

Vulnerabilidade clínico-funcional de idosos em polifarmácia segundo os critérios de Beers

Clinical-functional vulnerability of de elderly in polypharmacy according to Beers criteria

Vulnerabilidad clínico-funcional del anciano em polifarmacia según critérios Beers

Andressa Mara Souza¹, Bruna Rodrigues Nunes Santos¹, Clarisse Louisie Chaves Silva Oliveira¹, Eduarda Araújo Ribeiro¹, Lilian da Consolação Nogueira¹, Maristela Márcia Meneghin¹, Tânia Maria Gonçalves Quintão Santana¹.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a vulnerabilidade clínico-funcional na cardiogeriatría prezando a implicação da polifarmácia segundo o Critério de Beers na funcionalidade do paciente idoso. **Métodos:** Estudo quantitativo, de corte transversal, realizado com a aplicação do questionário "Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20)" a ser respondido por pacientes cardiogeríátricos em uso de quatro ou mais medicamentos simultâneos. **Resultados:** 30% dos participantes cardiogeríátricos em uso de polifarmácia segundo o Critério de Beers são robustos perante o IVCF-20, 42% são moderados e 28% são de alta vulnerabilidade. Sendo que 40,58% dos participantes entre 60 e 75 anos são robustos, 42,86% dos participantes entre 75 e 84 anos têm vulnerabilidade clínico-funcional moderada e 83% dos participantes com 85 anos ou mais têm alta vulnerabilidade. O presente estudo mostrou também que a comparação entre os IVCF dos participantes provenientes de assistências médicas públicas ou privadas não foi relevante ($p < 0,05$), assim como sexo feminino e masculino. **Conclusão:** O Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 é um método de avaliação multidimensional de rápida e fácil aplicação que permite identificar os principais fatores que levam à fragilização da pessoa idosa, sendo que, o Critério de Beers contribui para essa redução de danos na funcionalidade da população cardiogeríátrica, através da polifarmácia apropriada.

Palavras-chave: Polifarmácia, Cardiogeriatría, Polifarmácia funcional, Polifarmácia aplicada.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the clinical and functional vulnerability in cardiogeriatrics by valuing the implication of polypharmacy as the Beers Criterion in the functionality of the elderly patient. **Methods:** Quantitative cross-sectional study conducted with the application of the questionnaire "Clinical-Functional Vulnerability Index 20 (IVCF-20)" to be answered by cardiogeriatric patients using four or more simultaneous medications. **Results:** 30% of cardiogeriatric participants using polypharmacy according to Beer's criterion are robust compared to ivcf-20, 42% are moderate and 28% are of high vulnerability. Since 40.58% of participants between 60 and 75 years of age are robust, 42.86% of participants between 75 and 84 years of age have moderate clinical and functional vulnerability and 83% of participants aged 85 years or older have high vulnerability. The present study also showed that the comparison between the IVCF of participants from public or private medical care was not relevant ($p < 0.05$), as well as female and male. **Conclusion:** The Functional Clinical Vulnerability Index-20 is a multidimensional evaluation method of quick and easy application that allows identifying the main factors that lead to the fragility of the elderly, and the Beers Criterion contributes to this reduction of damage in the functionality of the cardiogeriatric population, through the appropriate polypharmacy.

Keywords: Polypharmacy, Cardiogeriatrics, Functional polypharmacy, Applied polypharmacy.

¹ Faculdade de Medicina de Barbacena (FUNJOB), Barbacena - MG.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la vulnerabilidad clínica y funcional en cardiogeriatría valorando la implicación de la polifarmacia como Criterio de Beers en la funcionalidad del paciente anciano. **Métodos:** Estudio cuantitativo transversal realizado con la aplicación del cuestionario "Clinical-Functional Vulnerability Index 20 (IVCF-20)" para ser respondido por pacientes cardiogerítricos utilizando cuatro o más medicamentos simultáneos. **Resultados:** El 30% de los participantes cardiogerítricos que utilizan polifarmacia según el criterio de Beers son robustos en comparación con ivcf-20, el 42% son moderados y el 28% son de alta vulnerabilidad. Dado que el 40,58% de los participantes entre 60 y 75 años de edad son robustos, el 42,86% de los participantes entre 75 y 84 años de edad tienen vulnerabilidad clínica y funcional moderada y el 83% de los participantes de 85 años o más tienen una vulnerabilidad alta. El presente estudio también mostró que la comparación entre el IVCF de los participantes de la atención médica pública o privada no fue relevante ($p < 0,05$), así como de mujeres y hombres. **Conclusión:** El Índice de Vulnerabilidad Clínica Funcional-20 es un método de evaluación multidimensional de rápida y fácil aplicación que permite identificar los principales factores que conducen a la fragilidad de los ancianos, y el Criterio de Beers contribuye a esta reducción del daño en la funcionalidad de la población cardiogerítrica, a través de la polifarmacia adecuada.

Palabras clave: Polifarmacia, Cardiogeriatría, Polifarmacia funcional, Polifarmacia aplicada.

INTRODUÇÃO

O uso de medicamentos é um tema relevante a ser considerado na atenção à saúde do idoso em razão da conjectura do elevado perfil de consumo. Os idosos se tornam mais vulneráveis a uma maior utilização simultânea de múltiplos medicamentos devido à complexidade das disfunções clínicas na gerontologia, à necessidade de variados agentes terapêuticos e aos desajustes dinâmicos e fisiológicos inerentes ao envelhecimento (CÂNDIDO RCF, 2018; NASCIMENTO MMG, et al., 2018; SILVA ACA, et al., 2019). No entanto, apesar da fisiologia do envelhecimento se apresentar por alterações estruturais e funcionais da própria senescência, envelhecer não deve ser descrito como sinônimo de doença, multicomorbidades e polifarmácia (ARAÚJO F, 2021).

A utilização cautelosa e criteriosa do uso de medicamentos, além da orientação adequada, são alguns dos elementos essenciais no processo de evitar danos causados pela polifarmácia e na manutenção da capacidade funcional do idoso (TORRES AP, et al., 2017; SALES AS, et al., 2014). A incidência de reações não intencionais pode aparecer em qualquer faixa etária, mas aumenta proporcionalmente com a idade (RUSCIN JM e LINNEBUR SA, 2018). Desse modo, os Critérios de Beers, da Sociedade Americana de Geriatria, recomendam o que se deve evitar nas prescrições e consideram que um medicamento pode ser inapropriado por três ordens de razões: utilizado sem necessidade; usado erradamente; ou por omissão de um medicamento que o doente necessite (ALVES NMC, et al., 2018; PEREIRA KG, et al., 2017). Tal critério referencial, também, 5 fatores, sendo eles medicamentos que podem ser impróprios para a maioria dos pacientes idosos; outros que, quando possível, devem ser evitados em certos casos; e ainda, medicamentos para serem usados com devida precaução; além das interações dos medicamentos; e, por fim, avaliação da função renal para melhor ajuste da dose da droga (COMELATO C e SERRANO PG, 2019).

Ainda assim, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), considera-se que metade dos pacientes, a nível mundial, não utiliza de forma correta os medicamentos receitados e/ou pratica a automedicação, e que mais da metade dos fármacos prescritos, dispensados ou vendidos, são aplicados de forma errônea (RUSCIN JM e LINNEBUR SA, 2018; NASCIMENTO RCRM, et al., 2017; STEFANO ICA, et al., 2017). O controle da utilização de diversos medicamentos no tratamento dos pacientes idosos deve estar associado ao fomento do uso racional e seguro para se oferecer mais benefícios do que malefícios (FEDOCE AG, et al., 2021). Ademais, a prescrição para o idoso, deve-se considerar certas dificuldades como o custeio do tratamento e/ou sobre uma boa adesão da manutenção terapêutica, além das particularidades farmacocinéticas e farmacodinâmicas dos medicamentos (MAINARDES VC, et al., 2022).

Apesar das pessoas mais velhas serem grandes consumidores de analgésicos pertencentes à classe AINES (anti-inflamatórios não esteroides), os fármacos mais utilizados entre os idosos são aqueles usados para as doenças cardiovasculares, para o sistema gastrointestinal, antidiabéticos ou hipoglicemiantes e ansiolíticos. Cabe ressaltar ainda que estes que atuam no sistema circulatório humano representam quase metade das prescrições (TORRES AP, et al., 2017; STEFANO ICA, et al., 2017).

Desse modo, o idoso, normalmente, é atendido por diversos especialistas e, conseqüentemente, possui diferentes prescrições resultando na polifarmácia (NASCIMENTO RCRM, et al., 2017). Nesse sentido, os profissionais devem se preocupar em analisar os efeitos antagonistas ocasionados pelas interações medicamentosas, e considerar avaliar as limitações decorrentes da senescência (CONASS, 2017). Assim, essa atenção integrada evita uma cascata iatrogênica, prejuízos na funcionalidade, hospitalizações e até mesmo óbito, sendo que o diagnóstico de complicações medicamentosas normalmente é complexo, pois os sintomas podem ser inespecíficos (PEREIRA KG, et al., 2017).

Devido ao potencial de danos associados ao uso de medicamentos, a polifarmácia foi um dos temas prioritários do 3º Desafio Global de Segurança do Paciente da OMS, em 2017, que buscou garantir o uso seguro de medicamentos e assegurar a eficiência nos sistemas de saúde no processo de medicação, de modo que os benefícios sejam sempre superados pelos riscos (SOARES DB, et al., 2018).

Além disso, O Ministério da Saúde realizou, em 2019, o VII Congresso Brasileiro, organizado pelo Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos (CNPURM), onde foi abordado o tema “Uso Racional de Medicamentos”, que teve como finalidade a elaboração de diretrizes e estratégias para a promoção do uso adequado de medicamentos pela população (AQUINO V, et al., 2019). Nesse ponto, o papel fundamental dessa administração apropriada de polimedicamentos é preservar a qualidade de vida do idoso com multimorbidades para garantir a manutenção do idoso ativo na comunidade, tanto no aspecto social, quanto no aspecto econômico (AQUINO V, et al., 2019; ROMSKAUG R, et al., 2020).

Sendo assim, a educação permanente realizada nos atendimentos, oferecida pelo médico ao seu paciente e a reavaliação terapêutica presente são consideradas fatores importantes para se ter uma boa relação-custo, o que contribui também, para uma melhor adesão no tratamento, além de resguardar uma boa relação médico-paciente e a conservar uma equipe multidisciplinar adequada (MAINARDES VC, et al., 2022; BARBOSA MPS, et al., 2019). Portanto, classificar a funcionalidade por meio do questionário de vulnerabilidade possibilita o estudo do efeito da polifarmácia relacionada ao declínio funcional nesse grupo de pacientes, o que poderá ser usado para futuras intervenções e redução eficaz de problemas relacionados.

Destarte, uma polifarmácia apropriada na cardiogeriatría influencia na funcionalidade do paciente idoso, determina intervenções eficazes e reduz os problemas relacionados aos medicamentos em pessoas idosas, visto que é uma condição cada vez mais comum, especialmente com o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, com o aparecimento e a prevalência de doenças crônicas (RODRIGUES AP e LOPES KFAL, 2019; MOLOKHIA M, et al., 2017). Desse modo, o objetivo do presente trabalho foi avaliar a vulnerabilidade de pacientes cardiogeriatrícos em uso de polifarmácia conforme recomendado pelos Critérios de Beers.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal que avaliou pacientes idosos, cardiopatas e em uso da polifarmácia que foram recrutados em serviços de atendimento à saúde em uma cidade do estado de Minas Gerais. A coleta de dados foi realizada entre julho 2021 e março de 2022.

Foram incluídos pacientes idosos, segundo o Estatuto do Idoso, a partir dos 60 anos, de ambos os gêneros, diagnosticados com doença cardiovascular e em uso de cinco ou mais medicamentos simultâneos. Foram excluídos os pacientes que não concordaram em participar do estudo, pacientes com déficit cognitivo e aqueles que não preenchiam os critérios de inclusão.

O atual estudo avaliou a capacidade funcional do idoso através do questionário simples, válido, confiável, de rápida aplicação e de caráter multidimensional, que avalia as funcionalidades do idoso: o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20) (MARQUES JD, et al., 2020). Este, apresenta considerável correlação com a Avaliação Multidimensional do Idoso, alto grau de sensibilidade e considerável especificidade para identificação dos idosos de risco, além de, permitir uma estruturação e direcionamento da consulta especializada, e indicação de intervenções interdisciplinares para melhorar a autonomia e a independência do idoso, prevenindo o declínio funcional, institucionalização e óbito.

As perguntas referem-se a situações comuns do cotidiano e foram respondidas pelo próprio idoso ou por um familiar, sendo que essas questões conferem autonomia ao participante para que ele também possa apontar seus problemas. O questionário possui um total de 20 perguntas e inclui assuntos sobre sua própria percepção da saúde, capacidade para realizar atividades de vida diárias, humor, memória, órgãos dos sentidos como visão e audição, capacidade aeróbica e muscular, continência dos esfíncteres e de marcha. No final, a pontuação das respostas é classificada pelo grau de risco do idoso, sendo a pontuação máxima de 40 pontos. Assim, até 6 o idoso é visto como robusto; de 7 a 14 tem média vulnerabilidade; e a partir de 15 pontos, tem grande vulnerabilidade, necessitando de um profissional especializado e avaliação imediata.

Na análise de resultados as informações relativas às características clínico funcionais de todos os pacientes cardiogeriatras, juntamente com o uso da polifarmácia apropriada e a funcionalidade foram coletados e inseridos em um banco de dados dedicado anônimo, tabulados com o auxílio do software Excel que possibilita o manejo de dados e a integralidade das informações coletadas. Essa análise dos resultados foi feita por meio da estatística descritiva.

Todos os dados dos questionários usados foram reescritos para uma planilha eletrônica e processados em um software estatístico STATA v. 9.2, preservando o nome e os dados pessoais dos participantes. A partir disso, as tabelas de frequências absoluta e relativa do tipo linhas por colunas foram produzidas, além de calculadas medidas de tendência central, posição e dispersão das variáveis quantitativas. A existência de relação entre as variáveis foi definida por teste de qui quadrado conforme indicação, sendo consideradas significativas as diferenças com valor de p menor ou igual a 0.05.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina de Barbacena enviado através da Plataforma Brasil sob o número 48734621.4.0000.8307.

RESULTADOS

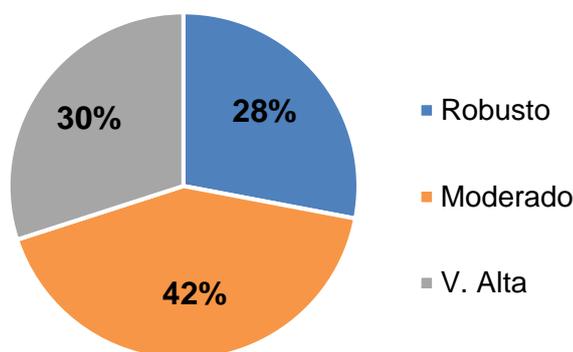
Foram abordados 400 pacientes de ambos os sexos, em um delineamento amostral homogêneo e não aleatório, dos quais 110 cumpriam o critério de inclusão e foram inseridos na pesquisa. As características dos participantes estão resumidas na Tabela 1.

O estudo foi realizado por meio do questionário IVCF-20, com pacientes de idade acima de 60 anos, cardiopatas e em uso de polifarmácia seguindo os Critérios de Beers, segundo relato da médica responsável pela assistência desses. Destes pacientes, 62,73% possuíam idade entre 60 e 75 anos; 31,82% com idade entre 75 e 85 anos e 5,45% com idade acima de 85 anos.

O critério de exclusão de amostras fez referência a pacientes com menos de 60 anos, que fazem uso de menos de 5 medicamentos diários, que apresentam dificuldades, comprometimentos ou patologias que impossibilitam a sua participação na pesquisa, como pacientes com declínio funcional estabelecido.

Os participantes foram classificados de acordo com o grau de vulnerabilidade, apresentado pela pontuação do questionário respondido, nos quais 28% dos idosos foram considerados como robustos; 42% apresentaram vulnerabilidade moderada; e 30% foram vistos com alta vulnerabilidade. A população do estudo, descrita na imagem, envolve idade, sexo masculino/feminino, e convênio SUS/particular, resultando na classificação especificada pela pontuação de acordo com o questionário IVCF-20. O resultado referente a esses percentuais está indicado na **Figura 1**.

Figura 1 - Índice de vulnerabilidade clínico-funcional de idosos de acordo com pesquisa realizada entre julho 2021 e fevereiro de 2022 por meio do questionário IVCF-20.



Legenda: V- Vulnerabilidade.

Fonte: Santos BRN, et al., 2022.

Na presente pesquisa, ainda é possível verificar que a maioria dos participantes se tratam de idosos entre 60-75 anos (62,73%), não tendo grande diferença entre os sexos e sendo sua maioria advindos do convênio particular (69,09%) não especificado na pesquisa. O convênio (SUS x particular) dos participantes não se mostrou relevante, com $p > 0,05$; sendo que 69% fizeram uso de convênio particular e apenas 31% fizeram uso do SUS. Gênero feminino e gênero masculino também se mostraram com $p > 0,05$, não demonstrando influência nos resultados, sendo aproximadamente 48% do sexo feminino e 52% do sexo masculino. Os resultados referentes a essa distribuição entre idade, gênero e convênio dos voluntários estão representados na **Tabela 1**.

Tabela 1 - Relação de idade, gênero e convênio entre participantes do estudo e sua relação com sua vulnerabilidade clínico-funcional.

Critérios	População	(%)
Idade		
60 a 75	69	62,73
75 a 84	35	31,82
≥ 85	6	5,45
Gênero		
Masculino	57	51,82
Feminino	53	48,18
Convênio		
SUS	34	30,91
Particular	76	69,09

Legenda: SUS – Sistema Único de Saúde. **Fonte:** Santos BRN, et al., 2022.

Com relação as respostas do questionário IVCF-20, respondido por esses participantes, a tabela em questão faz referência a divisão de declínio clínico-funcional dos voluntários, de acordo com os resultados obtidos por meio da pesquisa (robusto, vulnerabilidade moderada ou alta). Como resultados majoritários, temos que os voluntários se tratam de pacientes idosos de menor idade, com auto percepção da saúde excelente, muito boa ou boa. Os pesquisados também relatam que não deixaram de ter autonomia em certos afazeres, porém sendo necessário ajuda de terceiros em outros, principalmente devido ao esquecimento seguido de piora do quadro nos últimos meses e, ainda, devido a algumas incapacidades musculares e/ou outras limitações físicas funcionais ou orgânicas, como quedas, problemas nos órgãos dos sentidos e perdas fisiológicas sem querer, o que os impede de realização de atividades do cotidiano e caminhadas. Além disso, sentimentos de desânimo, tristeza ou desesperança ficaram bem divididos, mas com maior perda de prazer ou de interesse. Todos os voluntários estão em uso de polifarmácia e a maioria nega internação recente. Os resultados detalhados do questionário estão representados na **Tabela 2**.

Tabela 2 - Divisão de declínio clínico-funcional dos voluntários.

Variáveis	Vulnerabilidade			Total (%)	P
	Robusto (%)	Moderada (%)	Alta (%)		
1- Idade					
60 a 75	28 (40,58)	30 (43,48)	11 (15,94)	62,73	0,001
75 a 84	3 (8,57)	15 (42,86)	17 (48,57)	31,82	
≥ 85	0 (0,0)	1 (16,67)	5 (83,33)	5,45	
2- Auto-percepção da saúde					
Excelente, muito boa ou boa	28 (40,0)	28 (40,0)	14 (20,0)	63,64	0,001
Regular ou ruim	3 (7,5)	18 (45,0)	19 (47,5)	36,36	
3- Deixou de fazer compras					
Sim	0 (0,0)	7 (23,33)	23 (76,67)	27,27	0,001
Não	31 (37,97)	39 (49,37)	10 (12,66)	71,82	
4- Deixou de controlar seus gastos					
Sim	0 (0,0)	1 (7,14)	13 (92,86)	12,73	0,001
Não	31 (32,29)	45 (46,88)	20 (20,82)	87,27	
5- Deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos					
Sim	0 (0,0)	7 (22,58)	24 (77,42)	28,18	0,001
Não	31 (39,24)	39 (49,37)	9 (11,39)	71,82	
6- Deixou de tomar banho sozinho					
Sim	31 (30,69)	45(44,55)	25 (24,75)	91,82	0,001
Não	0 (0,0)	1 (11,11)	8 (88,89)	8,18	
7- Esquecimento					
Sim	29 (36,71)	35 (44,30)	15 (18,99)	71,82	0,001
Não	2 (6,45)	11 (35,48)	18 (58,06)	28,18	
8- Piora no esquecimento nos últimos meses					
Sim	31 (29,25)	45 (42,45)	30 (28,30)	96,36	0,119
Não	0 (0,0)	1 (25,0)	3 (75,0)	3,64	
9- Impedimento no cotidiano pelo esquecimento					
Sim	31 (31,0)	46 (46,0)	23 (23,0)	90,91	0,001
Não	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	9,09	
10- Desânimo, tristeza ou desesperança					
Sim	27 (48,21)	21 (37,5)	8 (14,29)	50,91	0,001
Não	4 (7,41)	25 (46,3)	25 (46,3)	49,09	
11- Perda do prazer ou interesse					
Sim	30 (35,71)	37 (44,05)	17(20,24)	76,36	0,001
Não	1 (3,85)	9 (34,62)	16 (61,54)	23,64	

Variáveis	Vulnerabilidade			Total (%)	P
	Robusto (%)	Moderada (%)	Alta (%)		
12- Possui incapacidade de elevar os braços acima do ombro					
Sim	31 (31,63)	42 (42,86)	25 (25,51)	89,09	0,007
Não	0 (0,0)	4 (33,33)	8 (66,67)	10,91	
13- Possui incapacidade de manusear pequenos objetos					
Sim	31 (31,31)	43 (43,43)	25 (25,25)	90	0,003
Não	0 (0,0)	3 (27,27)	8 (72,73)	10	
14- Possui incapacidade aeróbica e/ou muscular					
Sim	31 (35,23)	36 (40,91)	21 (23,86)	80	0,001
Não	0 (0,0)	10 (45,45)	12 (54,55)	20	
15- Possui dificuldade para caminhar					
Sim	27 (39,71)	33 (48,53)	8 (11,76)	61,82	0,001
Não	4 (9,52)	13 (30,95)	25 (59,52)	38,18	
16- Teve 2 ou mais quedas no último ano					
Sim	31 (33,33)	35 (37,63)	27 (29,03)	84,55	0,015
Não	0 (0,0)	11 (64,71)	6 (35,29)	15,45	
17- Perde urina ou fezes sem querer					
Sim	31 (32,98)	41 (43,62)	22 (23,4)	85,45	0,001
Não	0 (0,0)	5 (31,25)	11 (68,75)	14,55	
18- Problema de visão					
Sim	30 (38,46)	34 (43,59)	14 (17,95)	70,91	0,001
Não	1 (3,13)	12 (37,5)	19 (59,38)	29,09	
19- Problema de audição					
Sim	31 (35,23)	41 (46,59)	16 (18,18)	80	0,001
Não	0 (0,0)	5 (22,73)	17 (77,27)	20	
20.1- Polipatologia					
Sim	4 (16,67)	9 (37,5)	11 (45,83)	21,82	0,126
Não	27 (31,4)	37 (43,02)	22 (25,58)	78,18	
20.2- Polifarmácia					
Sim	31 (28,44)	46 (42,20)	33 (29,36)	100	0,308
Não	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	
20.3- Internação recente					
Sim	13 (30,23)	18 (41,86)	12 (27,91)	39,09	0,901
Não	18 (26,87)	28 (41,79)	21 (31,34)	60,91	

Fonte: Santos BRN, et al., 2022.

DISCUSSÃO

O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20) permite uma avaliação ampla dos elementos contribuintes para o declínio funcional dos idosos. Deve-se compreender o processo de envelhecimento de acordo com sua relação com vulnerabilidade clínico-funcional, isto é, de acordo com a maior suscetibilidade ao declínio funcional, o qual abarca alterações no organismo que interagem com aspectos da funcionalidade, como cognição, locomoção e comunicação. Portanto, a vulnerabilidade clínica-funcional impacta diretamente na execução de atividades diárias do idoso, bem como em sua autonomia e liberdade (FREITAS FFQ e SOARES SM, 2019).

A elevada prevalência concomitante de doenças crônicas não transmissíveis, a existência de comorbidades e sequelas e a assistência por diversos especialistas predispõem a população idosa a um uso significativo e simultâneo de medicamentos, levando a um panorama propício para a utilização de medicamentos potencialmente inapropriados (MPIs) e a um limiar entre os riscos e benefícios do uso da atuação de fármacos (DE OLIVEIRA HSB, et al., 2017). Além disso, a baixa incidência de idosos nos grupos de pesquisas farmacológicas se mostra como um fator limitante à escolha criteriosa de medicamentos para essa população, visto que não é bem elucidado como essas drogas se comportam e como interagem entre si no organismo idoso (MUNIZ TR, et al., 2021).

A alterações orgânicas inerentes à senescência tornam a absorção dos fármacos irregular e inesperada, modificam a distribuição corporal das drogas hidrossolúveis e lipossolúveis, alteram a biotransformação hepática e a excreção renal (MUNIZ TR, et al., 2021). Dessa forma, as alterações fisiológicas do organismo idoso que interferem na farmacocinética e na farmacodinâmicas combinadas ao uso simultâneo de diferentes fármacos são propícias à interações medicamentosas e ao risco de efeitos colaterais, malefícios esses que contribuem para o declínio funcional do idoso (DE RESENDE ACGD, et al., 2017).

Tem-se, ainda, a cascata da prescrição, na qual os efeitos adversos dos fármacos e de suas interações medicamentosas são tidos como uma nova doença, a qual é tratada com a prescrição adicional de um medicamento (MUNIZ TR, et al., 2021). Os Critérios de Beers AGS 2019 objetivam, portanto, minimizar os danos da prescrição excessiva de medicamentos, garantindo que os fármacos administrados tenham efeito benéfico, isto é, diminuindo o índice de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso (GONTIJO APS, et al., 2022).

Ademais, o processo de envelhecimento conta também com as influências multidisciplinares que podem levar à vulnerabilidade clínico-funcional, além dos processos orgânicos e/ou biológicos e as alterações socioambientais, as quais se mostram impactantes no bem-estar geral do idoso. E ainda, a restrição física de indivíduos hospitalizados, a transferência de ambiente para Instituições de longa permanência para idosos, a distância familiar e a perda de independência causam desordens psicológicas que podem levar a comprometimento cognitivo e funcional do idoso (MUNIZ TR, et al., 2021).

O presente estudo observou que 30% dos participantes cardiogeriátricos em uso de polifarmácia segundo o critério de Beers são robustos perante o IVCF-20, 42% são moderados e 28% são de alta vulnerabilidade. Sendo que 40,58% dos participantes entre 60 e 75 anos são robustos, 42,86% dos participantes entre 75 e 84 anos têm vulnerabilidade clínico-funcional moderada e 83% dos participantes com 85 anos ou mais têm alta vulnerabilidade. Isso evidencia como a adequação aos Critérios de Beers não é capaz de compensar a influência das alterações nos determinantes biológicos, físicos, cognitivos e psíquicos, decorrentes do envelhecimento, no índice de vulnerabilidade clínico-funcional, porém, não pode ser descartada a influência da adequação aos critérios para manutenção dessa vulnerabilidade ainda que de forma moderada. Ou seja, o uso de uma polifarmácia aplicada aos critérios auxilia na estabilização do declínio funcional inerente ao envelhecimento, mas não é capaz de revertê-lo.

Esse estudo mostrou também que a comparação entre os IVCF dos participantes provenientes de assistências médicas públicas ou privadas não foi relevante ($p < 0,05$). Demonstra-se, com isso, uma equidade em relação ao atendimento adequado e à possibilidade de uma prescrição criteriosa de medicamentos nos diferentes modelos de assistência. E, ainda, em relação ao gênero, não houve predomínio de nenhum de

ambos os sexos em relação a maior fragilidade da vulnerabilidade, não tendo relação significativa na pesquisa ($p < 0,05$).

Um envelhecimento sadio representa uma maior dependência e demanda por serviços de saúde e um maior suporte social (FEDOCE AG, et al., 2021). E, quando atrelada a processos patológicos descompensados, essa demanda fica ainda mais significativa e difícil de ser administrada pelos serviços de saúde, por isso, o rastreamento efetivo do índice de vulnerabilidade dos indivíduos idosos deve ser realizado, com intuito de prevenir futuras complicações e intervir precocemente nos prejuízos identificados, otimizando a assistência à saúde desses indivíduos. Para isso, o questionário aplicado apresentou expressiva relevância, sendo um bom instrumento de triagem em idosos vulneráveis, reconhecendo um idoso frágil adequadamente, por meio de critérios validados, e sugerindo a necessidade de avaliação multidisciplinar (MARQUES JD, et al., 2020).

O presente estudo apresenta algumas limitações, como a escolha de um delineamento transversal, sendo necessário cautela no estabelecimento de uma relação causa-efeito, pois os dados sobre a prática da polifarmácia e as variáveis independentes foram adquiridos ao mesmo tempo, não sendo possível excluir os efeitos naturais do processo de envelhecimento; bem como, não se pode descartar a influência do viés de memória e no tempo de tratamento, que podem subestimar ou superestimar os dados coletados – devendo considerar, na interpretação dos resultados, contudo, para minimizar esse viés, os entrevistadores realizaram algumas perguntas de ação orientada, para que o paciente pudesse demonstrar a efetividade da resposta.

CONCLUSÃO

O idoso frágil é a grande preocupação do campo cardiogeriátrico, pois já apresenta um declínio da funcionalidade estabelecido. O Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 possui qualidades satisfatórias na avaliação inicial dessa suscetibilidade da população idosa, sendo um instrumento válido e consistente que permite identificar os principais fatores para se considerar o idoso como fragilizado ou sob risco de fragilização. As variáveis correlacionadas com o critério clínico da funcionalidade se associam intimamente com a limitação na realização das atividades de vida diária e, também, com a presença de polipatias, sendo esses os fatores predisponentes apresentados na redução da vulnerabilidade dos idosos. Assim, um reconhecimento precoce do decaimento funcional do paciente pode auxiliar na formulação de intervenções individualizadas e centradas nas especificidades de cada um, permitindo delinear estratégias visando melhorar o atendimento da população vulnerável, contribuindo para a manutenção de um estado mental saudável como apresentado. Sendo assim, uma adequada orientação dos profissionais da saúde e o uso de delineamentos, como o Critério de Beers, contribui para essa redução de danos na funcionalidade da pessoa idosa, através da polifarmácia apropriada.

REFERÊNCIAS

1. ALVES NMC, DE CEBALLOS AGC. Polifarmácia em idosos do programa universidade aberta à terceira idade. *Journal of Health & Biological Sciences*, 2018; 6(4): 412-418.
2. AQUINO V. Congresso debate desafios para uso racional de medicamentos Agência Saúde/Ministério da Saúde - Brasil, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/congresso-debate-uso-razional-de-medicamentos>. Acessado em: 1 de outubro de 2020.
3. ARAÚJO F, et al. A fragilidade no contexto da saúde. *Autocuidado: Um Foco Cen da Enfer*, 2021; 27-42.
4. BARBOSA MPS. Multimorbidade, polifarmácia e autopercepção da saúde de idosos longevos. 2019. 54 f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Gerontologia) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2019; 55p.
5. CÂNDIDO RCF. Desprescrição – reduzindo a polifarmácia e prevenindo erros de medicação. Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos (ISMP Brasil), Belo Horizonte-MG, 2018. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/noticia/desprescricao-reduzindo-a-polifarmacia-e-prevenindo-erros-de-medicacao/>. Acessado em: 1 de março de 2021.
6. CHACHAMOVICH E. Qualidade de vida em idosos desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-BREF em uma população idosa brasileira. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Psiquiatria) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005; 154p.

7. COMELATO C e SERRANO PG. Atualização dos critérios de Beers AGS 2019, para medicações potencialmente inapropriadas em idosos. São Paulo (SP): HCFMUSP, 2019. Disponível em: <https://www.sbgg-sp.com.br/atualizacao-dos-criterios-de-beers-ags-2019-para-medicacoes-potencialmente-inapropriadas-em-idosos/>. Acessado em: 1 de novembro de 2020.
8. CONASS. OMS lança esforço global para reduzir pela metade os erros relacionados à medicação em cinco anos. 2017. Disponível em: <https://www.conass.org.br/oms-lanca-esforco-global-para-reduzir-pela-metade-os-erros-relacionados-medicacao-em-cinco-anos/>. Acessado em: 1 de outubro de 2020.
9. DE RESENDE ACGD, et al. Avaliação do uso de medicamentos em idosos de acordo com o critério de Beers. Rev Med Minas Gerais, 2017; 27(1): 30-36.
10. DE OLIVEIRA HSB, et al. Utilização dos critérios de Beers para avaliação das prescrições em idosos portadores de doenças crônicas vinculados a um plano de saúde. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, 2017; 14(3).
11. FEDOCE AG, et al. Análise do perfil medicamentoso de idosos polimedicados no município de Sinop - MT. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2021; 13(2): e5863.
12. FREITAS FFQ, SOARES SM. Índice de vulnerabilidade clínico-funcional e as dimensões da funcionalidade em idosos. Rev Rene, 2019; 20: e39746.
13. GONTIJO APS, et al. Declínio cognitivo e uso de medicamentos na população de idosos institucionalizados de uma cidade do interior de Minas Gerais, Brasil. Cadernos Saú Coletiva, 2022; 30(2).
14. MAINARDES VC, et al. A polifarmácia em idosos de uma instituição de longa permanência. Revista Valore, 2021; 7: e-7027.
15. MARQUES JD, et al. Análise do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 dos idosos usuários do sistema único de saúde. Rev. Soc. Bras. Clín. Méd, 2020; 206-213.
16. MOLOKHIA M, et al. Perspectivas atuais e futuras sobre o manejo da polifarmácia. Family Practice, 2017; 18(1): 1-9.
17. MUNIZ TR, et al. Fatores associados e prevalência de medicamentos prescritos para idosos institucionalizados do extremo norte do Brasil. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2021; 13(5): e7110.
18. NASCIMENTO MMG, et al. Polifarmácia: Quando muito é demais? Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP Brasil), 2018; 7: 3. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/12/BOLETIM-ISMP-NOVEMBRO.pdf>. Acessado em: 1 de outubro de 2020.
19. NASCIMENTO RCRM, et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Revista de Saúde Pública, 2017; 51.
20. NEVES JMS, et al. Consequências da polifarmácia em pacientes idosos hipertensos: uma revisão. Campina Grande, 2019; 20.
21. PEREIRA KG, et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2017; 20: 335-344.
22. RANKIN A, et al. Intervenções para melhorar o uso adequado da polifarmácia para idosos. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018; 9.
23. RODRIGUES AP e LOPES KFAL. Redução de danos em idosos devido a polifarmácia: uma proposta de intervenção. UFPI/UNA – SUS, 2019. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/15409/1/ANDREIA%20PEREIRA%201.pdf>. Acessado em: 1 de outubro de 2020.
24. RODRIGUES GF, et al. Riscos associados ao uso de fármacos psicoativos na população idosa. Revista Eletrônica Acervo Científico, 2021; 37: e8826.
25. RÔLA CVS, et al. Instrumentos de avaliação da qualidade de vida de pessoas jovens e idosas: um estudo de revisão sistemática. Revista de psicologia, 2018; 12(42): 111-120.
26. ROMSKAUG R, et al. Efeito de Avaliações Geriátricas Clínicas e Revisões de Medicamentos Colaborativos por Geriatra e Médico de Família para melhorar a qualidade devida relacionada à saúde em pacientes idosos que recebem polifarmácia: Um ensaio clínico randomizado de cluster. JAMA internal medicine, 2020; 180(2): 181-189.
27. RUSCIN JM e LINNEBUR SA. Medicamentos e envelhecimento. Merck & Co, Inc., Rahway, NJ, EUA, 2018. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/quest%C3%B5es-sobre-a-sa%C3%BAde-de-pessoas-idosas/medicamentos-e-envelhecimento/medicamentos-e-envelhecimento>. Acessado em: 2 de novembro de 2020.
28. SALES AS, et al. Perfil farmacoterapêutico e fatores associados à polifarmácia entre idosos de Aiquara, Bahia, em 2014. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2017; 26: 121-132.
29. SERRA J. PORTARIA Nº 3.916, DE 30 DE OUTUBRO DE 1998. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acessado em: 10 de outubro de 2020.
30. SILVA ACA, et al. Assistência farmacêutica em casos de polifarmácia entre a população idosa. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2019; Vol. Sup. 28: e999.

31. SOARES DB, et al. Desafio global de segurança do paciente – medicação sem danos. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP Brasil). Belo Horizonte-MG, 2018; 7(1).
32. STEFANO ICA, et al. Uso de medicamentos por idosos: análise da prescrição, dispensação e utilização em um município de porte médio do estado de São Paulo. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2017; 20: 679-690.
33. TORRES AP, et al. Efetividade de uma intervenção para melhorar a prescrição de medicamentos em pacientes com multimorbidade e polifarmácia: protocolo de estudo de um ensaio clínico randomizado de cluster (projeto Multi-PAP). Implementation Science, Reino Unido, 2017; 12(1): 1-10.
34. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL-OLD). Position paper from the word The World Health Organization, 2005; 41(10): 1403-1049.