

APRAZAMENTO DE MEDICAMENTOS PARA IDOSOS CARDIOPATAS SOB A RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO

Maria do Carmo Clemente Marques Figueiredo ¹

Rhaira Pereira Campos ²

Ângela Maria de Lima Soares ³

Eliane Santana de Carvalho Nunes ⁴

Milena Barbosa da Silva ⁵

Orientadora do Trabalho: Cleide Rejane Damaso de Araújo ⁶

RESUMO

O idoso possui suas peculiaridades e a sua fragilidade é considerada como uma síndrome multidimensional. A velhice não é uma doença, é uma fase e etapa da vida com valores próprios, em que ocorrem modificações no indivíduo. Nesta fase as doenças crônicas não transmissíveis, geralmente são presentes, requerendo tratamento longo, contínuo e oneroso, levando, muitas vezes, a internação hospitalar. A alta prevalência de internação hospitalar entre idosos com doenças cardiovasculares (DCVs) e respiratórias são determinantes acerca de diagnóstico precoce, com prescrições adequadas para o idoso, além de enfermeiros bem capacitados no que tange a medicamentos. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar a casos de sobreposição medicamentosa de medicamentos cardiovasculares apenas e medicamentos cardiovasculares com outras medicações e medicações não cardiovasculares, na prescrição de idosos com DCVs na clínica médica de um hospital universitário. Trata-se de um estudo não experimental, analítico e exploratório de método quantitativo, realizado a partir das prescrições nos prontuários dos idosos. A amostra foi composta por 21 idosos com diagnóstico médico de DCVs, no período de 2016-2017. Destes com prevalência do sexo feminino com DCVs com idade entre 60 a 64 anos. A hipertensão arterial sistêmica foi evidente em ambos os sexos, seguido do infarto agudo do miocárdio. Pode-se observar o alto índice de pacientes que sofrerem sobreposição medicamentosa (76%). A pesquisa originou a necessidade de uma renovação na estratégia do aprazamento dos medicamentos para idosos, especificamente aos cardiopatas, destacando às responsabilidades dos enfermeiros com relação às medidas para reduzir a

¹Enfermeira. Mestrado profissional em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Docente do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética e Cuidados Paliativos da UFPB. marques.carminha@gmail.com;

²Graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, cleidedamaso@gmail.com;

³Graduanda do Curso de enfermagem. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética e Cuidados Paliativos da UFPB, angela.mls.jp@gmail.com;

⁴Enfermeira. Docente do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ. milena.barbosa.enf@gmail.com;

⁵Enfermeira. Docente do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ. milena.barbosa.enf@gmail.com;

⁶ Doutora em Ciências - Área de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP, Docente da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. cleidedamaso@gmail.com.

prática de aprazamento de medicamentos. Acredita-se que esta prática revisada, trará maiores benefícios dos fármacos sendo cardiovasculares ou não, evitando efeitos adversos na população idosa.

Palavras-chave: Idosos, Interações de medicamentos, Doença cardiovasculares, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno demográfico que ocorre no Brasil e no mundo. Em 1940 a expectativa de vida ao nascer era de 41,5 anos, enquanto passou para 76,6 anos em 2019, conforme divulgado. De acordo com as projeções da Organização das Nações Unidas (ONU) população idosa no Brasil em 2020, por volta de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos e 2021 foi de aproximadamente 10%, enquanto a projeção para 2100 indica que a população idosa representará, em média, 34% da população. A Projeção de crescimento da população acima dos 65 anos de idade no Brasil é de cerca de 20% nos próximos 50 anos, o que indica que a população brasileira está envelhecendo (SILVA, 2013; IBGE, 2021; ONU, 2022).

A Transição Demográfica é fruto das mudanças nos padrões culturais discutidas, tanto de níveis de mortalidade quanto de natalidade. Essa transição, inevitavelmente, resultará em uma população envelhecida, dado que a constituição das futuras gerações de idosos nas próximas cinco décadas já nasceu e possivelmente viverá sob um regime demográfico de baixa mortalidade (ALVES, 2022).

A área da saúde pública tem um papel imprescindível no que diz respeito aos efeitos inevitáveis e evitáveis no envelhecimento humano. Há a necessidade de estruturação de serviços e de programas de saúde que possam responder às demandas emergentes do novo perfil epidemiológico do País. Os idosos utilizam os serviços hospitalares de maneira mais intensiva que os demais grupos etários, envolvendo maiores custos, implicando no tratamento de duração mais prolongada e de recuperação mais lenta e complicada (ARAÚJO, 2013).

A mortalidade, de uma forma geral, concentra-se no extremo da vida o que torna necessário o recrutamento de capacitação e atenção redobrada dos serviços de saúde e de cuidado para as fragilidades, subjetividades e particularidades no envelhecimento (SILVA, 2013).

O idoso possui suas peculiaridades e características, e a sua fragilidade é considerada como uma síndrome multidimensional. Envolve fatores biológicos, cognitivos e sociais. Os idosos podem apresentar três características, entre seus sinais e sintomas físicos, como perda

de peso sem causa aparente, redução da capacidade para atividade física, força de preensão reduzida, lentidão na marcha e alteração do equilíbrio. Esses fatores aumentam e contribuem para o risco de quedas, hospitalização, incapacidades, institucionalização, perda da autonomia e conseqüentemente a morte (MACIEL *et al.*, 2016).

Essa faixa etária tem condições fisiológicas, fisiopatológicas e sociais, que os diferenciam das demais, constituindo em uma parte da população com características e necessidades próprias. A velhice não é uma doença, é uma fase e etapa da vida com valores próprios, em que ocorrem modificações no indivíduo, em sua estrutura orgânica, metabolismo, equilíbrio bioquímico, imunidade, nutrição e mecanismos funcionais, características intelectuais e emocionais (MACIEL *et al.*, 2016). Nesta fase as doenças crônicas não transmissíveis, geralmente são presentes, requerendo tratamento longo, contínuo e oneroso. As doenças cardiovasculares (DCVs) estão no ranque dessas enfermidades, além de suas comorbidades (ARAÍJO, 2013).

O ambiente hospitalar representa medo e sofrimento e o momento, além do sofrimento, resulta em sensação desagradável e insegurança que a doença provoca. Todo esse processo exige uma atenção multiprofissional para esse grupo, diante das suas especificidades. A alta prevalência de internação hospitalar entre idosos com DCVs e doenças respiratórias e doenças respiratórias são determinantes acerca de diagnóstico precoce, com prescrições adequadas para o idoso, além de enfermeiros capacitados no que tange a medicamentos (JOBIM; SOUZA; CABRERA, 2010).

Nesta pesquisa, abordam-se temas sobre hospitalização, doenças cardiovasculares (DCVs), e a segurança do idoso hospitalizado com DCV, frente ao tratamento clínico medicamentoso. Justifica-se, portanto, a relevância deste estudo relacionado a prática assistencial da enfermagem em relação ao aprazamento dos horários dos medicamentos, considerando critérios para o aprazamento de medicações cardiovasculares apenas e cardiovasculares com outros tipos de fármacos.

Portanto, questiona-se: Os idosos hospitalizados com doenças cardiovasculares deste estudo apresenta prescrição médica extensa, levando em consideração às comorbidades? Há sobreposição de medicamentos cardiovasculares apenas e cardiovasculares com outros fármacos? Para estes questionamentos traçaram-se os seguintes objetivos: *geral* - analisar a casos de sobreposição medicamentosa de medicamentos cardiovasculares apenas e medicamentos cardiovasculares com outras medicações e medicações não cardiovasculares, na prescrição de idosos com DCVs na clínica médica de um hospital universitário, na cidade de João Pessoa – PB, em 2017; *específico* - caracterizar os idosos internados com DCVs,

segundo variáveis sociodemográficas; Identificar número de sobreposição por medicamento cardiovascular (MCV); medicamento cardiovascular com outras medicações (MCVOUT) e medicação não cardiocascular (MNCV).

METODOLOGIA

Esta pesquisa foi conduzida utilizando o método quantitativo, por meio de estudo não-experimental, analítico e exploratória. O estudo foi realizado a partir das prescrições nos prontuários dos idosos que foram internados na clínica médica em enfermarias da especialidade cardiologia de um Hospital Universitário (HU), da cidade de João Pessoa no estado da Paraíba.

A população foi composta pelos prontuários dos pacientes idosos (≥ 60 anos), com doenças cardiovasculares (DCVs), com ou sem doenças secundárias, que foram admitidos na unidade de clínica médica, para tratamento clínico, nos períodos de coleta. A amostra foi obtida por acessibilidade, pois a unidade de clínica médica, local selecionado para o estudo, envolve atendimento de múltiplas especialidades médicas e as admissões serem variantes a cada mês da coleta.

Os critérios de inclusão considerados neste estudo foram: prontuários de pacientes com idade maior ou igual a 60 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de DCVs com ou sem outras doenças, assistido em enfermarias da clínica médica, em tratamento medicamentoso com mais de um medicamento prescrito. Foram excluídos idosos sem diagnóstico de DCVs. A amostra foi composta por 21 idosos com diagnóstico médico de DCVs, internado na clínica médica do Hospital Universitário, na cidade de João Pessoa – PB nos meses de 11 e 12 de 2016 e 2 e 3 de 2017, por acessibilidade.

A coleta dos dados foi realizada no período de novembro e dezembro de 2016 e fevereiro e março de 2017, duas a três vezes por semana. Para tanto, foi utilizado um instrumento elaborado pela pesquisadora principal com base na literatura sobre o tema, considerando-se os objetivos da pesquisa, abrangendo itens de identificação, aspectos clínicos e aspectos da administração de medicamentos.

Trata-se de um instrumento de observação e coleta estruturada que pertence a categorias e listas de verificação que, segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p.270), é “um instrumento usado para registrar os fenômenos observados, geralmente formatados com a lista de comportamentos do sistema de categorias à esquerda e com espaço para registrar sua frequência ou duração à direita”.

Para o processamento dos dados foram elaboradas duas planilhas para a validação dos dados coletados contendo dicionário (*codebook*), por meio do programa Microsoft Excel 2010. Após digitação e validação, os dados foram exportados para planilha Excel 2010, para realização de análises estatísticas gerando tabelas e gráficos.

Foram cumpridos os procedimentos éticos preconizados de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Univeristário Lauro Wanderley do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, com registro CAAE sob nº 56065016.4.0000.5183. Foi encaminhado um Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos pacientes na clínica médica do Hospital Universitário, solicitando a sua autorização para a realização da pesquisa para a coleta de dados em seus prontuários, uma vez que se encontram internados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados a seguir são apresentados de acordo com os objetivos propostos no presente trabalho, simultaneamente às discussões. A tabela 1 mostra a distribuição por gênero, segundo a faixa etária, o estado civil, a escolaridade e a profissão/ocupação.

Tabela 1 - Distribuição socio-demográfica dos idosos com DCV (n=21), por gênero segundo faixa etária, estado civil, escolaridade e profissão/ocupação, internados no HULW/CCS/UFPB, João Pessoa - PB, 2017.

Variáveis Sociodemográficas	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total Parcial	
	N	%	N	%	N	%
Faixa etária (em anos)						
60 – 64	2	22,22	4	33,33	6	28,57
65-69	3	33,3	1	8,33	4	19,04
70-74	1	11,11	4	33,33	5	23,80
75-79	2	22,22	1	8,33	3	14,28
80 +	1	11,11	2	16,66	3	14,28
Estado Civil¹						
Solteiro	1	11,11	1	8,33	2	9,5
Casado	7	77,77	5	41,66	12	57
Viúvo	1	11,11	4	33,33	5	24
Divorciado/separado	0	0	2	16,66	2	9,5
Escolaridade						
Analfabeto	4	44,44	5	41,66	9	42,85
Alfabetizado	1	11,11	1	8,33	2	9,52
Ensino fundamental incompleto	2	22,22	5	41,66	7	33,33
Ensino fundamental completo	0	0	1	8,33	1	4,76

Ensino médio incompleto	0	0	0	0	0	0
Ensino médio completo	2	22,22	0	0	2	9,52
Ensino superior incompleto	0	0	0	0	0	0
Ensino superior completo	0	0	0	0	0	0
Profissão/ocupação²						
Aposentado	3	33,33	1	8,33	4	19,04
Do lar	0	0	4	33,33	4	19,04
Agricultor	2	22,22	4	33,33	6	28,57
Encanador	1	11,11	0	0,0	1	4,76
Funcionário público	0	0	1	8,33	1	4,76
Comerciante	3	33,33	0	0,0	3	14,28
Auxiliar de serviço	0	0	2	16,66	2	9,52
Total Geral por Variáveis	45	100	48	100	93	100

Fonte: Pesquisa direta 2016/2017.

A idade dos idosos variou entre 60 e 80 anos, sendo o intervalo com maior distribuição foi o de 60 a 64 anos com 28,57%. Quanto ao estado civil a maior prevalência foi para os casados 12 57% seguido de viúvos com 24%. Em relação a escolaridade, 42,85%, seguido de ensino fundamental incompleto com 33,33%. No que tange a profissão/ocupação a maioria eram agricultores 28,57% seguidos de aposentados e atividades do lar com similaridade de 19,04%.

Observa-se que foi do sexo feminino e 12 (57 %) e 09 (43%) do sexo masculino, sendo estes com 33,3% numa faixa etária entre 65 a 69 e do sexo feminino na faixa etária 60 a 64 anos com 33,3%. Estes dados coadunam a alguns estudos encontrados para idosos em tratamento clínico hospitalizado (KAWASAKI; DIOGO, 2007, STOTI *et al.*,2007).

Quanto ao estado civil, 57% eram casados seguidos de viúvos 24%, com predomínio que a viuvez predominou para o sexo feminino (33,33 %). Deste resultado, presumi-se que estes idosos estão contrariando a tendência atual de separação, sabendo estes o valor de envelhecerem juntos. Já a viuvez ainda é um desafio a qualquer faixa etária diante da perda, sendo para os idosos uma perda de uma parceria de toda uma vida. Mesmo assim geralmente a mulher, mesmo com o desgaste da perda, busca o enfrentamento da situação ampliando sua participação social em outras atividades fora do lar (ARAÚJO, 2013).

No que se refere à escolaridade dos idosos o maior índice foi de analfabetos com 42,85, sendo a prevalência maior para o sexo feminino. A este respeito Peres (2010) comenta que devido a um modelo capitalista de educação, há uma ausência de projetos educacionais destinados aos idosos.

A maior parte dos idosos do estudo são agricultores (28,57%) seguidos de aposentados e do lar, ambos com (19,04%). Sendo a agricultura, o índice mais prevalente para o sexo feminino. O presente estudo reflete a prevalência do sexo feminino com DCV. Esta situação

influencia na saúde das mulheres idosas com o agravamento na diminuição ao acesso a serviços de saúde, podendo levar às comorbidades (ARAÚJO, 2013). Na Tabela 2 serão apresentados dados referentes aos diagnósticos de DCVs de acordo com o CID-10, comentando as especialidades de outras doenças, distribuição das enfermidades cardiovasculares com CID-10, e por gênero.

Tabela 2 - Distribuição dos Idosos com DCV (n= 21), por gênero, segundo registro dos diagnósticos de acordo com o CID – 10 internados no HULW/CCS/UFPB, João Pessoa - PB, 2017

Código (CID10)	Descrição	Masculino	Feminino	Total Parcial
		N (%)	N (%)	N (%)
CID I10.O	Hipertensão Arterial Sistêmica	05 (55,5%)	08 (66,6%)	13 (61,9%)
CID I50.0	Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) Não especificada	0 (0%)	02 (16,66%)	02 (9,5%)
CID I50.2	Insuficiência Cardíaca (IC)/Tamponamento cardíaca	03 (33,33%)	0 (0%)	03 (14,2%)
CID I48	Fibrilação Atrial Crônica	01 (11,1%)	0 (0%)	01 (4,7%)
CID I64	Acidente Vascular Encefálico Isquêmico	02 (22,2%)	0 (0%)	02 (9,5%)
CID I21	Infarto Agudo do Miocárdio	01 (11,1%)	02 (16,66%)	03 (14,2%)
CID I64	Acidente Cerebral Isquêmico	01 (11,1%)	0 (0%)	01 (4,7%)
CID I20.O	Angina Instável	01 (11,1%)	0 (0%)	01 (4,7%)
TOTAL GERAL		01 (100%)	12 (100%)	26 (100%)

Fonte: Pesquisa direta 2016/2017.

Nota-se que, do total de diagnósticos de DCVs para a amostra de 21 idosos 13 tinham diagnóstico de HAS. Observa-se que a prevalência de DCV foi de HAS para ambos os sexos, sendo 66,6% para o sexo feminino e 55,5% para o sexo masculino. A segunda enfermidade mais prevalente foi o infarto agudo do miocárdio (IAM), com 16,6% para o sexo feminino e 11,1% para o sexo masculino.

A HAS é definida como níveis sustentados de pressão arterial acima de 140 mmHg na sistólica e 90 mmHg na diastólica. É uma doença crônica de alta prevalência em idosos e de caráter multifatorial, se torna um fator crucial nas taxas de morbidade e mortalidade dessa população. Acomete cerca de 60% dos idosos e geralmente está associada a outras doenças como diabetes mellitus, arteriosclerose e síndrome metabólica, resultando em alto risco cardiovascular (OLIVEIRA *et al.*, 2008; MELO, 2012).

Pode estar interligada a fatores intrínsecos, como hereditariedade, sexo, idade e raça; e a fatores extrínsecos, como tabagismo, sedentarismo, obesidade, estresse, dislipidemia e dieta. Além disso, a sua progressão é lenta e silenciosa e pode ser assintomático, o que dificulta a percepção e busca de auxílio médico dos indivíduos portadores da doença e adesão ao tratamento (OLIVEIRA *et al.*, 2008; MELO, 2012).

Diante da alta incidência na população, é considerado um importante problema e desafio da saúde pública devido aos custos elevados e necessidade de serviços de saúde especializados. É de extrema necessidade ações educativas e trabalhos com maiores esforços na prevenção e promoção de saúde para diminuir os fatores de riscos, a prevalência e consequência que HAS pode vir a trazer aos indivíduos portadores da doença (OLIVEIRA *et al.*, 2008; MELO, 2012).

Observamos nesta pesquisa a prevalência da HAS nas mulheres, estudos explicam que pode ser devido às mulheres procurarem mais os serviços de saúde, aumentando a chance de serem diagnosticadas com a doença e outro fator é que as mulheres tem maior sobrevida do que os homens e ficam mais propensas a sofrerem doenças crônicas. Os homens na maioria das vezes descobrem o diagnóstico somente após sofrerem evento clínico grave, como infarto ou acidente vascular encefálico. (OLIVEIRA *et al.*, 2008; MELO, 2012).

Outros autores explicam esse maior quantitativo em mulheres idosas devido ao fato de apresentar aumento dos fatores de risco com a queda na produção de hormônios esteroides, tendo como consequência o aumento do tônus vascular das artérias periféricas provocando o aumento da pressão arterial em mulheres na pós-menopausa (RODRIGUEZ *et al.*, 2012).

A segunda enfermidade mais prevalente foi o IAM, para ambos os sexos. Segundo Pinto 2009 a “doença aterosclerótica e suas complicações trombóticas ainda permanecem como as principais causas de morbimortalidade no Brasil”. Conforme a autora supracitada a metade das mortes por doença cardíaca coronariana estão diretamente relacionadas com o IAM, e ocorre até 1 hora após o início dos sintomas antes do paciente chegar á unidade de emergência do hospital.

Segundo Smeltzer e Bare (2010) a característica fundamental do IAM é a dor prolongada, localizada na região subesternal, epigástrica, abdominal alta ou precordial, e se irradiando para o pescoço, ombro, mandíbula e para o braço e a mão esquerda.

Pinto (2009) citando (Goldman e Ausiello, (2005) comenta que “pelo menos 20% dos IAMs são indolores (“silenciosos”) ou atípicos (não –reconhecíveis)”. Já os pacientes idosos e os com diabetes apresentam uma tendência particular a um infarto do miocárdio indolor ou atípico, podendo ocorrer de um terço até a metade de tais pacientes (GOLDMAN; AUSIELLO, 2005).

Quanto aos aspectos relacionados à sobreposição dos medicamentos, tanto os cardiovasculares administrados (MCVA); os medicamentos não cardiovasculares administrados (MNCVA) e os medicamentos não cardiovasculares (MNCV). A distribuição dos idosos que sofreram sobreposição está representada na figura 1.

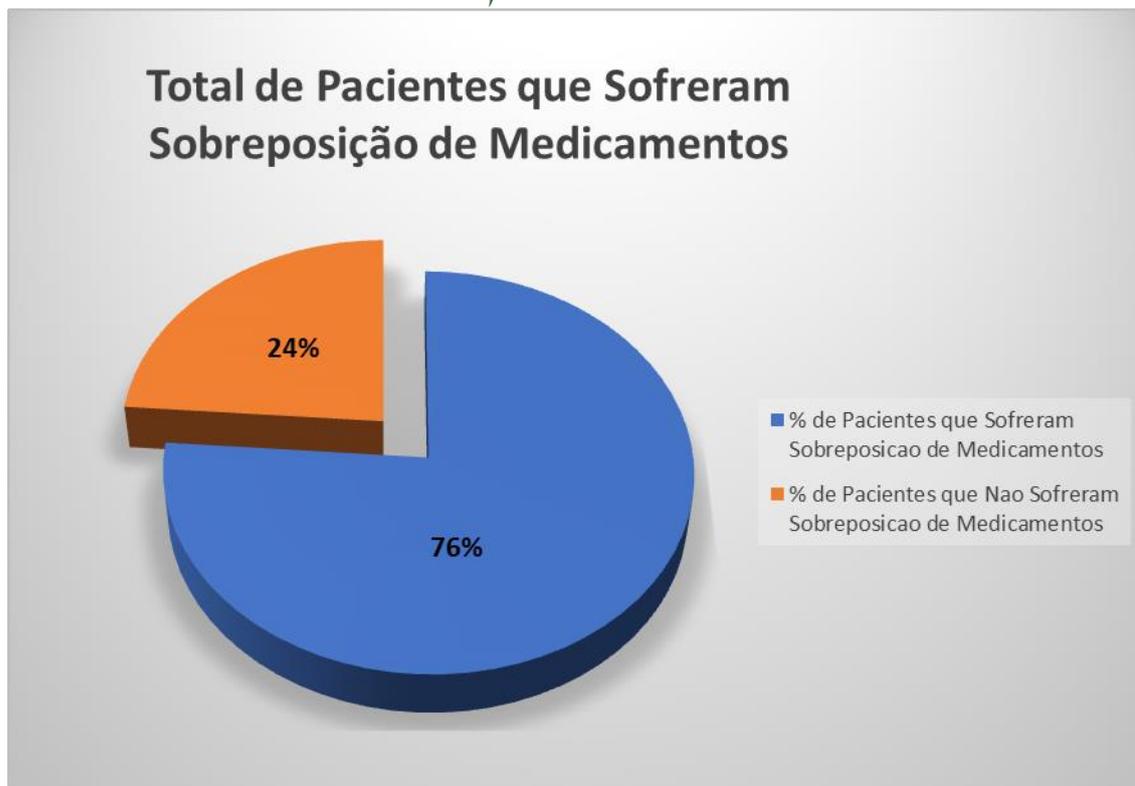


Figura 1 - Representação gráfica dos Idosos (n=21) com DCV, no período da internação, João Pessoa, PB, 2017. Fonte: Pesquisa direta 2016/2017.

Pode-se observar nesse gráfico o alto índice de pacientes que sofreram sobreposição medicamentos as (76%). Foi considerado sobreposição a partir de três medicamentos aprazados e administrados em um mesmo horário. É por meio do aprazamento que o enfermeiro organiza o plano terapêutico medicamentoso estabelecido aos pacientes e, na maioria dos hospitais, o padrão de intervalos de horários está relacionado à rotina de cuidados da enfermagem, de médicos e do serviço da farmácia. Essa distribuição de horários em momentos padronizados, fixos, acaba contribuindo para que vários medicamentos sejam dados no mesmo horário para o mesmo paciente, podendo causar a sobreposição e consequentemente a interação medicamentosa (SILVA *et al.*, 2010).

É de responsabilidade total e intransferível do enfermeiro o planejamento seguro e preciso dos horários de administração dos medicamentos com base na prescrição, na política de sua instituição e nas características particulares de cada medicamento. Para que esse aprazamento seja feito com excelência, é necessário o domínio do conhecimento sobre farmacologia, avaliação do estado geral do paciente e suas particularidades (FREIRE, 2009).

Isso pode ocorrer devido à politerapia, mais comum em idosos hospitalizados, que é o uso simultâneo de vários fármacos na prática clínica. A politerapia é justificável quando tem como objetivo obter efeito terapêutico sinérgico, aumentando, portanto, a eficácia do

fármaco, ou quando utilizada na terapia de múltiplas doenças coexistentes. Porém, tais combinações podem ter como resultado interações medicamentosas indesejadas (SILVA, 2010). A seguir é apresentado o arsenal terapêutico prescrito para os idosos com DCVs aprazados e administrados configurando sobreposições de medicamentos vistos na tabela 3.

Tabela 3 Distribuição do número de sobreposições de medicamentos administrados (MCVA, MCVOUTA e MNCVA), por horários aprazados dos idosos com DCV, João Pessoa-PB, 2017.

PACIENTES (n=21)	6 Hrs	8 Hrs	14 Hrs	18 Hrs	20 Hrs	22 Hrs
Paciente A	5					3
Paciente B	6		4		3	4
Paciente C						
Paciente D	3	3			3	
Paciente E		4				
Paciente F					3	
Paciente G	6	6			4	
Paciente H						
Paciente I	3				3	
Paciente J	6					
Paciente L	9					
Paciente M	4	3		3	3	
Paciente N						
Paciente O						
Paciente P	6			4		
Paciente Q	3			3		
Paciente R						
Paciente S	4					
Paciente T	3					
Paciente U	3				4	
Paciente V	3				3	
TOTAIS	64	16	4	10	19	7

Fonte: Pesquisa direta 2016/2017.

Percebe-se nesta tabela apenas horários pares com prevalência para às seis horas com 64 de medicações totais e às 20 horas com 19. No horário da 06h00min os pacientes que receberam maior número de medicações foram paciente B, G, J, L, e P. O paciente G duas horas depois recebe outro arsenal de seis medicamentos.

Vale ressaltar que os pacientes B, G, J, L e P, tiveram maiores números de sobreposições no horário das seis da manhã, sendo assim distribuídas por categoria de medicamento: paciente B, (4) medicações não cardiovasculares administradas (MNCVA) e (2) medicações cardiovasculares administradas (MCVA); paciente G, (3) MNCVA e 3

MCVA; paciente J, (4) MNCVA e e (2) MCVA; paciente L, (3) MNCVA e 6 MCVA e o paciente P com (4) MNCVA e (2) MCVA.

Araújo (2013) comenta em sua tese de doutorado que o aprazamento deve ter como objetivo a não sobreposição de horários e prevenir erros como dose errada, hora ou frequência erradas, omissão e/ou medicamentos errados. No entanto, nesta pequena amostra é possível observar vários medicamentos observados no mesmo horário com potencial para uma interação medicamentosa assim como uma sobrecarga de drogas, podendo potencializar ou minimizar os efeitos desejados das drogas prescritas.

Erros podem ocorrer em qualquer etapa da administração de medicamentos, podendo estar relacionado com a prescrição, à dispensação, à administração, ao monitoramento, ao gerenciamento e por fim ao gerenciamento pelo pessoal da enfermagem (ARAÚJO, 2013). Neste sentido a autora comenta que o enfermeiro assistencial deve fazer um julgamento clínico sobre os fármacos prescritos, levando em consideração o conhecimento sobre a absorção, eficácia e excreção, evitando a sobreposição dos medicamentos não momento de aprazar.

Costa (2009) comenta que os idosos são mais sensíveis, aumentando o risco de efeitos indesejados de fármacos diversos. Segundo o autor os idosos tem maior probabilidade de alterações farmacocinéticas, “em decorrência da capacidade de absorção na depuração renal diminuída e na redução da atividade de fluxo plasmático hepático”.

Neste aspecto Pinho *et al.* (2012) destacam que os idosos, geralmente, possuem uma distribuição irregular dos medicamentos além enfatizar que quando há sobreposição de dois fármacos com maior afinidade às proteínas plasmáticas e são administrados no mesmo horário, pode haver uma competição entre eles, no que , a droga com maior potencial de efeito farmacológico não estará ligada à proteína, no entanto livre dentro do plasma sanguíneo, resultando em maior probabilidade de toxicidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados evidenciaram grande necessidade de uma renovação na estratégia do aprazamento dos medicamentos para idosos, especificamente aos cardiopatas. Faz parte da assistência de enfermagem a segurança química dos fármacos administrados. Reconhecidamente, destaca-se às responsabilidades dos enfermeiros com relação às medidas para reduzir a prática de aprazamento de medicamentos variados no mesmo horário. Acredita-se que esta prática revisada, trará maiores benefícios dos fármacos sendo cardiovasculares ou

não, evitando efeitos adversos, favorecendo maior eficácia no processo terapêutico farmacológico aos idosos cardiopatas.

REFERÊNCIAS

ALVES, José Eustáquio Diniz. **Demografia e Economia: nos 200 anos da independência do Brasil e cenários para o século XXI**. Rio de Janeiro: [s. n.], 2022. 177 p. ISBN 978-65-88030-17-2. Disponível em: https://ens.edu.br:81/arquivos/Livro%20Demografia%20e%20Economia_digital_2.pdf. Acesso em 05 nov. 2023.

ARAÚJO, C.R.D. **Sobreposição no aprazamentos de medicamentos para idosos cardiopatas hospitalizados** [tese de doutorado] 234 p. Ribeirão Preto – SP. Universidade São Paulo (USP).

COSTA, S. C. **Avaliação da prescrição de medicamentos para idosos internados em Serviço de Clínica Médica do Sistema Único de Saúde em um hospital público universitário brasileiro** [manuscrito]. Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte - MG: 2009.

CESARINO, C.B.; CIPULLO, J.P.; MARTIN, J.F.V.; CIORLIA, L.A., GODOY, M.R.P.; CORDEIRO, J.A. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto – SP. *Arq Bras Cardiol.* v. 91, n.1, p. 31-35, 2008.

FREIRE, C. C. **Adesão e condições de uso de medicamentos por idosos**. 2009. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. Cecil: **Tratado de Medicina Interna**. 22. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. Vol. 2.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060**. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2018/projecoes_2018_populacao_2010_2060_20200406.xls. Acesso em 05 nov. 2023.

JOBIM, E.F.C.; SOUZA, V.O.; CABRERA M.A.S. Causas de hospitalização de idosos em dois hospitais gerais pelo Sistema Único de Saúde (SUS). *Acta scientiarum Health Sciences Maringá*, v. 32, n.1, p. 79-83, 2010.

KAWAACKI, E.L.; DIOGO, M. J. D. Variação da independência funcional em idosos hospitalizados relacionados a variáveis sociais e de Saúde. *Acta Fisiatr*, 2007; 14(3): 164-169.

LOCATELLI J. **Interações medicamentosas em idosos hospitalizados**. Einstein Online Traduzida. v.5, n.4, p.343-6, 2007.

LEMOS, A. J. G.; TRINDADE, E.J. Interferências no efeito farmacológico mediada pelas biotransformações dos citocromos P450. **CEULP, biomedicina**, 2011 (19). Disponível: http://www.ebah.com.br/content/cotocromo_p450. [acesso em JULHO DE 2017].

MACIEL, G.M.C.; SANTOS, R.S.; SANTOS, T.M.; MENEZES, M.P.; VITOR, A.F.; LIRA, A.L.B. Avaliação da fragilidade do idoso pelo enfermeiro R. *Enferm. Cent. O. Min.* v.6, n.3, p.2430-2438, 3016.

MARCUM, Z. A.; HANLON, J. T. Commentary on the New American Geriatric Society Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*. n.10, p. 151–159. 2012.

MELO, S.P. **Boas Práticas na administração de medicamentos** IN: IV SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM – Hospital Israelita Einstein 27 a 29 de setembro de 2012.

MENDES, G.S.; MORAES, C.F.; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. v.9, n.32, p. 273-278, 2014.

OCA-RODRIGUEZ, A.; NARANJO-RODRIGUEZ, Y.; MEDINA-GONZALES, G.; HERNANDEZ-MARTINEZ, B. JORGE-MOLINA, M. Características clínico-epidemiológicas de la hipertensión arterial con relación a variables modificables y no modificables. *Rev Soc Peru Med Interna*. v.25, n.2, p.70-73, 2012.

OLIVEIRA, S.M.J.V.; SANTOS, J.L.F., LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O.; PIERIN, A.M.G. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*. v.17,n.2, p. 241-249, 2008.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Rev. Texto & Contexto**, Florianópolis, v.17, n.4, p. 115 – 123, jan./mar., 2008.

ONU – Organização das Nações Unidas. Divisão de População da Organização das Nações Unidas. *Perspectivas da População Mundial 2022: Brasil: Percentage of population aged 65 years or over*. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/Graphs/Probabilistic/PopPerc/65plus/76>. Acesso em 05 nov. 2023.

PEREIRA R. J et all Análises do perfil socio-sanitário do idoso: a importância do programa de saúde da família. **Ver. Med. Minas Gerais**. v.20, n.1, p 5- 15, 2010.

PERES, M. A. C. Velhice, educação e exclusão: a educação de jovens e adultos e o analfabetismo entre idosos. *Verinotio – Revista on-line de educação e ciências humanas. Espaço de interlocução em ciência*. n.11, ANO vi, Abril/2010.

PINTO, D. S. R. Infarto agudo do Miocárdio Webartigos: 2009: <http://www.webartigos.com/artigos/infarto-agudo-do-miocardio/25820/#ixzz4oWq3BQ2q><http://www.webartigos.com/artigos/infarto-agudo-do-miocardio/25820/#ixzz4oWg8WKwE> [acesso em 31 de julho 2017].

PINHO, W. R.; ROSSETTO, E.; BUFALO, P. R.; OLIVEIRA, G. G. **Polifarmácia: interações medicamentosas droga-droga em pacientes idosos.** VI Congresso Multiprofissional em saúde de 18/06 a 22/06 de 2012.

SILVA, G. **Erro de medicamento:** estratégias e novos avanços para minimizar o erro. Webartigos.com. 2010. Disponível em www.webartigos.com/articles/33499/1-erro-de-medicamentos.1.html.

SILVA, G. **Erro de medicamento:** estratégias e novos avanços para minimizar o erro. Webartigos.com. 2010. Disponível em www.webartigos.com/articles/33499/1-erro-de-medicamentos.1.html.

SMELTZER, S.C. BARE, B. G.; HINKLE, J. L.; CHEEVER, K.H. **Bruner & suddart Tratado de enfermagem medico-cirúrgica** 10 ed.vol Cap.30, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. P.497 – 822.

SILVA, L.M.; MATOS, G.C.; BARRETO, B.G.; ALBUQUERQUE, D.C. Aprazamento de medicamentos por enfermeiros em prescrições de hospital sentinela. **Texto contexto - enferm.** n.13, p.722-730, 2013.

SILVA, P.C; DALMÁZ, C.A. Orientações na administração de medicamentos anti-hipertensivos em idosos. **Revista CIPPUS.** n.1, p. 139-150, 2013.

SIQUEIRA, A.B.; CORDEIRO, R.C.; PERRACINIA. M.R.; RAMOS, L.R. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos Rev. **Saude Pública** v.5, n.10, p. 687-694, 2004.

SOARES, M.N; CUSTÓDIO, M.R.N. Impactos emocionais da alteração da rotina em idosos hospitalizados. **Revista Psicologia.** v.14, n.21, p.-9-23, 2011.

SOAR, C. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos não institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.,** v.18, n.2, p.385-395, 2015.

ZASLAVSKY, C.; GUS, I. Idoso: Doença Cardíaca e Comorbidades. *Arq. Bras. Cardiol.* v.79, n.6, p.635-639, 2002.