

CAPÍTULO 11

POLIFARMÁCIA E SEGURANÇA DO PACIENTE IDOSO

**Giovanna Maria Pereira Zacarin
Maria Eduarda Souza Tomaz
Mariáh França Guimarães Meirelles de Paula
Neélliton Ferreira dos Santos
Sergio Alessandro Santos Alves
Iago Luiz Silva Notório**

A transição demográfica global e o conseqüente envelhecimento populacional trouxeram consigo um aumento expressivo na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, diabetes, insuficiência cardíaca e distúrbios cognitivos. Para o manejo adequado dessas múltiplas comorbidades, é frequente e muitas vezes necessária a prescrição de múltiplos fármacos, fenômeno amplamente conhecido como polifarmácia.

Na literatura médica, a polifarmácia é classicamente definida como o uso rotineiro e concomitante de cinco ou mais medicamentos por um único indivíduo. O envelhecimento é acompanhado por diversas alterações fisiológicas naturais que afetam diretamente a farmacocinética e a farmacodinâmica dos medicamentos.

Há redução na função renal e hepática, alterações na composição corporal e modificações na sensibilidade dos receptores. Essas mudanças tornam o paciente idoso excepcionalmente vulnerável a reações adversas a medicamentos (RAMs), interações medicamentosas e intoxicações. Além disso, a polifarmácia está intimamente ligada ao desencadeamento das chamadas "síndromes geriátricas", aumentando substancialmente o risco de quedas, fraturas, declínio cognitivo, incontinência, hospitalizações recorrentes e mortalidade.

Outro fenômeno preocupante é a "cascata prescritiva", que ocorre quando uma reação adversa a um medicamento é erroneamente interpretada como uma nova condição médica, resultando na prescrição de um novo fármaco e agravando ainda mais o quadro do paciente. A abordagem metodológica para o estudo, prevenção e manejo da polifarmácia na segurança do paciente idoso baseia-se em estratégias clínicas e ferramentas de triagem padronizadas, que visam a otimização da farmacoterapia. A base dessa metodologia é a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), um processo diagnóstico multidimensional e interdisciplinar que avalia as capacidades médicas, psicossociais e funcionais do idoso.

Dentro da AGA, a revisão estruturada da medicação é uma etapa obrigatória. Para operacionalizar essa revisão e garantir a segurança, a

prática clínica moderna utiliza critérios explícitos e implícitos baseados em evidências científicas. Os critérios explícitos mais utilizados incluem os Critérios de Beers, atualizados periodicamente pela Sociedade Americana de Geriatria (AGS), que listam medicamentos potencialmente inapropriados (MPIs) a serem evitados em idosos.

Outra ferramenta fundamental são os critérios STOPP/START (Screening Tool of Older Person's Prescriptions / Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). O STOPP foca na identificação de prescrições potencialmente inapropriadas, enquanto o START auxilia na identificação de omissões de prescrições indicadas, garantindo que o paciente não sofra também com a subprescrição de tratamentos necessários. Além da aplicação dessas ferramentas, a metodologia de cuidado exige a prática da conciliação medicamentosa nas transições de cuidado, como na admissão e alta hospitalar, comparando as prescrições atuais com os medicamentos que o paciente efetivamente usa em casa, evitando duplicações, omissões e interações perigosas.

Por fim, a desprescrição (deprescribing) desponta como o método de intervenção mais ativo: um processo planejado e supervisionado de redução de dose ou interrupção de medicamentos que não são mais benéficos ou que podem causar danos, envolvendo decisão compartilhada entre médico, farmacêutico clínico, paciente e cuidadores.

Conclui-se que garantir a segurança do paciente idoso em um cenário de múltiplas comorbidades requer uma mudança de paradigma: transitar de uma medicina focada unicamente na prescrição baseada em diretrizes de doenças isoladas para uma medicina centrada na pessoa. A incorporação rotineira de ferramentas como os Critérios de Beers e STOPP/START, aliada a programas de conciliação medicamentosa e desprescrição racional, compõe o caminho mais seguro e eficaz.

REFERÊNCIAS

American Geriatrics Society (AGS). (2023). American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(7), 2052-2081.

O'Mahony, D., O'Sullivan, D., Byrne, S., O'Connor, M. N., Ryan, C., & Gallagher, P. (2015). STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age and Ageing*, 44(2), 213-218.

Maher, R. L., Hanlon, J., & Hajjar, E. R. (2014). Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opinion on Drug Safety*, 13(1), 57-65.

Scott, I. A., Hilmer, S. N., Reeve, E., Potter, K., Le Couteur, D., Rigby, D., & Martin, J. H. (2015). Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Internal Medicine*, 175(5), 827-834.

Garfinkel, D., & Mangin, D. (2010). Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. *Archives of Internal Medicine*, 170(18), 1648-1654.