástrica ácida ao mesmo tempo que alivia a dor nesses locais (DEUTSCH *et al.*, 2011).

A terceira idade possui aspectos relacionados ao decaimento da aptidão física, já que há fatores que intervêm diretamente na capacidade metabólica e de resposta orgânica aos tratamentos farmacológicos. Fatores como, a redução da capacidade aeróbia, da força muscular, da flexibilidade, do equilíbrio, do tempo de reação, da agilidade e da coordenação, também estão unidos ao envelhecimento em decorrência das doenças e da inatividade física (CARLOS; PEREIRA, 2015).

A qualidade de vida nos idosos é um fator que muito influencia em sua longevidade, uma vez que o organismo geriátrico apresenta instabilidades físicas e metabólicas. Essas instabilidades, considerando a presença da DA, referem-se imediatamente à queda de sua qualidade de vida. A polifarmácia é uma conduta que oferece impactos negativos na qualidade de vida dos idosos, uma vez que o metabolismo desacelerado desse grupo não suporta grandes quantidades de medicamentos, o que gera danos em seu organismo (OLIVEIRA, 2012; MAHER; HANLON; HAJJAR, 2014).

Algumas estratégias devem ser adotadas em benefício da qualidade de vida na DA, como a realização correta da sua anamnese para conhecer como é o

histórico de sua saúde, a busca por informações acerca de seus quadros patológicos e o cuidado com a prescrição dos fármacos pelo médico, a fim de verificar se é mesmo necessária a indicação do medicamento ao tratamento da doença (MAHER; HANLON; HAJJAR, 2014).

É importante observar quais são as categorias farmacológicas prescritas aos portadores de DA e se elas são realmente necessárias. Muitos fármacos podem agravar a situação do paciente por não demonstrarem eficácia terapêutica e sugerirem riscos em seus efeitos adversos, superando os benefícios. Assim, os desafios e as consequências que advêm da polifarmácia são cada vez mais evidentes. No entanto, as estratégias para diminuir este problema têm tido um impacto relativamente pequeno (MAHER; HANLON; HAJJAR, 2014; TROMBIM *et al.*, 2016; LOBO, 2019).

A desprescrição é definida como a remoção de qualquer medicação inapropriada, ou cuja utilização num dado momento para um dado paciente possa causar mais efeitos negativos do que benéficos, tendo em conta as variáveis individuais bem como a sua finalidade, a funcionalidade do doente, a expectativa de vida, com o objetivo de reduzir o número de fármacos, e, desta forma, de minimizar os efeitos deletérios da polifarmácia (LOBO, 2019; SILVA, 2019).

A preocupação com a desprescrição de MPIs para determinado paciente tem aumentado, pois há uma crescente informação sobre os potenciais riscos da polifarmácia. No entanto, a diminuição, ou mesmo interrupção de medicação, gera, tanto no profissional de saúde, quanto nos doentes, dúvidas e receios que podem atrasar ou mesmo impedir que a desprescrição ocorra (LOBO, 2019; SILVA, 2019).

Estudos são necessários para integrarem idosos, sobretudo com DA, para melhor perceber os riscos e benefícios de certas medicações, assim como para perceber o impacto do envelhecimento no processo de metabolização e interação entre diversas medicações (SILVA, 2019).

CONCLUSÃO

Diante do exposto no presente artigo foi possível observar que, com o

envelhecimento populacional, a incidência e a prevalência de demência aumentaram e que a polifarmácia está presente na vida de idosos com DA. Isto se deve ao fato de que a saúde destes pacientes não é mais como quando eram jovens em decorrência da baixa taxa metabólica e da fisiologia comprometida.

A polifarmácia deve ser tratada como um agravante negativo da saúde e qualidade de vida da população geriátrica com DA podendo levar a consequências como interações medicamentosas, iatrogênia, reações adversas, entre outras. Para amenizar este problema é necessário o trabalho multidisciplinar de conscientização do uso racional de medicamentos (considerar desprescrição) para ajudar a reduzir também hospitalizações e até morte.

Profissionais de saúde, incluindo o farmacêutico, devem dar atenção especial à polifarmácia e à prescrição de MPIs, para que se alcance, de maneira concreta, uma melhor qualidade de vida do idoso com DA. Nesse aspecto, a multidisciplinariedade entre os médicos e os farmacêuticos é de suma importância, pois ao farmacêutico cabe a conferência de quais são os medicamentos administrados, se realmente são necessários ou se caberia a sua desprescrição.

Evidencia-se uma falta considerável de estudos específicos que mensurem exatamente os impactos na qualidade de vida de pacientes idosos portadores de DA que estejam submetidos à polifarmácia, o que demonstra certa urgência para execução desses estudos, pois a tendência é aumentar cada vez mais o número de indivíduos na terceira idade com DA acometidos por efeitos colaterais medicamentosos e por má administração farmacológica.

REFERÊNCIAS

DOENÇA DE ALZHEIMER INTERNACIONAL. **Relatório Mundial de Alzheimer 2019: Atitudes em relação à demência**. Londres: Alzheimer's Disease International. Disponível em: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2019.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

ASSOCIAÇÃO DE ALZHEIMER. **A Doença de Alzheimer e o Cérebro. Viagem ao Cérebro**, 2019. p.10-16. Disponível em: <https://www.alz.org>. Acesso em: 10 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo Clínico e

Diretrizes Terapêuticas: Doença de Alzheimer **Portaria Conjunta nº 13**, de 28 de novembro de 2017. p.12-31. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/867171/do1-2017-12-08-portaria-conjunta-n-13-de-28-de-novembro-de-2017-867167. Acesso em: 10 maio 2020.

CARLOS, Fernanda Shayonally Araújo; PEREIRA, Fábio Rodrigo Araújo. Principais doenças crônicas acometidas em idosos. **Anais CIEH**, v. 2, n.1, p. 1-5, 2015. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/12711>. Acesso em: 01 jul. 2020.

CARVALHO, F.L., CRISTINO, R.R., LIMBERGER, J.B. Uso racional de medicamentos por pessoas idosas: um enfoque na doença de Alzheimer. **Disciplinarum scientia**, v. 19, n. 1, p. 99-112, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2432>. Acesso em: 15 ago. 2020.

DALTIN, J. B. **Uso de medicamentos em pacientes idosos portadores de doença de Alzheimer**. 2016. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, 2016. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/145031/daltin_jb_me_bot.pdf?sequence=4. Acesso em: 15 maio 2020.

DAMIN, A. E. Tratamento da doença de Alzheimer (DA): cognição. *In: Demências – enfoque multidisciplinar: das bases fisiopatológicas ao diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Atheneu, 2011. p. 179-89.

DEUTSCH, F.; ASHMAWI, H. A.; PALMEIRA, C. C. A.; POSSO, I. P. Efeito analgésico de antagonistas do receptor da histamina H2 em modelo de dor provocada por formalina em ratos. **Rev Dor**. São Paulo, v.12, n. 3, p. 240-4, jul./set. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n3/v12n3a09.pdf>. Acesso em: 11 out. 2020.

GUTIERREZ, B. A. O., AURICCHIO, A. M., MEDINA, N. V. J. Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. **J Health Sci Inst**, v. 29, n. 3, p. 186-90, 2011. Disponível em: https://www3.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/03_jul-set/V29_n3_2011_p186-190.pdf. Acesso em: 19 maio 2020.

HENRY, M. A. C. A. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO. ABCD. **Arq Bras Cir Dig Artigo de Revisão**, v. 27, n. 3, p. 210-215, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/abcd/v27n3/pt_0102-6720-abcd-27-03-00210.pdf. Acesso em: 11 out. 2020.

LOBO, Maria Francisca Gama. **Polifarmácia no idoso – Consequências, Desafios e Estratégias de Abordagem**. 2019. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, Porto, 2019. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/121496>. Acesso em: 20

ago. 2020.

LOPES, L. C.; *et al.* Doença de Alzheimer: Prevenção e tratamento. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia Academia Brasileira de Neurologia Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, **AMBMNS**, 2011. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/ans/doenca_de_alzheimer-prevencao_e_tratamento.pdf. Acesso em: 05 abr. 2020.

LOPES, L. M. *et al.* Utilização de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos em domicílio. **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 21, n. 11, p. 3429-3438, nov. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016001103429&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29 ago. 2020.

MAHER, R.L; HANLON, J.; HAJJAR, E.R. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. **Expert Opin Drug Saf.**, v.13, n. 1, p. 57-65, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3864987/>. Acesso em: 16 set. 2020.

MANSO, M.E.G; BIFFI, E.C.A; GERARDI, T.J. Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro. v. 18, n.1, p. 151-164, 2015. Disponível em: https://issuu.com/revistabgg/docs/rbgg_volume_18_n1. Acesso em: 15 ago. 2020.

113

OLIVEIRA, A. A. A demência de Alzheimer e os idosos: Investigação sobre conhecimento, prevenção e percepção. Special Edition – ARTICLE I: **Pontifícia Universidade Católica (PUC)**, São Paulo, v. 82, p. 1-5, 2012. Disponível em: <http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/2416>. Acesso em: 10 mar. 2020.

OLIVEIRA, H. S. B.; *et al.* Utilização dos critérios de Beers para avaliação das prescrições em idosos portadores de doenças crônicas vinculados a um plano de saúde. **RBCEH**. Passo Fundo, v. 14, n. 3, p. 242-251, set./dez. 2017. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/7376>. Acesso em: 05 out. 2020.

PINTO, R.S.; *et a.* Doença de Alzheimer: Abordagem farmacoterapêutica. **Boletim Informativo Geum**. v. 6, n. 1, p.16-25, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/geum/article/view/3861>. Acesso em: 25 ago. 2020.

POIRIER, J.; GAUTHIER, S. Doença de Alzheimer: O guia completo. Tradução de Janaína Marcoantonio. **Editores MG**: SP, 2016. 176p.

RAMBHADE, S. *et al.* Uma pesquisa sobre polifarmácia e uso de medicamentos inadequados. **Toxicol Int.**, v. 19, n. 1, p. 68-73, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3339249/> Acesso em: 10 ago.2020.

SILVA, B. P.; *et al.* Polifarmácia e o uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos.

SILVA, E.A; MACEDO, L.C. Polifarmácia em Idosos. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 6, n. 3, p. 477-486, 2013. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/2862/2160>
Acesso em: 01 ago. 2020.

SILVA, Gisele Maria dos Santos. **O papel do farmacêutico na desprescrição da farmacoterapia em pacientes idosos**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Farmácia) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC, Brasília/DF, 2019. Disponível em: https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/208/1/Gisele_Silva_0002187.pdf. Acesso em: 04 jul. 2020.

SOCIEDADE AMERICANA DE GERIATRIA. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 63, n. 11, p. 2227-2246, nov. 2015. Disponível em: https://www.sigot.org/allegato_docs/1057_Beers-Criteria.pdf. Acesso em: 20 ago. 2020.

SOUZA, P.M., KUSANO, L.T.E., SANTOS, N.L.L. Prevalência da polifarmácia quantitativa e qualitativa em idosos com demência de Alzheimer. **Geriatr Gerontol Aging.**, v. 12, n. 3, p. 143-147, 2018. Disponível em: <http://ggaging.com/details/479/en-US>. Acesso em: 04 jul. 2020.

114

TROMBIM, L.B., *et al.* Incidence of polypharmacy in Alzheimer's disease elderly patients from Guarapuava City (Paraná, Brazil). **African Journal of Pharmacy and Pharmacology.**, v. 10, n. 17, p. 364-369, 2016. Disponível em: <https://academicjournals.org/journal/AJPP/article-abstract/0C96E9E58409>. Acesso em: 10 ago. 2020.