

Uso de anti-inflamatórios e analgésicos por uma população de idosos atendida na Estratégia Saúde da Família

Use of anti-inflammatory and analgesic drugs in an elderly population registered with a Family Health Program

Luísa Scheer Ely¹
Paula Engroff¹
Samilla Roversi Guiselli²
Gabriele Carlos Cardoso²
Fernanda Bueno Morrone²
Geraldo Atílio De Carli¹

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Este estudo objetivou analisar a prevalência do uso de anti-inflamatórios e analgésicos em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre-RS, bem como investigar fatores associados: dados sociodemográficos e de saúde; uso contínuo ou se necessário da medicação; indicação médica ou automedicação. A coleta de dados ocorreu entre março de 2011 e dezembro de 2012. Os agentes de saúde comunitários aplicaram um questionário com dados sociodemográficos, de saúde e uso de medicamentos. Foram estudados os anti-inflamatórios não esteroidais, glicocorticoides, analgésicos não opioides e opioides de uso oral. Foram incluídos 758 idosos e o uso de anti-inflamatórios e analgésicos era feito por 28,8%. O paracetamol e o ibuprofeno foram os mais utilizados. No que diz respeito à autopercepção de saúde, quanto pior a saúde relatada, maior o uso da terapêutica ($p < 0,001$). A doença hepática e artrose/artrite/reumatismo mostraram estar associadas ao uso de anti-inflamatórios e analgésicos ($p < 0,001$). A prevalência de uso de anti-inflamatórios e analgésicos foi considerada moderada quando comparada a estudos prévios (28,8%). Além disso, a maioria dos idosos fazia uso desses medicamentos quando era preciso, provavelmente porque sentia dores leves a moderadas, não sendo necessário o uso contínuo da medicação ou também por sofrer com os efeitos adversos desses medicamentos, optando por usá-los esporadicamente.

Palavras-chave: Idoso; Estratégia Saúde da Família; Anti-inflamatórios; Analgésicos/efeitos adversos.

Abstract

The aim of this study was to analyze the prevalence of the use of anti-inflammatory and analgesic drugs among elderly persons from the Family Health Program in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, and investigate associated factors such as: sociodemographic and health data; continuous or as needed use of drug, drug used

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia, Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica. Porto Alegre, RS, Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia. Porto Alegre, RS, Brasil.

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul – FAPERGS, através do Processo nº 09/0075-7.

subject to medical prescription or self-medicated. Data collection occurred between March 2011 and December 2012. Community health workers applied a questionnaire relating to sociodemographic and health data and medication use. Non-steroidal anti-inflammatory drugs, glucocorticoids, non-opioid analgesics and opioids were evaluated. A total of 758 elderly persons were included and anti-inflammatory and analgesic drugs were used by 28.8% of the population. Acetaminophen and ibuprofen were the most frequently used drugs. Regarding self-perception of health, the worse the perception of health, the greater was the use of therapy ($p < 0.001$). Liver disease and osteoarthritis/arthritis/rheumatism were found to be associated with anti-inflammatory and analgesic use ($p < 0.001$). The prevalence of anti-inflammatory and analgesic use was considered moderate when compared to previous studies (28.8%). In addition, most of the elderly persons used the drugs when only needed, most probably due to feeling minor to moderate pain or because they had suffered the adverse effects of these medications in the past and so chose to use them sporadically.

Key words: Elderly; Family Health Strategy; Anti-Inflammatory Agents; Analgesics/adverse effects.

INTRODUÇÃO

O aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é uma das principais características do atual processo de envelhecimento populacional.¹ Dados nacionais apontam que as DCNTs elevam-se em idosos e respondem por 66,3% das patologias, enquanto as doenças infecciosas por 23,5% e causas externas por 10,2%.²

Em função da maior ocorrência de DCNTs em idosos, o consumo de medicamentos também se elevou nessa faixa etária.^{3,4} Diversos estudos farmacoepidemiológicos realizados em cidades brasileiras mostram que a prevalência de uso de medicamentos por idosos tem variado entre 70-92%, com média de utilização entre dois e cinco medicamentos por pessoa.^{5,6} O uso de vários medicamentos simultaneamente pode ser benéfico no tratamento de múltiplas doenças, mas aumenta também o risco de ocorrência de reações adversas e torna a manutenção da terapia mais difícil.⁷

Além disso, é importante relatar que muitas das DCNTs contribuem significativamente para o aparecimento de queixas de dor.⁸ Estima-se que 80 a 85% dos indivíduos com mais de 65 anos apresentem, pelo menos, um problema significativo de saúde que os predisponham à dor.⁹ A dor envolve componentes sensoriais,

cognitivos e emocionais, que muitas vezes podem ser tratados com meios não farmacológicos, tendo o apoio de uma equipe multidisciplinar, porém, o tratamento com medicamentos anti-inflamatórios ou analgésicos ainda é o mais utilizado.¹⁰

Estudos brasileiros relatam que o consumo de analgésicos por automedicação costuma ocupar efetivamente um lugar de destaque entre os idosos, considerando que o seu consumo está relacionado ao tratamento da dor e inflamação, sintomas comuns nessa fase.¹¹⁻¹³

O Painel da Sociedade Americana de Geriatria em “Dor Persistente em Idosos”¹⁴ verificou que os analgésicos não opioides são os medicamentos mais utilizados para manejo da dor, porém estudos^{12,14,15} têm mostrado um aumento do uso de analgésicos opioides na Europa e América do Norte. Os analgésicos opioides oferecem analgesia para dor moderada a severa, mas devem ser usados com cautela, uma vez que podem causar constipação, depressão respiratória e *dellirium*.¹⁴ Para alívio da dor e inflamação, os anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) são os mais utilizados em três áreas terapêuticas: reumatismo inflamatório (artrite reumatoide, espondiloartrite anquilosante ou psoríase), osteoartrite e dores comuns como dor de cabeça, traumas pequenos ou tendinites.¹⁰ Os glicocorticoides também são muito

prescritos para inflamação, principalmente em casos de osteoartrite, artrite reumatoide e doenças autoimunes, mas a prescrição deve ser previamente avaliada, pois possuem severos efeitos adversos.^{10,14}

Alguns estudos americanos e europeus sugerem que os anti-inflamatórios orais devem ser raramente prescritos ou administrados com muita cautela para o tratamento de dor crônica em pacientes idosos. O uso de AINES em idosos está associado ao alto risco de toxicidade gastrointestinal e insuficiência renal, além de estar relacionado a eventos cardiovasculares e a inúmeras interações medicamentosas.¹⁵

A Sociedade Americana de Geriatria sugere que o paracetamol deve ser prescrito precedendo os anti-inflamatórios orais. Entretanto, sabe-se que o paracetamol possui um metabólito tóxico que pode ser acumulado no fígado, portanto deve ser prescrito em doses reduzidas para idosos e para pacientes com doença hepática.^{14,15}

Os anti-inflamatórios em geral devem ser evitados em pacientes idosos, principalmente com úlcera péptica, doença crônica no fígado, cardíacos ou com hipertensão e que utilizam medicamentos com ação antiagregante plaquetária, como o ácido acetilsalicílico, corticosteroides ou inibidores da recaptção da serotonina.^{16,17} Muitos estudos têm indicado que a prevalência de prescrições com medicamentos que interagem entre si em pacientes usuários de anti-inflamatórios é muito alta e preocupante.¹⁸

Os idosos são grandes consumidores de serviços de saúde e, conseqüentemente, de medicamentos, incluindo anti-inflamatórios e analgésicos. Portanto, este estudo teve como objetivos analisar a prevalência do uso de anti-inflamatórios e analgésicos em uma amostra aleatória de idosos pertencentes à Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Porto Alegre-RS e investigar fatores associados como: dados sociodemográficos e de saúde; uso contínuo ou se necessário da medicação; indicação médica ou automedicação.

METODOLOGIA

Este estudo faz parte do “Estudo epidemiológico e clínico dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família do município de Porto Alegre (EMI-SUS)”. O EMI-SUS foi uma pesquisa realizada em uma amostra aleatória de 1.080 idosos pertencentes à ESF de Porto Alegre-RS.¹⁹

A coleta de dados ocorreu no período de março de 2011 a dezembro de 2012. Os idosos foram convidados a participar do estudo e posteriormente entrevistados em suas residências pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que foram treinados especificamente para a coleta dos dados pela equipe do projeto. O instrumento aplicado foi um questionário contendo dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade, renda, estado civil e aposentadoria), de saúde (autopercepção de saúde e patologias referidas) e quanto ao uso de medicamentos pelos idosos. Foram incluídos idosos cadastrados na ESF de Porto Alegre-RS e que aceitaram participar da pesquisa, e desses foram excluídos aqueles que não responderam a todo o questionário.

A coleta dos dados referente ao uso de medicamentos foi realizada por meio da prescrição do idoso no prontuário da família e conferida na sua residência com todos os medicamentos utilizados por ele. Para aqueles idosos que não eram capazes de responder ao questionário, o mesmo foi aplicado ao cuidador com o consentimento do idoso ou de seu representante legal. Durante a análise qualitativa do consumo individual de medicamentos, os ACSs fizeram registros do uso de medicamentos descritos por nome comercial ou princípios ativos. Foram observadas também as doses diárias utilizadas, quantidade da apresentação farmacêutica, tempo de uso (contínuo ou se necessário) e quanto à indicação (médica ou automedicação).

As variáveis de saúde foram classificadas como autopercepção de saúde, patologias relatadas pelos idosos (diabetes, doença cardiovascular,

câncer, artrite/artrose, doença hepática e doença renal). As patologias relatadas foram respondidas por meio da pergunta “*Algum médico já lhe disse que você tem ou teve alguma dessas doenças?*” (as patologias estavam listadas e foram explicadas pelo ACS).

Os medicamentos foram classificados por princípio ativo com base no sistema de classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC), recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).²⁰ Para este estudo foram incluídos e categorizados os AINES, glicocorticoides, analgésicos não opioides e analgésico opioides de uso oral.^{21,22} Foram excluídos do banco de dados os chás e tinturas e não foram considerados o ácido acetilsalicílico 100 mg e os anti-inflamatórios e analgésicos de uso tópico. Os anti-inflamatórios coxibes (inibidores seletivos de COX-2) não foram considerados, pois nenhum paciente fazia uso dessa classe medicamentosa.

Os questionários foram digitalizados e armazenados em um banco de dados desenvolvido pelos pesquisadores, exclusivo para o projeto, em *software File Maker Pro Advanced Server*® versão 12. Os dados foram digitados em duplicata e posteriormente analisados por meio do *software* estatístico *SPSS*® versão 17. As variáveis foram descritas por meio de frequência, média e desvio-padrão. Para comparar as frequências das diferentes variáveis foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson. As variáveis ordinais foram comparadas pelo teste de tendência linear do Qui-quadrado. Foram considerados significativos valores de $p < 0,05$. Para análise multivariada foi utilizada a regressão logística binária, sendo o critério de entrada todas as variáveis com $p < 0,300$. No modelo final, foram mantidas as variáveis com valores de p independentes inferiores a 5 %.

Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul sob o nº 10/04967 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre sob o número 001.021.434.10.07/2010. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Neste estudo foram incluídos 758 idosos, 271 (35,8%) homens e 487 (64,2%) mulheres, com idade média de $76,3 \pm 3,0$ anos. O número de medicamentos variou entre 0 e 15, resultando em uma média de $4,0 \pm 0,1$ medicamentos. O uso de anti-inflamatórios e analgésicos era feito por 218 (28,8%) idosos, variando de 1 a 4 medicamentos e uma média de $1,3 \pm 0,6$. Entre as classes de anti-inflamatórios e analgésicos, 154 (70,6%) utilizavam analgésicos não opioides, 91 (41,7%), AINES, 36 (16,5%) eram usuários de glicocorticoides e três (1,4%), de analgésicos opioides. O paracetamol e o ibuprofeno foram os medicamentos mais utilizados, 148 (67,9%) e 69 (31,7%), respectivamente, seguido de diclofenaco de sódio, 19 (8,7%), prednisona 11 (5,0%), nimesulida, cinco (2,3%), entre outros.

Entre as variáveis sociodemográficas analisadas, a *faixa etária* não mostrou estar associada ao uso de anti-inflamatórios e analgésicos, assim como *estado civil*, *estar aposentado*, *renda familiar* e *escolaridade*. O sexo feminino utilizava com maior frequência anti-inflamatórios e analgésicos, 154 (31,7%; $p = 0,022$).

Diante das variáveis de saúde, a *autopercepção de saúde* mostrou estar relacionada ao uso de anti-inflamatórios e analgésicos, sendo que quanto pior a saúde relatada, maior o uso da terapêutica ($p < 0,001$). Entre as patologias descritas pelos idosos, a doença hepática e artrose/artrite/reumatismo mostraram estar associadas ao uso de anti-inflamatórios e analgésicos, 23 (46,0%; $p = 0,004$) e 121 (37,5 %, $p < 0,001$), respectivamente. Foi observado que quanto maior o uso de medicamentos em geral, maior o uso de anti-inflamatórios e analgésicos ($p < 0,001$) (tabela 1).

No modelo de regressão logística foi possível confirmar que as variáveis *autopercepção de saúde regular e má/péssima* ($p < 0,001$), doença hepática ($p = 0,021$) e artrite/artrose/reumatismo ($p < 0,001$) estavam relacionadas ao uso de anti-inflamatórios e analgésicos de forma independente (tabela 2).

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas, de saúde e número de medicamentos e a frequência de uso de anti-inflamatórios e analgésicos (n=758). Porto Alegre, RS, 2011-2012.

Variável	Distribuição da população n (%)	Uso de anti-inflamatórios e/ou analgésicos n (%)	p
Faixa etária^Y			
60 a 69 anos	453 (60,5)	135 (29,8)	0,632#
70 a 79 anos	221 (29,5)	59 (26,7)	
80 anos ou mais	75 (10,0)	22 (29,3)	
Sexo			
Masculino	271 (35,8)	64 (23,6)	0,022*
Feminino	487 (64,2)	154 (31,6)	
Estado civil^Y			
Casado	276 (36,8)	86 (31,2)	0,261
Solteiro	133 (17,7)	30 (22,6)	
Viúvo	230 (30,7)	65 (28,3)	
Separado	111 (14,8)	36 (32,4)	
Aposentado^Y			
Não	232 (32,1)	63 (27,2)	0,510
Sim	491 (67,9)	145 (29,5)	
Renda familiar^Y			
Até 1 SM	243 (37,0)	69 (28,4)	0,951#
2 a 6 SM	401 (61,1)	128 (31,9)	
7 SM ou mais	12 (1,8)	0 (0,0)	
Escolaridade^Y			
Analfabeto/alfabetizado fora da escola	205 (27,3)	62 (30,2)	0,498
Ensino fundamental incompleto	430 (57,3)	123 (28,6)	
Ensino fundamental completo ou mais	116 (15,4)	31 (26,7)	
Autopercepção de saúde^Y			
Ótima/boa	264 (35,4)	47 (17,8)	<0,001#*
Regular	404 (54,2)	137 (33,9)	
Má/péssima	78 (10,5)	34 (43,6)	
Doença hepática^Y			
Não	638 (92,7)	171 (26,8)	0,004*
Sim	50 (7,3)	23 (46,0)	
Artrite/artrose/reumatismo^Y			
Não	377 (53,9)	81 (21,5)	<0,001*
Sim	323 (46,1)	121 (37,5)	

Variável	Distribuição da população n (%)	Uso de anti-inflamatórios e/ou analgésicos n (%)	<i>p</i>
Doença neurológica ^Y			
Não	423 (59,7)	118 (27,9)	0,392
Sim	285 (40,3)	88 (30,9)	
Diabete ^Y			
Não	436 (71,2)	129 (29,6)	0,318
Sim	176 (28,8)	45 (25,6)	
Doença cardiovascular ^Y			
Não	159 (21,5)	40 (25,2)	0,228
Sim	579 (78,5)	174 (30,1)	
Uso de medicamentos ^Y			
Não utiliza medicamentos	111 (14,7)	0 (0,0)	<0,001*
1 a 3 medicamentos	245 (32,5)	62 (25,3)	
4 a 6 medicamentos	241 (31,9)	71 (29,5)	
7 ou mais medicamentos	158 (20,9)	85 (53,8)	
Total	758 (100,0)	218 (28,8)	

^YNem todos os idosos responderam a esse questionamento; SM= salário mínimo; #linear by linear; **p*<0,05.

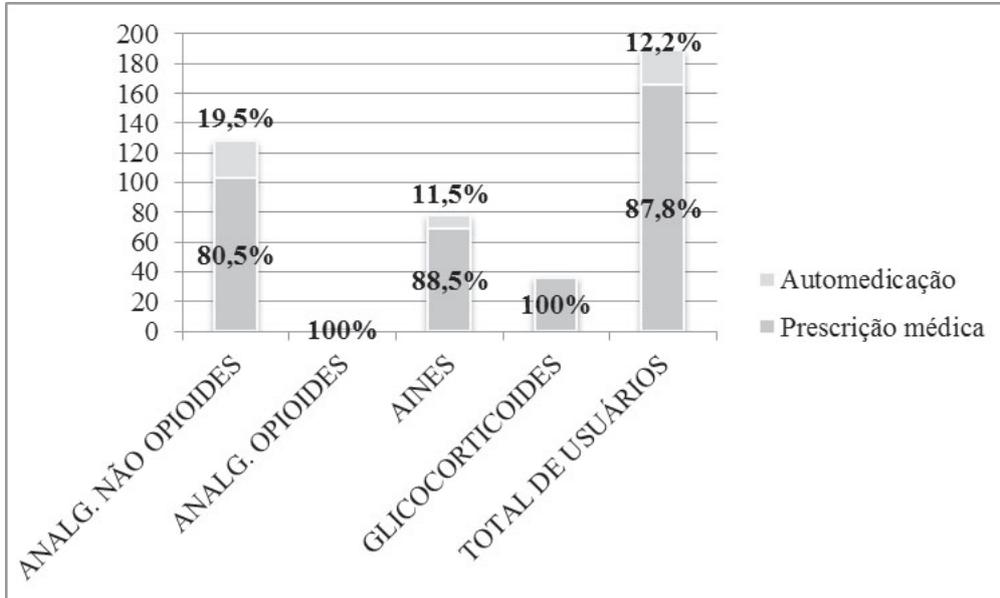
Tabela 2. Associação das variáveis sociodemográficas e de saúde de forma independente com o uso de anti-inflamatórios ou analgésicos. Porto Alegre, RS, 2011-2012.

Variável	RP ^Y	IC 95%	<i>p</i>
Sexo			
Masculino	1	.	.
Feminino	1,13	0,86-1,49	0,386
Autopercepção de saúde			
Ótima/boa	1	.	.
Regular	1,75	1,27-2,40	0,001*
Má/péssima	2,06	1,35-3,13	0,001*
Doença hepática			
Não	1	.	.
Sim	1,5	1,06-2,13	0,021*
Artrite/artrose/reumatismo			
Não	1	.	.
Sim	1,61	1,25-2,09	<0,001*

RP= razão de prevalência; IC= intervalo de confiança; **p*<0,05; ^Yanálise multivariada binária.

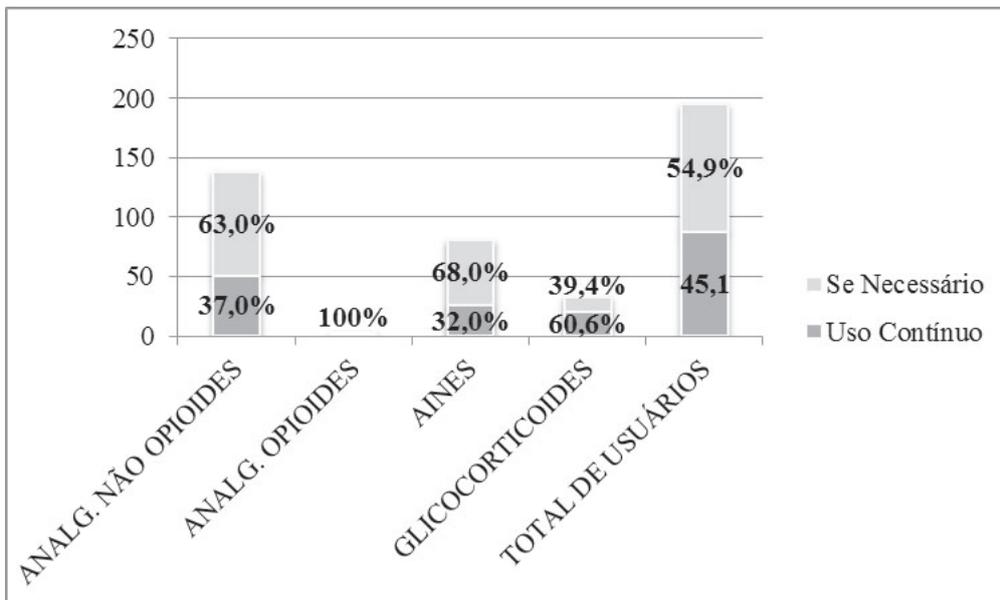
A figura 1 descreve que a maioria dos idosos utilizava anti-inflamatórios e analgésicos perante prescrição médica. A figura 2 mostra

que a maioria dos idosos que utilizava AINES e analgésicos não opioides fazia uso da medicação somente se necessário.



Alguns idosos disseram usar mais de uma classe de anti-inflamatórios ou analgésicos e outros não responderam a esse questionamento.

Figura 1. Frequência do uso de anti-inflamatórios e analgésicos, conforme prescrição médica ou automedicação. Porto Alegre, RS, 2011-2012.



Alguns idosos disseram usar mais de uma classe de anti-inflamatórios ou analgésicos e outros não responderam a esse questionamento.

Figura 2. Frequência do uso de anti-inflamatórios e analgésicos, conforme o uso contínuo ou se necessário. Porto Alegre, RS, 2011-2012.

DISCUSSÃO

A prevalência de uso de anti-inflamatórios e analgésicos neste estudo foi considerada moderada (28,8%) quando comparada a estudos prévios. Uma pesquisa feita na Finlândia descreveu que 70,0% da comunidade de idosos acima de 75 anos de idade fazia uso de um ou mais anti-inflamatórios ou analgésicos.²³ Pokela et al.¹⁴ também estudaram uma população de idosos finlandeses e relataram que 45,4% utilizavam anti-inflamatórios e analgésicos. Outro estudo feito na Suíça descreveu que 22,0% dos idosos participantes utilizavam anti-inflamatórios e analgésicos.²⁴ Já um estudo feito com idosos brasileiros, em Curitiba-PR, verificou que 37,0% da população estudada utilizavam anti-inflamatórios e analgésicos.²⁵ Em pesquisa feita com idosos gaúchos do município de Santa Rosa-RS, a prevalência de uso de anti-inflamatórios e analgésicos foi de 11,12%.²⁶

Além do uso moderado de anti-inflamatórios e analgésicos na população idosa, a maioria dos idosos estudados nessa pesquisa fazia uso desses medicamentos quando necessário, provavelmente porque sentia dores leves a moderadas, não sendo necessário o uso contínuo da medicação ou também podiam sofrer com os efeitos adversos desses medicamentos e optaram por usá-los esporadicamente. Porém, uma grande parte dos idosos utilizava esses medicamentos de forma contínua. Os protocolos clínicos para manejo da dor indicam que o ideal seria o uso esporádico de analgésicos e anti-inflamatórios, mas para aqueles pacientes com dor crônica, torna-se necessário o uso contínuo, portanto este deve ser bem avaliado e monitorado.^{27,28} Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica Brasileiro, o tratamento das dores crônicas deve respeitar a proposta da OMS de escalonamento (Degraus da Escada Analgésica), que inclui o uso de analgésicos, seguido da associação de analgésicos e anti-inflamatórios, fármacos adjuvantes e opioides (fracos e fortes).²⁹

Constata-se também que a maioria dos idosos investigados nessa pesquisa utilizava esses medicamentos sob prescrição médica. A

população estudada faz parte da ESF de Porto Alegre-RS, portanto, os medicamentos mais utilizados pelos idosos foram os existentes na lista de medicamentos dispensados gratuitamente na rede básica de saúde desse município, sendo necessária a prescrição médica para a retirada da medicação.

O uso de paracetamol (67,9%) se mostrou mais frequente entre a população estudada, seguido do ibuprofeno (31,7%). Estudos conduzidos com idosos no Canadá, Finlândia e Estados Unidos,^{24,30-32} entre os anos 1999 e 2008, mostram que os AINES eram usados com maior frequência do que o paracetamol. Essa mudança se deve, provavelmente, a programas educativos e publicação de novos protocolos que relatam o manejo apropriado para dor e inflamação em idosos.^{33,34} Os AINES provocam muitos efeitos adversos, principalmente no organismo envelhecido. Uma revisão sistemática com 13 estudos descreveu que das hospitalizações envolvendo medicamentos, 11,0% envolviam efeitos adversos e superdosagem referentes aos AINES.³⁵

Os glicocorticoides eram usados por 16,5% da população estudada. Esses fármacos possuem inúmeros efeitos adversos, especialmente quando utilizados em altas doses e por períodos prolongados, uma vez que interferem no metabolismo geral do organismo.¹⁸ O uso de opioides era feito apenas por três (1,4%) idosos. Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica Brasileiro, os opioides devem ser recomendados para aqueles pacientes que não respondem ou não toleram o uso de AINES ou analgésicos simples como paracetamol e dipirona.²⁹

Quanto aos aspectos sociodemográficos, cabe ressaltar que o uso de anti-inflamatórios e analgésicos era feito principalmente pelas mulheres idosas. O maior uso de medicamentos pelas idosas está descrito em inúmeros estudos, sendo que as mulheres normalmente possuem grande preocupação com a sua saúde e procuram mais os serviços que os homens.²⁶ Além disso, sabe-se que o uso de anti-inflamatórios

e analgésicos é mais frequente nas mulheres devido à maior prevalência de artrite, artrose e reumatismo.^{27,36,37}

Neste estudo observa-se que ocorreu uma associação entre o uso de anti-inflamatórios e analgésicos com a autopercepção de saúde, sendo que quanto pior a autopercepção de saúde, maior o uso desses medicamentos. O uso de anti-inflamatórios e analgésicos está diretamente relacionado com dor. Estudos mostram que 51,8% dos idosos que possuem dor têm as suas atividades de vida diária comprometidas, piorando a qualidade de vida e a autopercepção de saúde.^{8,9}

O uso de anti-inflamatórios e analgésicos foi associado aos idosos que relataram possuir doença hepática. Dado preocupante, uma vez que a utilização desses medicamentos deve ser feita com cautela em pacientes com problemas hepáticos. O paracetamol é um dos analgésicos que pode causar maior hepatotoxicidade. A dosagem do paracetamol em idosos deve ser individualizada, pois o organismo idoso possui maior dificuldade em eliminar o metabólito ativo do paracetamol, causando maiores danos no fígado, principalmente em pacientes que já possuem comprometimento nesse órgão.²⁷ O uso de anti-inflamatórios e analgésicos também foi associado aos idosos que relataram possuir artrite, artrose ou reumatismo. Sabe-se que o paracetamol é recomendado em protocolos atuais como primeira escolha de analgésico para dor leve a moderada devido à osteoartrite de joelho e quadril.¹⁵ Em pacientes em que o paracetamol não possui analgesia adequada ou pouco efeito anti-inflamatório, os AINES são usados como escolha.³⁸

A polifarmácia está diretamente ligada ao uso de anti-inflamatórios e analgésicos. O aumento do consumo de medicamentos acompanha a tendência do envelhecimento populacional, constituindo uma situação de normalidade na clínica médica. Entretanto, a introdução de um número crescente de especialidades farmacêuticas e de diferentes terapias apresentam, como consequência, os frequentes problemas da farmacoterapia (reações adversas, interações

medicamentosas, utilização errada, tratamento inadequado etc.) e, ainda, com maiores agravos em face dos processos patológicos e das mudanças fisiológicas próprias da idade.²⁵ Portanto, o uso de anti-inflamatórios e analgésicos deve ser bem avaliado antes de ser prescrito, já que possuem inúmeros efeitos adversos no organismo idoso e diversas interações medicamentosas.

As principais limitações deste estudo dizem respeito às informações relatadas pelos idosos ou cuidadores no momento da entrevista pelo questionário. Muitas informações, como o uso de medicamentos e patologias relatadas, foram conferidas no prontuário do usuário pelo ACS, porém, nem todos os prontuários estavam completos e em alguns momentos não continham a informação necessária.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostram a utilização moderada de anti-inflamatórios e analgésicos pelos idosos da Estratégia Saúde da Família do município de Porto Alegre-RS, sendo na sua maioria perante prescrição médica e por mulheres. Além disso, verificou-se que a faixa etária não mostrou estar associada ao uso de anti-inflamatórios e analgésicos, assim como estado civil, estar aposentado, renda familiar e escolaridade. A maioria dos idosos relatou fazer uso desses medicamentos quando era preciso, provavelmente porque sentia dores leves a moderadas, não sendo necessário o uso contínuo da medicação. Neste estudo observa-se uma associação entre o uso de anti-inflamatórios e analgésicos e a autopercepção de saúde, sendo que quanto pior a autopercepção de saúde, maior o uso desses medicamentos.

Verificou-se, ainda, a associação do uso de anti-inflamatórios e analgésicos com o relato de doença hepática, o que suscita uma preocupação: tal patologia não está sendo indagada pelo prescritor ou está sendo causada pelo uso excessivo de analgésicos, principalmente o paracetamol?

Estudos como este são importantes, pois podem ser utilizados como ferramenta para reorientação da assistência farmacêutica. Portanto, identificar as características e os fatores associados ao consumo de medicamentos pelos idosos brasileiros pode auxiliar no planejamento de ações para promoção do uso racional de medicamentos e, conseqüentemente, favorecer uma melhor qualidade de vida para esse grupo etário, além

de contribuir para a diminuição de gastos desnecessários com essas tecnologias pelo sistema de saúde.

Tornar a terapia medicamentosa da população idosa eficaz e racional é tarefa de todos os profissionais da saúde: médicos, farmacêuticos, enfermeiros e outros, que devem estar atentos à individualização do idoso e orientação da melhor terapia para esses indivíduos.

REFERÊNCIAS

- Mota PM, Lima ALZ, Coelho E, Paula EMX, Furini AAC. Estudo sobre a utilização de anti-inflamatórios não esteroidais prescritos em receitas para idosos da região Noroeste Paulista. *Rev Ciênc Farm Básica Apl* 2010;31(2):157-63.
- Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrão ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cad Saúde Pública* 2013;29(6):1217-29.
- Silva AL, Ribeiro AQ, Klein CH, Acúrcio FA. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. *Cad Saúde Pública* 2012;28(6):1033-45.
- Gallagher PF, Barry PJ, Ryan C, Hartigan I, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in an acutely ill population of elderly patients as determined by Beers' Criteria. *Age Ageing* 2008;37(1):96-101.
- Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005;39(6):924-9.
- Coelho JM Filho, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2004;38(4):557-64.
- Castel-Branco MM, Santos AT, Carvalho RM, Caramona M M, Santiago LM, Fernandez-Llimos F, et al. As bases farmacológicas dos cuidados farmacêuticos: o caso dos AINEs. *Acta Farm Port* 2013;2(2):9-27.
- Celich KLS, Galon C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2009;12(3):345-59.
- Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cad Saúde Pública* 2007;23(5):1151-60.
- Sicras-Mainar A, Cambra-Florensa S, Navarro-Artiedac R. Consumption of oral analgesics and dosage forms in elderly patients: population based study. *Farm Hosp* 2009;33(3):161-71.
- Cascaes EA, Falchetti ML, Galato D. Perfil da automedicação em idosos participantes de grupos da terceira idade de uma cidade do sul do Brasil. *ACM Arq Catarin Med* 2008;37(1):63-9.
- Loyola AI Filho, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006;22(12):2657-67.
- Santos TRA, Lima DM, Nakatani AYK, Pereira LV, Leal GS, Amaral RG. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2013;47(1):94-103.
- Pokela N, Bell JS, Lihavainen K, Sulkava R, Hartikainen S. Analgesic use among community-dwelling people aged 75 years and older: a population-based interview study. *Am J Geriatr Pharmacother* 2010;8(3):233-44.
- O'Neil CK, Hanlon JT, Marcum ZA. Adverse effects of analgesics commonly Used by older adults with osteoarthritis: focus on non-opioid and opioid analgesics. *Am J Geriatr Pharmacother* 2012;10(6):331-42.
- Gulmez SE, Droz-Perroteau C, Lassalle R, Blin P, Bégaud B, Rossignol M, et al. Are traditional NSAIDs prescribed appropriately among French elderly with osteoarthritis? Results from the CADEUS cohort. *Eur J Clin Pharmacol* 2011;67(8):833-8.
- Van Der Hooft CS, Jong GW, Dieleman JP, Verhamme KM, Van Der Cammen TJ, Stricker BH, et al. Inappropriate drug prescribing in older adults: the updated 2002 Beers criteria: a population-based cohort study. *Br J Clin Pharmacol* 2005;60(2):137-44.

18. Ljung R, Lu Y, Lagergren J. High concomitant use of interacting drugs and low use of gastroprotective drugs among NSAID users in an unselected elderly population. *Drugs Aging* 2011;28(6):469-76.
19. Gomes I, Nogueira EL, Engroff P, Ely LS, Schwanke CHA, De Carli GA, et al. The multidimensional study of the elderly in the family health strategy in Porto Alegre, Brazil (EMI-SUS). *PAJAR* 2013;1(1):20-4.
20. WHO. The Anatomical Therapeutic Chemical Classification System [Internet]. [S.l.] : WHO; 2003 [acesso em 10 nov 2013]. Disponível em: <http://www.whooc.no/atcddd/>
21. Hinz B, Brune K. Paracetamol and cyclooxygenase inhibition: is there a cause for concern? *Ann Rheum Dis* 2012;71(1):20-5.
22. Brunton LL, Chabner BA, Knollmann BC. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 12ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
23. Hartikainen SA, Mäntyselkä PT, Louhivuori-Laako KA, Sulkava RO. Balancing pain and analgesic treatment in the home-dwelling elderly. *Ann Pharmacother* 2005;39(1):11-16.
24. Johnell K, Fastbom J. Concomitant use of gastroprotective drugs among elderly NSAID/COX-2 selective inhibitor users: a nationwide register-based study. *Clin Drug Investig* 2008;28(11):687-95.
25. Penteado PTP, Cunico C, Oliveira KS, Polichuk M. O Uso de medicamentos por idosos. *Visão Acad* 2002;3(1):35-42.
26. Flores VB, Benvegnú LA. Perfi de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24(6):1439-46.
27. Federman AD, Litke A, Morrison S. Association of age with analgesic use for back and joint disorders in outpatient settings. *Am J Geriatr Pharmacother* 2006;4(4):306-15.
28. McLellan AT, Turner BJ. Chronic noncancer pain management and opioid overdose: time to change prescribing practices. *Ann Intern Med* 2010;152(2):123-4.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.083, de 02 de outubro de 2012. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dor crônica. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 out 2012. Seção 1, p. 54.*
30. Pitkala KH, Strandberg TE, Tilvis RS. Management of nonmalignant pain in home-dwelling older people: A population-based survey. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(11):1861-5.
31. Maxwell CJ, Dalby DM, Slater M, Patten SB, Hogan DB, Eliasziw M, et al. The prevalence and management of current daily pain among older home care clients. *Pain* 2008;138(1):208-16.
32. Pahor M, Guralnik JM, Wan JY, Ferrucci L, Penninx BW, Lyles A, et al. Lower body osteoarticular pain and dose of analgesic medications in older disabled women: the women's health and aging study. *Am J Public Health* 1999;89(6):930-34.
33. Campanelli CM. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60(4):616-31.
34. Karvonen AL, Hakala M, Helin-Salmivaara A. [The Safe use of non-steroidal anti-inflammatory drugs]. *Duodecim [Internet]* 2009 [acesso 2013 Nov 29];125(5):563-4. Disponível em: <http://www.kaypahoito.fi/web/english/home>. Finlândes
35. Howard RL, Avery AJ, Slavenburg S, Royal S, Pipe G, Lucassen P, et al. Which drugs cause preventable admissions to hospital? a systematic review. *Br J Clin Pharmacol* 2007;63(2):136-47.
36. Schneider V, Lévesque LE, Zhang B, Hutchinson T, Brophy JM. Association of selective and conventional nonsteroidal antiinflammatory drugs with acute renal failure: a population-based, nested case-control analysis. *Am J Epidemiol* 2006;164(9):881-9.
37. Hanlon JT, Backonja M, Weiner D, Argoff C. Evolving pharmacological management of persistent pain in older persons. *Pain Med* 2009;10(6):959-61.
38. Marcum ZA, Hanlon JT. Recognizing the risks of chronic non-steroidal anti-inflammatory drug use in older adults. *Ann Longterm Care* 2010;18(9):24-7.

Recebido: 16/7/2014

Revisado: 12/1/2015

Aprovado: 28/5/2015