

ORIENTAÇÕES NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS ANTI-HIPERTENSIVOS EM IDOSOS

Priscila Carrilho da Silva¹
carrilhopriscila@hotmail.com

Caroline Abrão Dalmáz²
carolabrao@yahoo.com.br

Centro Universitário La Salle, Canoas, RS

RESUMO

O aumento da população idosa vem ocorrendo de forma rápida e progressiva. Colocando o Brasil na sexta posição do ranking mundial. É estimado que 40% a 75% dos idosos, com regimes terapêuticos rotineiros não o cumprem adequadamente. Isso se deve a diferentes fatores, dentre eles a complexidade do regime terapêutico. Os idosos compõem o grupo etário mais medicalizado na sociedade, em relação à quantidade de fármacos utilizados concomitantemente. A hipertensão arterial é uma doença crônica insidiosa, de longa duração e na maior parte do tempo assintomática. Sendo fator de risco para doenças cardiovasculares, configurando importante causa de óbito entre a população idosa. A percepção de melhora com o tratamento pode levar à interrupção do mesmo, portanto, deve ser tratada adequadamente. Neste contexto, o grande desafio dos enfermeiros é contribuir na promoção do uso racional dos medicamentos. A educação dos usuários, a orientação acerca dos riscos da interrupção, troca, substituição ou inclusão de medicamentos sem conhecimento dos profissionais da saúde; e os benefícios do tratamento adequado, podem ajudar a prevenir e minimizar os eventos adversos. O objetivo deste trabalho foi de descrever orientações na administração de medicamentos em idosos, através de uma busca ativa pelos fármacos mais utilizados, analisando a complexidade de regime terapêutico prescrito e através disso, interpretar o mau uso dos mesmos.

Palavras chave: Idosos, Fármacos anti-hipertensivos, Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

The increase in the elderly population has been occurring rapidly and progressively, putting Brazil in the sixth position in the world ranking. It is estimated that 40% to 75% of the elderly, routine treatment regimens do not adequately fulfill. This is due to various factors, including the complexity of the regimen. This age group is most medicalized society, on the amount of drugs used concomitantly. Hypertension is a chronic insidious, long-term and mostly asymptomatic, being a risk factor for cardiovascular diseases, constituting a major cause of death among the elderly. The perception of improvement with treatment can lead to loss of the same therefore must be treated properly. In this context, the challenge for nurses is to contribute in promoting rational use of medicines. User education, guidance about the risks of interruption, return, replacement or addition of medications without the knowledge of health professionals, and the benefits of proper treatment can help prevent and minimize adverse events. The objective of this study was to describe guidelines in administering medications in the elderly, through an active search for the most popular drugs, analyzing the complexity of the prescribed regimen and thereby interpret the bad usage.

Key-words: Seniors, antihypertensive drugs, nursing care.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecer do indivíduo é um processo fisiológico natural, sendo a visão do envelhecimento uma abordagem global do desenvolvimento humano, exigindo da enfermagem um olhar holístico sobre os conhecimentos de cada indivíduo-idoso. O aumento da população idosa vem ocorrendo de forma rápida e progressiva, exigindo que os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, estejam capacitados para atender as especificidades desta etapa da vida, melhorando e qualificando a assistência prestada. (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, destaca-se na população idosa o aumento de pessoas com oitenta anos ou mais, sendo essa a faixa etária de maior crescimento, tanto nos países em desenvolvimento como nos países desenvolvidos. (OPAS, 2005).

Estima-se que em 2020, o Brasil atingirá 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos, o que colocará o Brasil na sexta posição mundial em população idosa (ACURCIO et al, 2009). Este envelhecimento gera aumento por demanda diferenciada de serviços de saúde e de cuidado. A elevada prevalência de doenças crônico-degenerativas é uma de suas consequências, que favorece a exposição dos idosos ao uso de múltiplos medicamentos e a efeitos adversos decorrentes desse uso. (RIBEIRO, 2008).

O envelhecimento populacional tem gerado novas demandas sociais, econômicas, sanitárias e, diante da importância crescente deste segmento, estudos envolvendo a população idosa constituem um tema emergente nas diversas áreas de conhecimento. (VERAS, 2009).

Os idosos chegam a constituir 50% dos multiusuários de medicamentos em decorrência da terapêutica utilizada com o passar dos anos. Esse fato ocorre devido à maior prevalência de doenças crônico-degenerativas nessa faixa etária, tais como: doenças cardiovasculares, respiratórias, neoplasias, diabetes mellitus, distúrbios no trato gastrointestinal e perturbações psicológicas, entre outras. (GALATO, 2010).

É estimado que 40% a 75% dos idosos com regimes terapêuticos rotineiros não o cumprem adequadamente. Isso se deve a diferentes fatores, tais como déficit cognitivo e diminuição da compreensão das instruções, falta de comunicação, aumento das limitações físicas e a complexidade do regime terapêutico. (ACURCIO et al, 2009).

A literatura aponta que o crescente uso da farmacoterapia entre idosos tem provocado o aumento na incidência de problemas relacionados aos medicamentos. (LYRA, 2010). Uma das principais causas para esses problemas está associada à incompreensão das informações verbais fornecidas pelos médicos, o que leva ao uso e conservação inadequados dos seus medicamentos. (SILVA e BARROS, 2007). Segundo a literatura, as bulas representam a principal fonte de informação escrita fornecida aos pacientes em uso contínuo de medicamentos. (FUJITA, 2007).

São inegáveis os benefícios terapêuticos conseguidos com o uso correto dos medicamentos, no entanto, seu elevado consumo entre os idosos pode acarretar riscos à saúde. Os idosos fazem uso, em média, de dois a cinco medicamentos diariamente (LOYOLA, 2008) e são particularmente mais sensíveis aos efeitos adversos, interações medicamentosas e toxicidade. (ROCHA, 2008).

Com o passar dos anos, o corpo humano inicia o processo de envelhecimento, ocorrendo diminuição da massa muscular, da água corporal e ainda do metabolismo hepático; os mecanismos homeostáticos e a capacidade de filtração e de excreção também podem ficar comprometidos (ACURCIO et al, 2009). Em virtude desses fatores fisiológicos, há uma dificuldade de eliminação e de metabolização de drogas, resultando num acúmulo de substâncias tóxicas no organismo e conseqüentemente surgindo efeitos adversos mais intensos. Outra preocupação é que o uso simultâneo de diversos medicamentos pode levar o

paciente a fazer o tratamento de maneira incorreta e conseqüentemente abandono do tratamento (ROZENFELD, 2003).

A polifarmácia pode propiciar o aumento do uso de medicamentos inadequados, induzindo à subutilização de medicamentos essenciais para o adequado controle de condições prevalentes nos idosos. Além disso, se configura em uma barreira para a adesão aos tratamentos, na medida em que torna complexos os esquemas terapêuticos, e possibilita a ocorrência de interações medicamentosas e reações adversas (RIBEIRO, 2008).

O uso simultâneo de medicamentos contribui para o aparecimento de efeitos adversos. Esses efeitos podem ser amenizados com uma prescrição adequada, bem como com ajustes de doses e períodos de tempo determinados no tratamento (GALATO, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que mais de 50% dos medicamentos são prescritos ou dispensados de forma inadequada e que 50% dos pacientes tomam medicamentos de maneira incorreta levando a alto índice de morbidade e mortalidade.

Os idosos compõem o grupo etário mais medicalizado na sociedade (MOSSEGUI, 1999). O aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, entre elas hipertensão arterial e diabetes mellitus (LIMA COSTA, 2008), tem contribuído para o elevado consumo de medicamentos nessa faixa etária. Hipertensão e diabetes são reconhecidos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que configuram importante causa de óbito entre a população idosa (LIMA et. al, 2011) e, portanto, devem ser tratadas adequadamente. (GONTIJO et. al, 2012).

O objetivo deste trabalho foi de descrever orientações na administração de medicamentos em idosos, através de uma busca ativa pelos fármacos mais utilizados, analisando a complexidade de regime terapêutico prescrito, através disso, interpretar o mau uso dos mesmos, descrevendo as principais dificuldades encontradas na sua administração.

2 MÉTODO

O método de investigação consistiu na revisão de literatura. Os unitermos de indexação na busca dos artigos foram: Medicamentos e idosos, Anti-Hipertensivos.

A busca pelas obras deu-se a partir do Sistema Integrado de Bibliotecas (PERGAMUM) da Biblioteca do Centro Universitário Lasalle, da base de dados BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), do Sistema de Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

De posse do material bibliográfico iniciou-se uma fase de leitura exploratória, realçando a tipografia de determinados pontos, seguida de uma leitura analítica dos textos selecionados, com a finalidade de ordenar e sumarizar as informações neles contidas, e após essa leitura compor o presente trabalho, com o objetivo de descrever orientações na administração de medicamentos em idosos.

Descritores: Medicamentos mais usados, administração, idosos.

3 ANTI-HIPERTENSIVOS

Os estudos clínicos dividem os anti-hipertensivos em *drogas de escolha* (diuréticos e betabloqueadores), *drogas alternativas* (inibidores da ECA, antagonistas do receptor de angiotensina II, antagonistas de canais de cálcio e bloqueadores alfa adrenérgicos) e *drogas adjuntas* (agonistas alfa-II da ação central, antagonistas adrenérgicos de ação periférica e vasodilatadores diretos). Tanto as drogas de escolha como as alternativas podem ser usadas isoladamente ou combinadas para o tratamento da hipertensão, mas as adjuntas devem ser usadas apenas em combinação a uma droga de escolha ou alternativa. (CLAYTON e STOCK, 2006).

Neste artigo foi revisado especificamente as *drogas de escolha*.

3.1 Diuréticos

Os diuréticos agem como anti- hipertensivos por causarem depleção de volume, excreção de sódio e vasodilatação das arteríolas periféricas. (CLAYTON; STOCK, 2006).

Segundo Gontijo (et al. 2012), os diuréticos foram os mais prescritos, concordando com as recomendações de diferentes guias, formulários e diretrizes que os consideram a classe anti-hipertensiva mais valiosa para a população idosa. (Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010). Tais fármacos são considerados de primeira linha para o tratamento da hipertensão devido à eficácia em reduzir eventos cardiovasculares, à baixa incidência de eventos adversos, à comodidade posológica e ao baixo custo (PERROTI et.al, 2007).

HIDROCLORITIAZIDA

Indicações clínicas:

Efeito vasodilatador direto sobre as arteríolas periféricas. (CLAYTON; STOCK, 2006).

Efeitos Colaterais Esperados:

Hipotensão Ortostática: Embora incomum e geralmente leve, todos os diuréticos podem causá-la em algum grau, particularmente no início da terapia. (CLAYTON; STOCK, 2006).

Interações Medicamentosas:

Digoxina: Usado em combinação com diuréticos tiazídicos (ex.: hidroclorotiazida) podem causar excreção excessiva de potássio, o que resulta em hipocalemia. Pesquisar cuidadosamente sinais de intoxicação digitálica (anorexia, náuseas, fadiga, visão distorcida, alteração da percepção de cores, bradicardia e arritmias). (SECOLI, 2010).

Corticóides: podem aumentar a perda de potássio. Podendo ocorrer hipocalemia quando as duas drogas forem usadas concomitantemente. (CLAYTON; STOCK, 2006).

AINEs: podem causar redução do efeito hipotensor. (SECOLI, 2010).

Hipoglicemiantes orais, Insulina: Devido aos efeitos hiperglicemiantes do diurético, muitas vezes é necessário ajustar a dose da insulina e dos hipoglicemiantes orais. (CLAYTON; STOCK, 2006).

IECA: Há relato da ocorrência de hipotensão após a primeira dose, quando usada em combinação com diuréticos. (BATLOUNI et al, 2004; SICA et al 2005 e KAPLAN; FLYNN, 2006).

Cuidados de Enfermagem:

- ✓ Instruir o paciente a levantar-se lentamente da posição sentada ou supina. (CLAYTON e STOCK, 2006).
- ✓ Sentar-se ou deitar-se caso apresente sensação de síncope. (CLAYTON; STOCK, 2006).
- ✓ Antecipar o desenvolvimento de hipotensão postural e realizar medidas para prevenir sua ocorrência. (CLAYTON e STOCK, 2006).
- ✓ Não administrar após o meio da tarde, para prevenir noctúria. (CLAYTON; STOCK, 2006).
- ✓ Administrar com os alimentos ou leite, para reduzir a irritação gástrica. (CLAYTON; STOCK 2006).
- ✓ Orientar o paciente para sinais de hipocalemia, tais como fraqueza e câimbras musculares. (SOARES, 2005).
- ✓ Orientar sobre uma dieta rica em potássio (frutas cítricas, tomate, banana). (SOARES, 2005).

- ✓ Ressaltar ao paciente idoso sua suscetibilidade à excessiva eliminação de urina. (SOARES, 2005).
- ✓ Orientar quanto à suplementação de cálcio ou vitamina D, pelo risco de hipercalcemia. (ALMEIDA, 1999).

FUROSEMIDA

Indicações clínicas:

Um dos diuréticos mais potentes e eficazes atualmente disponíveis. A diurese provocada por essa droga resulta numa excreção aumentada de sódio, cloreto, potássio, hidrogênio, cálcio, magnésio, amônio, bicarbonato e, possivelmente, fosfato. (CLAYTON; STOCK, 2006).

Efeitos Colaterais Esperados:

Hipotensão Ortostática: Embora incomum e geralmente leve todos os diuréticos podem causá-la em algum grau, particularmente no início da terapia. (CLAYTON e STOCK, 2006).

Irritação Oral, Boca Seca: (CLAYTON e STOCK, 2006).

Interações Medicamentosas:

Digoxina: Quando ingerida em combinação com a furosemida causa intoxicação digitalica. (SECOLI, 2010).

Propranolol: pode potencializar o seu efeito. Pode ser necessário ajustar a dose. (CLAYTON; STOCK, 2006).

AINEs: Inibem a atividade diurética da furosemida. Podendo ser necessário aumentar a dose do diurético ou interromper o uso dos AINEs. (CLAYTON; STOCK, 2006).

Captopril: quando em combinação com a furosemida causa hipotensão. (SECOLI, 2010).

IECA: Promove efeito anti-hipertensivo sinérgico mais intenso, em indivíduos com maior sensibilidade ao sal. (SICA et.al 2005).

Cuidados de Enfermagem:

- Não administrar após o meio da tarde, para prevenir noctúria. (CLAYTON; STOCK, 2006).
- Manter registros de ingestão e débito hídrico e monitorar uma redução da atividade diurética. (CLAYTON; STOCK, 2006).
- Monitorar a ocorrência de hipotensão e bradicardia. (CLAYTON; STOCK, 2006).
- Administrar com os alimentos ou leite, para reduzir a irritação gástrica. (CLAYTON; STOCK, 2006).
- Antecipar o desenvolvimento de hipotensão postural e realizar medidas para prevenir sua ocorrência. (CLAYTON; STOCK, 2006).
- Instruir o paciente a levantar-se lentamente da posição sentada ou supina. (CLAYTON; STOCK, 2006).
- Sentar-se ou deitar-se caso apresente sensação de síncope. (CLAYTON; STOCK, 2006).
- Sugerir a limpeza da boca com uma colher de chá de água oxigenada em 250 mL de água, quando iniciar a terapia medicamentosa. As soluções comerciais contêm álcool, ocasionando um maior ressecamento e irritação oral, podendo ser aliviado com o uso de pedaços de gelo ou balas. (CLAYTON; STOCK, 2006).

- Se o paciente também estiver utilizando a digoxina, monitorar cuidadosamente a ocorrência de intoxicação digitálica (anorexia, náuseas, fadiga, visão distorcida, alteração da percepção de cores, bradicardia e arritmias). (CLAYTON; STOCK, 2006).
- Proteger a droga da luz, pois pode ocorrer descoloração. Se houver não utilizá-la. (SOARES, 2005).
- Orientar sobre dieta rica em potássio (frutas cítricas, tomate, banana). (SOARES, 2005).
- Monitorizar a glicose do paciente diabético. (SOARES, 2005).
- Orientar os pacientes idosos quanto a sua suscetibilidade à diurese excessiva e complicações tromboembólicas. (SOARES, 2005).
- Orientar o paciente para evitar ingerir bebida contendo álcool e exercícios físicos em dias quentes. (SOARES, 2005).
- O potássio e o magnésio da dieta devem ser aumentados, pois pode haver risco da diminuição desses níveis no sangue. (ALMEIDA, 1999).

3.2 Betabloqueadores

Indicações clínicas:

Usados como terapia inicial para hipertensão de estágios I e II. Contudo, não tão efetivos em pacientes negros. (CLAYTON; STOCK, 2006).

Devem ser utilizados com muita cautela em pacientes com problemas respiratórios, como bronquite, enfisema, asma ou rinite alérgica. O processo de bloqueio dos receptores beta produz broncoconstrição grave e pode piorar estados de sibilos, principalmente em estações do ano em que há abundância de pólen. (CLAYTON; STOCK, 2006).

Também devem ser usados com cautela em pacientes diabéticos e naqueles suscetíveis a hipoglicemia, pois esses agentes aumentam os efeitos hipoglicêmicos da insulina, e produzem a liberação dessa substância em resposta a hiperglicemia. (CLAYTON; STOCK, 2006).

Efeitos Colaterais Esperados:

Bradycardia, Vasoconstrição periférica: Interromper a administração até avaliação médica. (CLAYTON; STOCK, 2006).

Broncoespasmos, Sibilos: Interromper a administração até avaliação médica. (CLAYTON; STOCK, 2006).

Pacientes diabéticos: Pesquisar a presença de hipoglicemia: cefaleia, fraqueza, redução da coordenação, apreensão geral, sudorese profusa, fome, visão alterada ou distorcida ou ainda diplopia. (CLAYTON; STOCK, 2006).

Insuficiência Cardíaca: Pesquisar a presença de um aumento do edema, dispneia, estertores, bradicardia e ortopnéia. (CLAYTON; STOCK, 2006).

Interações Medicamentosas:

Anti-hipertensivos: Todos os betabloqueadores apresentam propriedades hipotensoras que adjuntas a outras drogas anti-hipertensivas potencializam seus efeitos. (CLAYTON; STOCK, 2006).

AINEs: Indometacina, e provavelmente outros inibidores de prostaglandinas, inibem a atividade anti-hipertensiva dos betabloqueadores, o que resulta na perda do controle da hipertensão. Pode ser necessário aumentar a dose do betabloqueador para compensar o efeito inibitório dos AINEs. (SECOLI, 2010).

Antidiabéticos Oraís: Quando ingeridos em combinação com os Beta-bloqueadores podem ocorrer alterações glicêmicas, hipotensão e sedação. (SECOLI, 2010).

ATENOLOL

É um betabloqueador seletivo que atua nos receptores beta 1 cardíacos, mas não afetam diretamente os receptores beta 2 dos brônquios. (CLAYTON; STOCK, 2006).

O uso não é recomendado para pacientes com mais de 60 anos, grávidas e aqueles com intervalo longo de quimioterapia. (RENAME, 2010).

Cuidados de Enfermagem:

- Pode mascarar os sinais de choque e hipoglicemia. (SOARES, 2005).
- Verificar pulso apical antes de administrar a droga; Se estiver inferior a 60 bpm, não administrar a droga antes de consultar o médico. (SOARES, 2005).
- Orientar a não interromper o tratamento medicamentoso, mesmo que se sintam bem. (SOARES, 2005)
- Orientar para usar a droga sempre no mesmo horário. (SOARES, 2005).
- Pode ser tomado sem considerar a alimentação, e que sais de cálcio podem diminuir a absorção do fármaco. (ALMEIDA, 1999).

PROPRANOLOL

É um betabloqueador não-seletivo, possui uma igual afinidade pelos receptores beta 1 e 2, causando bloqueio dos dois tipos, esta ação se torna eficaz para pacientes asmáticos, nos quais a administração dos betabloqueadores seletivos poderia provocar broncoespasmo. (CLAYTON; STOCK, 2006).

Cuidados de Enfermagem:

- Para diminuir o desconforto gastrointestinal, administrar com alimentos. (SOARES, 2005).
- Orientar o paciente para não fumar, pois diminui o nível sanguíneo da droga e interfere na sua excreção. (SOARES, 2005).
- Em pacientes diabéticos pode mascarar os sinais de hipoglicemia. (SOARES, 2005).
- Deve ser ingerido com alimentos para aumentar a biodisponibilidade do medicamento. (ALMEIDA, 1999).
- Não deve ser ingerido com altas doses de vitamina C, pois diminui absorção do medicamento. (ALMEIDA, 1999).

4. MAU USO DE MEDICAMENTOS ANTI-HIPERTENSIVOS PELOS IDOSOS

Os medicamentos representam um dos itens mais importantes da atenção à saúde do idoso. As causas de adoecimento e morte neste grupo específico são de etiologia multifatorial e funcional. Associa-se a isso a imensa variedade e disponibilidade de especialidades farmacêuticas e associações de fármacos sem racionalidade terapêutica que justifique a sua comercialização no vasto mercado farmacêutico. Observa-se também que os medicamentos são alvos de medidas que estimulam o seu consumo como: propagandas, descontos e promoções, tendo na maioria das vezes o idoso como público alvo (ANDRADE et.al, 2004).

A pequena proporção de pessoas (menos que 4%) relata que para comprar seus medicamentos, buscam atendimento em consultório particular, mas obtêm seus medicamentos no SUS. Número comparado com as consultas médico particular ou de plano de saúde, o qual parece refletir uma prática reconhecida de pessoas (mesmo de baixa renda)

buscarem este atendimento para obterem seus medicamentos no SUS. (SANTA-HELENA et.al, 2010).

O acesso fácil a medicações e a falta de conscientização do uso de medidas não farmacológicas, podem estar contribuindo para o consumo de medicamentos nesta população. O elevado percentual de consumo confirma a importância dos medicamentos na atenção à saúde do idoso. (FLORES; BENVENU, 2008).

Resultados de diversos estudos com pessoas hipertensas reiteram que quanto menor o tempo de doença (e de tratamento farmacológico) maior a não-adesão e o abandono (JOKISALO et.al, 2002). A hipertensão arterial é uma doença crônica insidiosa, de longa duração, na maior parte do tempo assintomática, fato que induz muitas pessoas a não se reconhecerem como doentes. Além disso, dependendo da situação clínica, existe a não-indicação de terapêutica medicamentosa e, quando há, muitos a recusam ou a abandonam rapidamente. A percepção de melhora com o tratamento também pode levar à interrupção. (SANTA-HELENA et.al, 2010).

Alguns estudos mencionam a falta de dinheiro para comprar os remédios como fator explicativo para a não-adesão (WILSON et.al, 2005 e SOUMERAI et.al, 2006) ou, ainda, que a renda familiar elevada esteja associada à maior adesão (DIMATTEO, 2004). No estudo de Secoli, a não-adesão também é maior entre aqueles que precisam comprar a medicação. (SECOLI, 2010).

É possível que expresse o fato de pessoas com mais idade, com mais tempo de tratamento e melhores condições sócio econômicas e assistenciais, além de consumirem mais medicamentos, tratam de consumi-los com maior adesão, inclusive os anti-hipertensivos. (SANTA-HELENA et al, 2010).

Assim, o processo de acompanhamento farmacoterapêutico do paciente idoso é fundamental para a promoção do uso racional de medicamentos, para contribuir no processo educativo dos usuários acerca da automedicação, da interrupção e da troca do tratamento prescrito, bem como a necessidade da receita médica; realizando uma avaliação dos medicamentos empregados pelos idosos quanto à complexidade de regime posológico, custo e aderência ao tratamento. (FLORES; BENVENU, 2008).

A tomada de medicamentos envolve sequência de etapas – prescrição, comunicação, dispensação, administração e acompanhamento clínico – o que a torna um ato complexo e vulnerável às iatrogenias, particularmente em idosos. Parcela significativa desses eventos adversos pode ser prevenida na etapa inicial de prescrição (PAGE et al, 2010).

A periódica revisão de medicamentos utilizados por idosos deve fazer parte intrínseca da prática clínica. Várias doenças concomitantes e normalmente crônicas geram potencial para o consumo de número significativo e simultâneo de fármacos (GORZONI et al, 2006; ROSSET et al, 2011; PILGER et.al, 2011). A associação desse consumo com as alterações relacionadas com o envelhecimento quanto à farmacocinética e à farmacodinâmica cria condições para o alto risco de efeitos colaterais e de interações medicamentosas observado em idosos. (NOBREGA et.al, 2005; PASSARELLI et al, 2005; MEDEIROS et al, 2007 e MOURA et al, 2009).

É comum encontrar, nas prescrições médicas de idosos, dosagens inadequadas, interações medicamentosas, associações e redundância – uso de fármacos pertencentes a uma mesma classe terapêutica – e medicamentos sem valor terapêutico. É possível afirmar que, mais do que em qualquer outro grupo etário, os medicamentos são prescritos para os idosos sem haver clara correspondência entre a doença e a ação farmacológica (VERAS, 2003). Estes são equivocadamente empregados como consequência de uma cultura de medicalização, impulsionada pelo valor simbólico dado aos medicamentos. (FLORES; BENVENU, 2008).

Com o advento da “polifarmácia” tão comum na medicina moderna, o conhecimento acerca das interações medicamentosas é fundamental. Entretanto, o médico deve estar atento não apenas aos medicamentos por ele prescritos, como também aos fármacos prescritos por outros especialistas e medicamentos usados pelos pacientes, mesmo na ausência de prescrição médica formal, prática bastante comum em nosso país, para evitar o potencial risco de interação farmacológica prejudicial aos pacientes (SBC, SBH e SBN, 2006).

Muitos desses eventos não são reconhecidos pelo paciente, familiar, tampouco pelos profissionais, especialmente quando a polifarmácia é demasiadamente complexa. Além disso, muitos profissionais imaginam as reações e interações, em termos de desfechos catastróficos como arritmias, convulsões, mortes, que embora sejam respostas possíveis, representam somente a ponta do iceberg. No dia-a-dia, as consequências desses eventos como tontura, sedação, hipotensão postural, quedas, confusão, frequentes em idosos e aparentemente menos dramáticas, podem aumentar o perfil de morbimortalidade deste grupo etário. (SECOLI, 2010).

Tornar a terapia medicamentosa da população idosa eficiente e eficaz é tarefa de todos os profissionais da saúde: médicos, farmacêuticos, enfermeiros e outros, que devem instituir educação permanente tanto em relação aos avanços tecnológicos na área farmacêutica, como no comportamento desta população em relação ao uso e armazenamento correto dos medicamentos. (FLORES; BENVEGNI, 2008).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os diuréticos em geral não devem ser administrados após a metade da tarde para evitar a noctúria e ressaltar ao paciente idoso sua suscetibilidade à excessiva eliminação de urina. Administrar com os alimentos ou leite, para reduzir a irritação gástrica. A dieta deve ser rica em potássio e acrescida uma suplementação de cálcio ou vitamina D, pelo risco de hipercalcemia. Uma particularidade quanto à furosemida é um maior ressecamento e irritação oral sendo necessário sugerir a limpeza da boca com uma colher de chá de água oxigenada em 250 mL de água, quando iniciar a terapia medicamentosa. As soluções comerciais contêm álcool, tornando este problema mais intenso.

Nos betabloqueadores, o atenolol pode ser tomado sem considerar a alimentação, porém ter cuidado com sais de cálcio que podem diminuir a absorção do fármaco. Antes de administrar a droga verificar pulso apical, se estiver inferior a 60 bpm, não administrá-la antes de consultar o médico. O propranolol deve ser administrado com alimentos, para diminuir o desconforto gastrointestinal e para aumentar a biodisponibilidade do medicamento, porém não deve ser ingerido com altas doses de vitamina C, pois diminui a absorção do mesmo. E o fumo diminui o nível sanguíneo da droga e interfere na excreção.

A vulnerabilidade dos idosos aos eventos adversos relacionados a medicamentos é bastante alta, o que se deve a complexidade dos problemas clínicos, à necessidade de múltiplos agentes, e às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao envelhecimento.

Neste cenário, o grande desafio dos enfermeiros no Brasil que esta envelhecendo é contribuir na promoção do uso racional dos medicamentos. A educação dos usuários, especialmente no que concerne à prática da automedicação, inclusive de fitoterápicos; a orientação acerca dos riscos da interrupção, troca, substituição ou inclusão de medicamentos sem conhecimento dos profissionais da saúde; o aprazamento criterioso dos horários da prescrição/receita médica, de modo a evitar a administração simultânea de medicamentos que podem interagir entre si ou com alimentos; o monitoramento das reações adversas medicamentosas implicadas em desfechos negativos são algumas estratégias que podem ajudar a prevenir e minimizar os eventos adversos.

Além disso, esforços coletivos podem otimizar essas iniciativas. Os programas específicos de atenção ao idoso como os existentes nos centros de referência podem funcionar como ancoras para realização de cursos ou programas educativos, que ofereçam subsídios para que cuidadores, familiares e o próprio idoso possam utilizar os medicamentos de maneira mais segura.

Entre os principais motivos apresentados, encontram-se a falta do produto na farmácia do SUS e dificuldades financeiras para sua aquisição. Essa situação preocupa, pois o adequado controle dessas doenças é fundamental para a qualidade de vida dos seus portadores.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, Francisco de Assis et al. Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. 2009, v.55, n.4, p. 468-474.

ALMEIDA, OP. Fatores predisponentes e consequências clínicas de uso de múltiplas medicações entre idosos. **Rev Bras Psiquiatr**; v. 21, n. 3, p. 152-7. 1999.

ANDRADE, MA; SILVA, VS; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. **Semina Ciênc Biol Saúde.** v.25, p.55-63. 2004.

BATLOUNI, M; RAMIRES, JAF; MELLO, EP. **Inibidores da enzima conversora da angiotensina.** In: **Batlouni M, Ramires JAF (ed). Farmacologia e terapêutica cardiovascular.** São Paulo: Editora Atheneu; p. 259-76. 2004.

BRANDIMERTE, F; MUREDDU, GF; BOCCANELLI, A; et al. Diuretic therapy in heart failure: current controversies and new approaches for fluid removal. **J Cardiovasc Med (Hagerstown).** v. 11.n. 8, PP. 563-70. 2010;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação nacional de medicamentos essenciais.** Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Acessado em 06/11/2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/renome2010final.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. **Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino serviço.** Rio de Janeiro: CDCV/NUTES; 1993.

CLAYTON, Bruce D; STOCK, Yvone N. **Farmacologia na Prática de Enfermagem.** 13^o ed. Elsevier. Rio de Janeiro, 2006. p. 349-373.

DIMATTEO, MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. **Med Care.** vol. 42, pp. 200-9. 2004.

European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines Committee. **J Hypertens.** vol. 21, pp. 1011-53. 2003.

FLORES, Vanessa Boeira and BENVENUTO, Luís Antônio. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. vol.24, n.6, pp. 1439-1446. 2008. ISSN 0102-311X.

GALATO, Dayani; SILVA, Eduarda Souza da and TIBURCIO, Letícia de Souza. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. vol.15, n.6, pp. 2899-2905. 2010. ISSN 1413-8123.

- GONTIJO, Mônica de Fátima et al. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. vol. 28, n.7, pp. 1337-1346. 2012. ISSN 0102-311X.
- GORZONI, ML; FABBRI, RMA; PIRES, SL. Medicamentos em uso à primeira consulta geriátrica. **Diag Tratamento**. vol. 11, pp. 138-42. 2006.
- JOKISALO, E; KUMPUSALO, E; ENLUND, H; et.al. Factors related to non-compliance with anti-hypertensive drug therapy. **J Hum Hypert**. vol. 16, pp. 577-83. 2002.
- LOYOLA, AI; UCHOA, E; FIRMO, JOA; LIMA-COSTA, MF. Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí. **Rev Saúde Pública**. [online]. vol. 42, pp. 89-99. 2008.
- MOURA, C; ACURCIO, F; BELO, N. Drug-drug interactions associated with length of stay and cost of hospitalization. **J Pharm Pharmaceut Sci**. vol. 12, n. 3, pp. 266-72. 2009.
- NOBREGA, OT; KARNIKOWSKI, MGO. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. **Ciênc Saúde Coletiva**. vol. 10, n. 2, pp. 309-13. 2005.
- OLIVEIRA, Marcelo Antunes de; FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo; COSTA, Karen Sarmento and BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública** [online]. vol.28, n.2, pp. 335-345. 2012. ISSN 0102-311X.
- Organização Mundial da Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, 10a revisão**. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 1995.
- Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
- PAGE, RL 2nd; LINNEBUR, SA; BRYANT, LL; RUSCIN, JM. Inappropriate prescribing in the hospitalized elderly patient: defining the problem, evaluation tools, and possible solutions. **Clin Interv Aging**. vol. 5, pp. 75-87. 2010.
- PASSARELLI, MC; JACOB-FILHO, W; FIGUERAS, A. Adverse drug reactions in an elderly hospitalized population: inappropriate prescription is a leading cause. **Drugs Aging**. vol. 22, n. 9, pp. 767-77. 2005.
- PERROTI, TC; CAMPOS FILHO, J; UEHARA, CA; et.al. Tratamento farmacológico da hipertensão no idoso. **Rev Bras Hipertens**. vol.14, pp. 37-41. 2007.
- PILGER, C; MENON, MH; MATHIAS, TAF. Socio-demographic and health characteristics of elderly individuals: support for health services. **Rev Latinoam Enferm**. vol. 19, n. 5, pp. 1230-8. 2011.
- RIBEIRO, Andréia Queiroz et al. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. **Rev. Saúde Pública** [online]. vol. 42, n.4, pp. 724-732. 2008. Epub May 09, 2008. ISSN 0034-8910.
- ROCHA, CH; OLIVEIRA, APS; FERREIRA, C; et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciênc Saúde Coletiva**. [online]. vol. 13, pp. 703-10. 2008.
- ROSSET, I; RORIZ-CRUZ, M; SANTOS, JL; et.al. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. **Rev Saúde Pública**. vol. 45, n. 2, pp. 391-400. 2011.
- ROZENFELD, Suely. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad. Saúde Pública** [online]. vol.19, n.3, pp. 717-724. 2003. ISSN 0102-311X.
- SANTA-HELENA, Ernani Tiaraju de; NEMES, Maria Ines Battistella and ELUF NETO, José. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad. Saúde Pública** [online]. vol.26, n.12, pp. 2389-2398. 2010. ISSN 0102-311X.

- SECOLI, Silvia Regina. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev. bras. enferm.** [online]. vol.63, n.1, pp. 136-140. 2010. ISSN 0034-7167.
- SECOLI, SR; FIGUERAS, A; LEBRAO, ML; et.al. Risk of potential drug-drug interactions among Brazilian elderly: a population-based, cross-sectional study. **Drugs Aging.** vol. 27, pp. 759-70. 2010.
- SICA, DA; GEHR, TWB. Angiotensin-converting enzyme inhibitors. In: Oparil S, Weber MA (ed). **Hypertension. Philadelphia, Pennsylvania: Elsevier Saunders.** p. 669-82. 2005.
- SOARES, Nelma Rodrigues. **Administração de Medicamentos na Enfermagem.** 4ª ed. SENAC. São Paulo, 2005.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 Suppl 1):1-51.
- SOUMERAI, SB; PIERRE-JACQUES, M; ZHANG, F; et al. Cost-related medication nonadherence among elderly and disabled medicare beneficiaries. **Arch Intern Med.** vol. 166, pp. 1829-35. 2006.
- VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública.** [online]. vol. 43, pp. 548-54. 2009.
- VERAS, RP. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad Saúde Pública.** vol. 19, pp. 705-15. 2003.
- WILSON, J; AXELSEN, K; TANG, S. Medicaid prescription drug access restrictions: exploring the effect on patient persistence with hypertension medications. **Am J Manag Care.** 11 Espec No.:SP 27-34. 2005.