

## ESTUDO SOBRE TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NO IDOSO CARDIOPATA HOSPITALIZADO

Cleide Rejane Damaso de Araújo <sup>(1)</sup>  
Maria Auxiliadora Pereira <sup>(2)</sup>

Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem Clínica.  
[cleidedamaso@gmail.com](mailto:cleidedamaso@gmail.com)

### RESUMO

**Introdução:** O rápido aumento do número de idosos na população brasileira, no que se refere à saúde pública, revela maior prevalência de doenças crônicas e presença de incapacidades, o que requer tratamentos contínuos, longos e onerosos. As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) têm contínua atenção da pesquisa científica a nível mundial, sendo as Doenças Cardiovasculares (DCVs) uma das principais causas de morte e incapacidades, entre os idosos <sup>(1)</sup>. Associadas a essas doenças encontram-se às consideradas comórbidas, tais como o *Diabetes Mellitus*, as doenças pulmonares, vascular periféricas, músculo esqueléticas, renais, hepáticas, neoplásicas, neurológicas, depressão dentre outras <sup>(2)</sup>. O sucesso do cuidado de enfermagem para idosos hospitalizados com DCVs depende do conhecimento, por parte dos enfermeiros, das condições clínicas desses idosos e da atualização sobre a de ação das medicações prescritas para o tratamento clínico das DCVs, incluindo o aprazamento adequado. Neste estudo, a intercessão de aprazamentos com justaposição de horários é denominada sobreposição no aprazamento da administração de medicamentos, embora na farmacologia o termo exista como sobreposição molecular de grupos funcionais terapêuticos <sup>(3)</sup>. A justificativa da pesquisa estabelece-se na vivência da prática hospitalar da pesquisadora, em casos de tratamento medicamentoso com dois ou mais fármacos concomitantes. Observou-se o aprazamento com administração de medicamentos em horários coincidentes, predispondo à Interação Medicamentosa (IM). Assim, é comum em instituições de saúde a padronização de horários para os medicamentos sem se considerar a idade do paciente, a multiplicidade de medicamentos, as doenças diagnosticadas, história de reações alérgicas, e dosagens inadequadas que podem resultar em riscos de interação medicamentosa (IMs) e em Reações Adversas de Medicamentos (RAMs). O presente extrato constitui um recorte dos resultados analíticos obtidos na pesquisa *stricto sensu* apresentada em dezembro de 2013 na Universidade São Paulo (USP). Objetivou-se, portanto, analisar os detalhes de aprazamento e nuances estatísticas das sobreposições de medicamentos cardiovasculares com outros medicamentos administrados. **Metodologia:** A pesquisa foi conduzida utilizando-se o método quantitativo, por meio de estudo não-experimental, transversal, descritivo, analítico e exploratório. A coleta de dados foi feita a partir de informações contidas nos prontuários dos idosos internados em enfermarias da especialidade de cardiologia de um

Hospital Público de João Pessoa - PB. A população foi composta de pacientes idosos ( $\geq 60$  anos, ambos os sexos) diagnosticados com DCVs, com ou sem doenças secundárias, admitidos para tratamento clínico e incluindo o tratamento medicamentoso com mais de um fármaco prescrito. Para identificar os pacientes de interesse no estudo, foi realizado um levantamento prévio no livro de registro de admissão e saída dos pacientes internados. Considerando esse processo, registrou-se o total de 165 pacientes de acordo com os critérios objetivados na clínica cardiológica. De posse dos números de registro junto a Divisão de Arquivo Médico e Estatístico (DIAME), foram excluídos 30 prontuários, dos quais 24 apresentavam duplicidade de registro no livro, 3 por constatar-se idades inferiores a 60 anos, e outros 3 não tiveram seus prontuários encontrados. Dessa forma, a coleta dos dados de interesse para a análise estatística foi realizada com 135 prontuários, no período de junho a agosto de 2012, utilizando um instrumento de observação e coleta elaborado pela pesquisadora com base na literatura sobre o tema, e considerando os objetivos do estudo. O referido instrumento pertence a categorias e listas de verificação que é “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” <sup>(4)</sup>. A Validação de face do instrumento utilizado foi feita por três pesquisadores das áreas de Farmacologia, Gerontologia e Enfermagem da instituição do estudo. As sugestões indicadas foram acatadas e organizadas na formatação de variáveis sociodemográficas, variáveis relativas aos aspectos clínicos e variáveis relacionadas à sobreposição de medicamentos. Para o processamento dos dados, foram elaboradas planilhas de dados no programa *Microsoft Excel 2010*, contendo específico dicionário (codebook). Duas planilhas foram utilizadas para a validação dos dados coletados. Após digitação e validação, os dados foram exportados para o *software* STATA, versão 12.0, para realização de análises estatísticas. Variáveis relacionadas à sobreposição medicamentosa foram tratadas como variáveis dependentes em que correlações foram analisadas com o objetivo de ressaltar os parâmetros significativos nas conclusões desta pesquisa. Para a análise das Interações Medicamentosas (IMs), foram utilizadas as monografias dos fármacos no *software* MICROMEDEX<sup>®</sup>. O acesso ao MICROMEDEX<sup>®</sup> foi obtido via Virtual Private Network (VPN) <sup>(5)</sup>. As medicações prescritas foram categorizadas em cardiovasculares e não cardiovasculares com seus nomes genéricos traduzidos para a língua inglesa com posterior análise de “medicamento com medicamento” no MICROMEDEX<sup>®</sup> para possíveis achados de Interações Medicamentosas. O método de determinação para o número de sobreposições foi sintetizado a partir da coleta dos dados de aprazamento das medicações administradas, entre a data de admissão e a data de alta de cada um dos idosos participantes ( $n = 135$ ). Desta coleta, o máximo número de frequência de aprazamentos, durante a internação de cada paciente em 24 horas, foi então registrado no instrumento de coleta como variável considerada para a determinação e análise de sobreposições. Foram cumpridos os procedimentos éticos preconizados de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde <sup>(6)</sup>, com registro no Comitê e Ética de Pesquisa do Hospital do estudo sob nº 01158512.1.0000.5183. **Resultados:** Do total de

135 idosos ( $\geq 60$  anos) com diagnóstico médico DCVs, 88 (65%) eram homens e 47 (35%), mulheres. A idade dos idosos variou entre 60 e 93 anos, com média de 71,6 e desvio-padrão de 8,5 para as mulheres e média de 70,7 e desvio-padrão de 7,1 para os homens, sendo o intervalo com maior distribuição o de 60 a 64 anos, com 38 (28,2%) dos participantes. O número total de diagnóstico médico de DCV para a amostra estudada foi de 213 diagnósticos, sendo 139 (65,3%) para os homens e 74 (34,7%) para as mulheres. O número de diagnóstico médico de DCV por idoso variou entre 1 e 4, com média de 1,6 e desvio-padrão de 0,7. O número de diagnóstico relativo à outras doenças por idoso variou entre 0 e 12, com média de 1,4. A análise dos registros de diagnósticos de outras doenças revelou que 57 (42,2%) dos idosos eram acometidos de diabetes mellitus e 31 (23%) apresentavam alguma doença pulmonar. O número de fármacos prescritos por idoso variou entre 4 e 32, com média de 14,8 e desvio-padrão de 5,8. Importantes relações foram derivadas dos dados colhidos neste estudo. A primeira delas correlaciona o Máximo Número de Sobreposições (MNS) em 24 horas com o período de internação dos idosos cardiopatas (Figura 1). A duração de internação dos pacientes no espaço amostral variou de 1 a 55 dias. Embora o MNS durante o tempo decorrido tenha reportado uma tendência randômica, a simples regressão linear desses dados demonstra a propensão ao aumento de sobreposições proporcional ao aumento de dias de internação, obedecendo a uma tendência apontada pela literatura de pesquisa quantitativa <sup>(7)</sup>, onde é apontada, a importância, tanto para médicos como também o corpo de enfermagem, de observar as tendências de aumento do uso de drogas e polifarmácia ao longo do tempo.

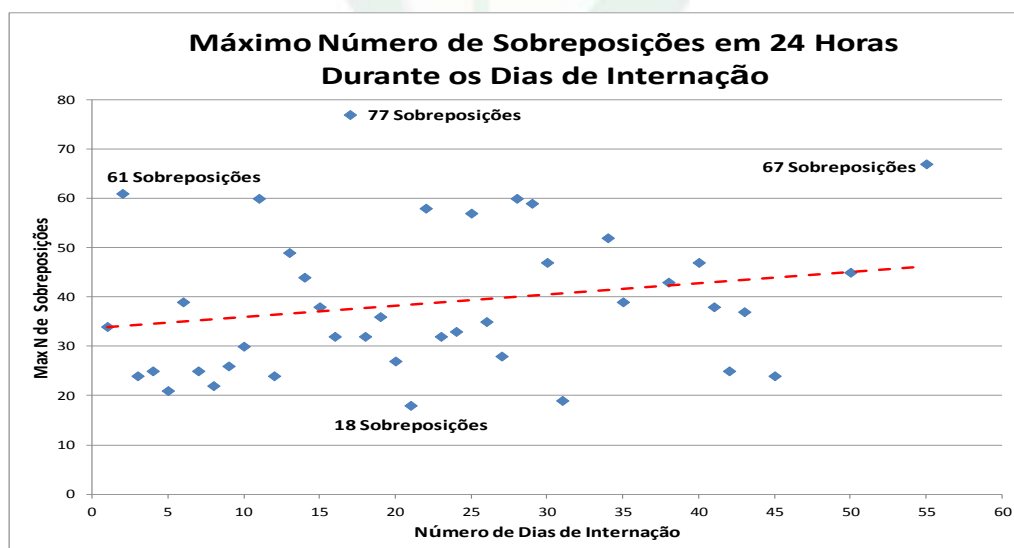


Figura 1 - Relação entre o MNS em 24 horas durante os dias de internação dos idosos cardiopatas

A segunda relação de importância foi observada entre o máximo número de sobreposições Medicamentos Não Cardiovasculares Administrados (MNCVA) e o número de diagnósticos de outras doenças. Dentre os 135 idosos com cardiopatias, houve registros de diagnósticos diferentes das DCV em número de 0 a 12. Foi observado que o



coeficiente de correlação de *Pearson* apresentou valor negativo significativo (-0,83), indicando a covariação inversamente proporcional entre as duas variáveis, ou seja, os pacientes com até cinco doenças não cardiovasculares apresentaram maior número de sobreposições MNCVA em relação aos demais pacientes com 6 a 12 diagnósticos, que não apresentam picos de sobreposições. Este resultado aponta para a ausência de correlação entre a proliferação de diagnósticos e a administração de medicações resultantes em sobreposições. A literatura geriátrica <sup>(8)</sup> aponta para a abordagem de uma metodologia para idosos constituída de paliativos administrados de tal maneira que permite a suspensão simultânea de vários medicamentos como ênfase à um melhor programa para eliminação de polifarmácia e sobreposições de fármacos, uma vez que a taxa de drogas e os problemas relacionados com a medicação inadequada nessa faixa etária é significativamente mais alta. Uma terceira relação de importância foi observada na correlação entre as médias das sobreposições e as condições de alta dos idosos. As médias foram calculadas a partir do total de sobreposições em 24 horas e associadas às condições de alta para cada idoso. O resultado do coeficiente de correlação foi significativo (80%). Quando as condições de alta dentro do preâmbulo de severidade são consideradas, tais dados favorecem, por exemplo, a correlação do número de óbitos com a proliferação das medicações ao longo de 24 horas durante o pico da internação. Da mesma forma, as transferências para outros setores de cuidados intensivos (CTI, UTI, Hemodiálise), apontam para a mesma significativa correlação. **Discussão:** A população mundial de idosos está aumentando incluindo no Brasil, cujo ônus é o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis e hospitalização <sup>(9)</sup>. Um estudo sobre o perfil das internações hospitalares da população idosa brasileira, mostram que a taxa de população idosa do sexo masculino é maior que a do sexo feminino nas hospitalizações, preponderando os octogenários <sup>(10)</sup>. O predomínio do sexo masculino em estudos com idosos hospitalizados pode estar relacionado ao fato de que os homens são menos cuidadosos com a saúde, ficando mais sujeitos à internação hospitalar <sup>(11)</sup>. Dos 135 idosos estudados, 36,3% haviam sido internados nos últimos 12 meses (retroativos à última internação), perfazendo média de 0,6 internação por idoso. O Brasil tem experimentado uma transição relevante no quadro de morbimortalidade, em que as DCVs passaram a ser responsáveis por mais de 40% das causas de morte da população idosa <sup>(12)</sup>. Em relação à administração de medicamentos como tratamento clínico de idosos com cardiopatias, este estudo mostra a necessidade da distribuição dos horários feita pelos enfermeiros de forma cautelosa para minimizar as sobreposições dos fármacos. Assim, o aprazamento dos medicamentos prescritos deve objetivar a não sobreposição de horários assim como também prevenir os erros mais frequentes tais como dose errada, hora ou frequência erradas, omissão e medicamento errado. O uso concomitante de diversos medicamentos vem sendo comumente utilizado na prática clínica, o que pode acarretar em interações medicamentosas <sup>(13)</sup>. O acompanhamento de idosos em uso de medicação contínua deve privilegiar orientação e informação periódicas do conjunto de medicamentos e de seus possíveis efeitos adversos. Embora o MNS durante o tempo decorrido tenha reportado uma tendência randômica, a simples regressão linear desses

dados (Figura 1) demonstra a propensão ao aumento de sobreposições proporcional ao aumento de dias de internação. Esta tendência é apontada pela literatura pertinente <sup>(13)</sup>, com destaque para a importância, tanto para médicos como para o corpo de Enfermagem, de se observar as tendências de aumento do uso de drogas e polifarmácia ao longo do tempo. Especialistas da área geriátrica <sup>(14)</sup> afirmam que medicamentos potencialmente inapropriados continuam a ser prescritos e utilizados como tratamento de primeira linha para a grande maioria dos pacientes vulneráveis como é o caso dos idosos. Evidenciou-se a prevalência de sobreposições para a categoria de MCVs com outras categorias de medicamentos, seguidas das medicações cardiovasculares administradas com outras da mesma categoria. **Conclusões:** O presente estudo possibilitou identificar e analisar a ocorrência de sobreposições de medicamentos e de possíveis interações medicamentosas entre idosos internados com DCV. O número de sobreposições e o índice de IMs evidenciadas neste estudo chamam a atenção para a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais da saúde, envolvidos neste processo, para o monitoramento mais efetivo da terapêutica medicamentosa, pois mesmo que os idosos não apresentem reações adversas relacionadas às interações, o risco existirá, podendo comprometer sua segurança química, hospitalizados ou não. **Referencias bibliograficas:**

1. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti LA. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD/98. Ciênc. Saúde Coletiva, Belo Horizonte. 2002; v. 7, n. 4, p. 813-824.
2. Miller KE, Zylstra RG, Standridge JB, The geriatric patient: A systematic approach to maintaining health. In: American Academy of Family Physicians. Vol. 61, 4, 2011 p.1-13. Web: <http://www.aafp.org/afp>; [Acesso em 25 de julho de 2011].
3. Carvalho I, Pupo MT, Borges ADL, Bernardes LSC. Introdução a modelagem molecular de fármacos no curso experimental de química farmacêutica. Quim. Nova. 2003; v. 26, n. 3, 428-438.
4. Mayring PHE. In: die qualitative sozial forschung 5 ed. Weinhein: Beltz. (2002).
5. Micromedex editorial process receives accreditation: Disponível em: <https://www.thompsonhc.com/hcs/librarian/PDFefaultActionId/pf.LoginAction/ssl/true?> [acesso 11 março a 10 de junho de 2013].
6. Brasil. Conselho Nacional de Saúde (Br) Resolução 196/96. Decreto 93.933/1987. 1996; quatro (Supl. 2): 15 -25.
7. Hovstadius B, Hovstadius K, Åstrand B, Petersson G. Increasing olypharmacy - an individual-based study of the Swedish population 2005-2008. Clinical Pharmacology. 2010. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6904/10/16>. [acesso em 20 de Abril de 2012].
8. Garfinkel D, Zur-gil S, Bem-isreal J. The war against polyparmacy: A newcost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. IMAJ. 2007; v. 9 jun.

9. Loyola Filho AI, Matos, DL.; Giatti, L. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2004; v.13, n.4, p.229 – 238.
10. Stort LB, Fabrício-Whebe SCC, Kusamota L, Rodrigues RAP, Marques, S. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. *Texto Contexto Enferm. Florianópolis*. 2013; abr – junho; 22(2): 452 – 9.
11. Amaral ACS, Coeli CM, Da-Costa MCE, Cardoso ALA, Fernandes CR. Morbidity and mortality profile of hospitalized elderly patients. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; v. 20, n. 6, p. 1617-1626.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil; 2009.
13. Moura EC. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (). *Rev. bras. epidemiol.* 2006. [online]. 2008; v.11, sup.1, p. 20-37.
14. American Geriatrics Society (AGS) Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal Compilation©*. 2012. Beers Criateria UpdatemExpert Panel.