

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG

**IATROGENIA MEDICAMENTOSA E SUA MERITÓRIA NA
PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Josianne Romagnoli Silva

Manhuaçu
2019

JOSIANNE ROMAGNOLI SILVA

**IATROGENIA MEDICAMENTOSA E SUA MERITÓRIA NA
PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Ensino Superior de Medicina do Centro Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à obtenção do título de Médico.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Henrique de Melo da Silva

Área de Concentração: Saúde do Idoso

Manhuaçu
2019

JOSIANNE ROMAGNOLI SILVA

**IATROGENIA MEDICAMENTOSA E SUA MERITÓRIA NA
PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no
Curso de Ensino Superior de Medicina da
Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu,
como requisito parcial à obtenção do título de
Médico.

Área de Concentração: Saúde do Idoso

Banca Examinadora

Data de Aprovação: ____/____/____

Prof. Dr.: Gustavo Henrique de Melo da Silva

Instituição: Centro Universitário UNIFACIG

Julgamento: _____

Profa. MSc: Elis de Oliveira Campos Paiva Mol

Instituição: Centro Universitário UNIFACIG

Julgamento: _____

Profa. MSc: Renata de Freitas Mendes

Instituição: Centro Universitário UNIFACIG

Julgamento: _____

RESUMO

Doenças ou complicações iatrogênicas são aquelas resultantes da intervenção do médico e/ou de outros profissionais da saúde, seja esta intervenção correta ou omissa, mas da qual resultam consequências prejudiciais para a saúde do paciente. As reações medicamentosas são a principal causa de manifestações iatrogênicas em todas as faixas etárias mas embora todos estejam sujeitos à riscos iatrogênicos estes são notadamente maiores nos idosos. Nesse contexto, o presente trabalho apresenta como tema a iatrogenia medicamentosa e sua meritória na prescrição médica com enfoque nos indivíduos idosos. Sendo seu objetivo reproduzir para a classe médica, as causas mais comuns da iatrogenia medicamentosa dentre o uso de medicamentos que devem ser evitados independentemente de condição clínica e os medicamentos que não devem ser usados a depender da condição clínica do paciente. A metodologia usada foi revisão bibliográfica, nos periódicos de 13 artigos obtidos através das principais bases de dados tais como, Medline, Lilacs(Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific electronic library on line) e Google Acadêmico, publicados no período de 2007 a 2018 e de dois livros conceituados em Geriatria. A partir desses trabalhos, foram selecionados os principais pontos para a construção do artigo e Oliveira et al.2016 concluiu a corroboração de conteúdo de 43 critérios de medicamentos que precisam ser evitados mesmo que a condição clínica do paciente não favoreça e 75 critérios que necessitam da avaliação da condição clínica dos idosos, além de que, o paciente idoso deve ser observado e estudado de maneira única, uma vez que há muitas variáveis que influenciam no seu desfecho clínico.

Palavras-chave: Iatrogenia. Idosos. Prescrição médica.

ABSTRACT

Illnesses or iatrogenic complications are those resulting from the intervention of the physician and / or other health professionals, whether this is correct or not, but the consequences of which are detrimental to the health of the patient. Drug reactions are the main cause of iatrogenic manifestations in all age groups but although all are subject to iatrogenic risks these are markedly greater in the elderly. Therefore, the present work presents as a topic the drug iatrogeny and its meritory in medical prescription focusing on the individuals with the best age. And its purpose is to reproduce for the medical class the most common causes of drug iatrogeny among the use of drugs that should be avoided regardless of clinical condition and medications that may not be used depending on the patient's clinical condition. The methodology used was a bibliographical review, through the selection of 13 articles obtained through the main data bases such as, Medline, Lilacs (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences), Scielo (Scientific electronic library on line) and Google Academic, published in the period from 2007 to 2018 and two books in Geriatrics. From these works, we selected the main points for the construction of the article and conclude with corroboration of content of 43 drug criteria that need to be avoided even if the patient's clinical condition does not favor 75 criteria that require the evaluation of the clinical condition of the elderly, and that the elderly patient should be observed and studied in a unique way, since there are many variables that influence their clinical outcome.

Keywords: Iatrogeny. Elderly. Doctor's prescription.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 METODOLOGIA	9
3 DESENVOLVIMENTO	10
4 CONCLUSÃO	28
5 REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

Iatrogenia é uma palavra que deriva do grego e significa “de origem médica”, portanto é compreendida como a afecção decorrente da intervenção do médico e/ou de seus auxiliares que converge em uma consequência prejudicial para a saúde do seu paciente. Independente da conduta tomada frente a uma enfermidade correta ou incorreta, justificada ou não, pode haver como consequência os sinais iatrogênico (CARVALHO FILHO; PAPÁLEO NETTO, 2006).

É possível reconhecer a doença nos contextos diagnósticos, nas ocorrências durante a internação e processos terapêuticos, o qual desvela a sua mais comum forma: a iatrogenia medicamentosa. (CARVALHO, 2007). No âmbito farmacológico, essa aparece como efeitos colaterais, resultado da interação entre medicamentos, abuso de fármacos de mesma classe, ultrapassando a janela terapêutica, uso de drogas inapropriadas para o paciente devido à sua idade e a comorbidades, além da prescrição posológica incorreta (FREITAS et al., 2006).

Os perfis dos pacientes mais suscetíveis à doença medicamentosa são aqueles que apresentam polipatologias, fazem uso abusivo de álcool, tem história previa de reação adversa a medicamentos e administram muitas drogas, bem como, pacientes idosos e do sexo feminino. A percepção de um caso iatrogênico requer, primeiramente, que o médico identifique o principal grupo de risco que compreende o idoso e, posteriormente, avalie os fatores predisponentes (FREITAS et al., 2006).

No envelhecimento, a farmacodinâmica e a farmacocinética são alterados mediante às características intrínsecas relacionadas as modificações senis. (CANINEU, 2006). Faz-se necessário, atentar para a escolha do tipo e da dosagem do medicamento a ser prescrito e inquirir, rigorosamente, sobre os demais medicamentos que já estão sendo administrados, uma vez que, os seus efeitos estão ligados à concentração sérica e à sensibilidade do organismo, ambos modificados nessa faixa etária (FREITAS et al., 2006).

Além disso, o idoso, em muitos casos, é assistido concomitantemente por diversos profissionais da saúde, o que propicia, com maior ocorrência, uma cascata iatrogênica (TAVARES, 2007). Isso remete à necessidade de todos os profissionais envolvidos indagarem os tipos e a quantidade de drogas que estão em uso pelo paciente. De igual modo, deve-se atentar para as condições cognitivas e intelectuais deste paciente, para notar se são capazes de compreender a forma de utilização e a posologia da medicação, bem como, a sua autonomia e independência para aderir corretamente ao tratamento. Neste contexto, o médico deve optar por vias mais adequadas, mais simples e fáceis de administração, como forma de profilaxia da doença medicamentosa (DINIZ, 2010).

Diagnosticar a iatrogenia medicamentosa no idoso exige muitas minúcias por parte do atendente, considerando os aspectos inespecíficos do quadro. Dentre os sinais e sintomas destacam-se: as indefinidas confusões mentais, depressão, anorexia, tendência à queda de repetição, insônia ou sonolência, tonteira, vômito, náuseas e constipação intestinal (CARVALHO FILHO; PAPÁLEO NETTO, 2006).

As complicações iatrogênicas são frequentes nos idosos por motivos já explanados, e adquirem maior importância, visto que, pode levar a consequências que reduzem drasticamente sua qualidade de vida (CHAIMOWICZ et al, 2010). Por essa gravidade e inespecificidade de indícios, o médico é forçado a ter profundo conhecimento sobre os medicamentos e o metabolismo do indivíduo que está sob seus cuidados, para que assim consiga avaliar a eficácia de certa conduta.

Portanto, a partir da análise teórica realizada esta temática constitui-se uma relevante situação-problema no cenário da saúde do idoso. Neste sentido, faz-se necessário um estudo bibliográfico que aborde este tema e sua meritória à prescrição médica, voltada para o profissional prescritor.

Diante do exposto, o objetivo do estudo é reproduzir para a classe médica as causas comuns da iatrogenia medicamentosa, incluindo o uso de medicamentos que devem ser evitados, independentemente da condição clínica do paciente, e os medicamentos que não devem ser prescritos, de acordo com o quadro clínico. Por conseguinte, na trilha dos objetivos propostos, fornecer dados e informações que possam contribuir com a qualidade de vida do idoso, promovendo a saúde e bem estar.

2 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, de caráter descritivo e abordagem qualitativa.

As pesquisas foram realizadas nos bancos de dados da Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library On line (SciELO) e Google Acadêmico, bem como, em livros e periódicos.

Os dados foram coletados no período de fevereiro à março de 2019 utilizando os descritores: saúde do idoso, iatrogenia, medicamentos, terceira idade e idosos.

Os critérios de inclusão dos artigos para esta revisão bibliográfica foram: textos disponíveis que abordassem as causas mais comuns da iatrogenia medicamentosa, publicações entre os anos de 2007 e 2018, nos idiomas português e inglês. Verificou –se que as publicações em língua inglesa foram as que mais adequaram-se aos critérios do estudo.

Posteriormente, os artigos encontrados foram selecionados seguindo os seguintes passos: leitura exploratória; leitura rigorosa; escolha do material que se adequassem aos objetivos e temática do estudo; leitura analítica e análise dos textos, finalizando com a realização de leitura interpretativa e redação do texto.

Como resultado obteve-se uma amostra composta por 13 artigos e 2 livros, os quais serão apresentados na próxima sessão.

3 DESENVOLVIMENTO

A iatrogenia, tema de crescente discussão em âmbitos geriátricos, caracteriza-se pelas decorrentes intervenções médicas, realizadas por médicos, equipe ou outros profissionais da área da saúde, seja essa correta ou incorreta, justificada ou não, mas que tenham consequências prejudiciais para a saúde do paciente. Estas ocorrências são mais relevantes em relação aos idosos, uma vez que, normalmente, existe uma equipe multidisciplinar envolvida nos atendimentos, com condutas variadas (FILHO et al., 2010).

A iatrogenia não se resume somente às interações medicamentosas, mas envolve também danos materiais e/ou psíquicos. Considerando esses aspectos, a relação médico-paciente torna-se de extrema importância, uma vez que, a qualidade desta relação diminui a propensão de riscos iatrogênicos. Entretanto, mesmo com todos os aparatos e cuidados, ainda é passível cometer iatrogenias, por isso há necessidade de realizar discussões em torno desta temática. Neste sentido, a abordagem deve ser complexa e cuidadosa nas variadas queixas existentes do paciente (TAVARES, 2007).

Uma característica forte na ocorrência da iatrogenia é a concepção da atuação profissional a partir do modelo biomédico, o qual baseia-se nos sintomas da doença, e conseqüentemente, a uma desvalorização da escuta do paciente, perdendo a capacidade de avaliar o sujeito como um todo. Outra situação inclui as condições físicas de trabalho, tal como acesso a materiais necessários, o preenchimento inadequado do prontuário médico, interferindo na conduta da continuidade do cuidado, e na própria formação médica. Tais aspectos são agravados quando o médico esconde sua responsabilidade diante de erros, acusando outros como causador do problema (TAVARES, 2007).

Dentro desse conceito, discute-se sobre o termo que, talvez, seria mais conveniente, "iatropatogenia", no qual destaca a noção maldosa do ato médico, ou seja, que provoca agravo ao paciente. Dentre os prejuízos materiais dispõe-se o uso de medicamentos, cirurgias, mutilações e outros, realizados de forma desnecessária. E no âmbito psicológico inclui-se as atitudes, o comportamento e o falar dos cuidadores para o paciente. Atualmente, ainda se pode reunir os prejuízos por imperícia, imprudência e negligência (REEVE et al., 2017).

Ao se pensar nos fatores históricos, abrangendo o início de acontecimentos iatrogênicos, existe uma revelação desde a mitologia grega, a qual já havia preocupações com fatores que não fossem em direção a cura. Segundo Canineu, (2006):

Os primeiros registros de iatrogenia datam de civilizações antigas, os Incas usavam a trepanação craniana para "afastar" as doenças mentais; no império Assírio-Babilônico, na Medicina vinculada à concepção religiosa da doença, preponderavam como métodos terapêuticos o exorcismo, sacrifícios e oferendas a deuses; o famoso Código de Hamurabi, em seu artigo 218, impõe pesado imposto ao médico pelo prejuízo causado a alguém: " caso o médico tenha tratado o ferimento grave de um homem livre, com um instrumento de Bronze, e esse venha a falecer, ou se tiver aberto a mancha no olho de alguém com o instrumento de

Bronze, provocando-lhe a inutilização da vista, ser-lhe-ão cortadas ambas as mãos (CANINEU, 2006, p.96).

Ainda nesta época supracitada, visava-se a cura da doença de forma a se utilizar “fármacos suaves”, tal como, incisões adequadas. O termo fármaco já possui o duplo sentido como medicamento e veneno, ainda hoje chamado de droga, devido a esse processo iatrogênico (CANINEU, 2006).

Em relação a medicalização, os fatores incluem a prescrição adequada que contém medicamentos, cujas vantagens prováveis suplantam os possíveis danos naquele indivíduo. Outras observações compreendem se existe uma alternativa mais adequada (por exemplo, mais segura ou menos custosa) e se ela se adequa às finalidades do cuidado, preferências e valores do indivíduo (REEVE *et al.*, 2017). Prescrever inapropriadamente engloba fazer uso de medicações que fornecem risco elevado de evento adverso, mesmo com indício de escolha igual ou mais positiva, com risco inferior para tratar a mesma condição. Além do mais, a prescrição inadequada compreende usar medicamentos em uma frequência ou período maior do que clinicamente sugeridos, o uso de múltiplos medicamentos que englobam interações medicamentosas ou medicamento-doença e, acima de tudo, a subutilização de medicamentos favoráveis que são clinicamente sugeridos, mas não são prescritos por distinção da idade ou razões incoerentes (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Abster-se de utilizar medicamentos inapropriados e a questão da prescrição apropriada, tem provocado grande interesse na literatura médica, e diversos critérios foram desenvolvidos nos últimos anos. Beers e seus companheiros (*apud* ONDER *et al.*, 2013) desenvolveram em 1991 um grupo de critérios com a finalidade de oferecer um material para avaliar a qualidade da prescrição em idosos. A versão mais atualizada pela Sociedade Americana de Geriatria em 2012, seus critérios evidenciaram 53 drogas inapropriadas ou classes de drogas divididas em três categorias: potencialmente inapropriadas para evitar a independência de comorbidades, drogas potencialmente inapropriadas para evitar em idosos com certas doenças e síndromes e medicamentos a serem usados com cuidado. O entrave dos critérios de Beers implicam o fato de que eles foram desenvolvidos para serem aplicados aos idosos que vivem nos EUA e não relacionam as diferenças na política de drogas e no marketing farmacêutico em outros países. Há pouco tempo, para triagem de drogas potencialmente inapropriadas, criaram o STOPP (Ferramenta de Seleção de Prescrições de Pessoas Idosas) e uma para detecção de prováveis omissões prescritas de drogas recomendadas e potencialmente benéficas denominadas START (ONDER *et al.*, 2013). Estes foram organizados de acordo com os sistemas fisiológicos e contêm a prescrição e a omissão potencialmente inapropriadas de farmacoterapia potencialmente benéfica.

Em 2016, Oliveira e colaboradores efetuaram estudo semelhante, providenciando a comprovação do material dos Critérios de Beers e colaboradores (2012) e a ferramenta STOPP (2006) para conseguir critérios brasileiros de classificação de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) para idosos. Na finalização do estudo de MPI para idosos apresentou o resultado de 43 critérios de medicamentos que necessitam poupar independentemente de condição clínica (Quadro 1) e 75 critérios que

dependem da condição clínica do indivíduo (Quadro 2). Poucos critérios não atingiram concordância entre os especialistas (OLIVEIRA et al., 2016).

Quadro 1 - Critérios de medicamentos que devem ser evitados independentemente de condição clínica

Numero	Critério	Racional exceção	
Sistema Nervoso Central e Medicamentos Psicotrópicos			
1	Antiparkinsonianos com forte ação anticolinérgica (biperideno e triexifenidil) para tratar os efeitos extrapiramidais de medicamentos neurolépticos	Risco de toxicidade anticolinérgica	_____
2	Anti-histamínicos de primeira geração (Bronfeniramina, Carbinoxamina, Ciproptadina, Clemastina, Clorfeniramina, Dexclorfeniramina, Difenidramina, Dimenidrinato, Doxilamina, Hidroxizina, Meclizina, Prometazina, Triprolidina).	Risco de sedação e efeitos anticolinérgicos (confusão, boca seca, constipação, entre outros). Há o desenvolvimento de tolerância, quando utilizados como hipnótico	O uso de Difenidramina, em situações como reação alérgica grave, pode ser apropriado.
3	O uso de Difenidramina, em situações como reação alérgica grave, pode ser apropriado.	O uso de Difenidramina, em situações como reação alérgica grave, pode ser apropriado.	O uso deve ser restrito aos casos nos quais estratégias não farmacológicas tenham falhado ou quando o paciente representa ameaça a si ou a outros.
4	Barbitúricos (Fenobarbital, Tiopental).	Alta proporção de dependência física, tolerância na indução do sono e risco de overdose em doses baixas.	_____
5	Benzodiazepínicos (Alprazolam, Bromazepam, Clobazam, Clonazepam, Clordiazepóxido, Cloxazolam, Diazepam, Estazolam, Flunitrazepam, Flurazepam, Lorazepam, Midazolam, Nitrazepam).	Em geral, os benzodiazepínicos aumentam o risco de comprometimento cognitivo, delirium, quedas, fraturas e acidentes automobilísticos. Evitar todos os benzodiazepínicos para tratar insônia, agitação ou delirium.	Podem ser apropriados para tratar crises convulsivas, distúrbios do sono REM, síndrome de abstinência a benzodiazepínicos e etanol, transtorno de ansiedade generalizada grave, em anestesia perioperatória e cuidados paliativos.
6	Mesilato de codergocrina para tratamento de demência.	Ausência de eficácia.	_____

Fonte: Adaptado OLIVEIRA et al., 2016

Quadro 1- Continuação

Numero	Critério	Racional	Exceção
7	Uso prolongado de neurolépticos como hipnóticos	Risco de confusão, hipotensão, efeitos extrapiramidais e quedas	_____
8	Evitar uso crônico (> 90 dias) de hipnóticos não benzodiazepínicos (Zolpidem).	Efeitos adversos similares aos benzodiazepínicos (por exemplo: delirium, quedas, fraturas). Pequena melhora na latência e duração do sono.	
9	Antidepressivos tricíclicos terciários (Amitriptilina, Imipramina, Nortriptilina, Clomipramina, Maprotilina) sozinhos ou em combinação.	Altamente anticolinérgicos, sedativos e causam hipotensão ortostática.	Podem ser apropriados para tratamento da dor e/ou depressão grave. Pode ser apropriado o uso da Nortriptilina para tratamento da depressão associada à doença de Parkinson em idosos jovens.
10	Tioridazina.	Altamente anticolinérgico e risco de prolongamento do intervalo QT.	
Sistema Cardiovascular			
11	Bloqueadores Alfa-1 para tratamento da hipertensão (Doxazosina, Prazosina, Terazosina).	Uso associado ao alto risco de hipotensão ortostática. Não recomendados para tratamento de rotina da hipertensão. Há alternativas com melhor relação risco-benefício	_____
12	Alfa agonistas de ação central para tratamento de rotina da hipertensão [Clonidina, Metildopa, Reserpina (> 0,1 mg/dia)].	Alto risco de efeitos adversos ao Sistema Nervoso Central (SNC). Podem causar bradicardia e hipotensão ortostática.	_____
13	Medicamentos antiarrítmicos classes Ia, Ic, III (Amiodarona, Propafenona, Quinidina, Sotalol).	Dados sugerem que o controle da frequência cardíaca proporciona melhor perfil risco-benefício do que o controle do ritmo em idosos. A Amiodarona está associada a doenças da tireóide, distúrbios pulmonares e prolongamento do intervalo QT.	_____
14	Aspirina em dose > 150 mg/dia.	Aumento do risco de hemorragia digestiva, sem evidência de aumento da eficácia	_____
15	Aspirina para tratar tonturas não claramente atribuíveis à doença cerebrovascular.	Não está indicada	_____
16	Digoxina > 0,125 mg/dia	A diminuição do clearance renal com o envelhecimento aumenta o risco de intoxicação digitálica. Além disso, na insuficiência cardíaca, as doses mais altas elevam o risco de toxicidade e não oferecem maiores benefícios.	_____

Fonte: Adaptado OLIVEIRA et al., 2016

Quadro 1- Continuação

Número	Critério	Racional	Exceção
17	Dipiridamol (comprimido de liberação imediata) como monoterapia para prevenção secundária de eventos cardiovasculares.	Sem evidência de eficácia como monoterapia para prevenção secundária de eventos cardiovasculares. Pode causar hipotensão ortostática. Há alternativas mais eficazes disponíveis.	-
18	Diuréticos de alça (Bumetanida, Furosemida, Piretanida) para edema de tornozelo, na ausência de sinais clínicos de insuficiência cardíaca.	Não há evidência da eficácia. Meias de compressão geralmente são mais apropriadas.	-
19	Diuréticos de alça (Bumetanida, Furosemida, Piretanida) como monoterapia de primeira linha para hipertensão.	Há alternativas mais seguras e eficazes.	-
20	Nifedipino, cápsula de liberação imediata.	Potencial para hipotensão. Risco de isquemia miocárdica.	-
21	Espironolactona > 25 mg/dia (pacientes com insuficiência cardíaca ou CrCl < 30 mL/min).	Risco de hipercalemia em pacientes com insuficiência cardíaca, especialmente com uso concomitante de anti-inflamatórios não esteroides, Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou bloqueadores do receptor da angiotensina.	-
22	Ticlopidina.	Há alternativas mais seguras e eficazes disponíveis.	-
Sistema Endócrino			
23	Estrógenos (com ou sem progesteronas). Evitar formas orais e adesivos transdérmicos.	Evidência de potencial carcinogênico (mama e endométrio). Além disso, ausência de efeito cardioprotetor e de proteção cognitiva em idosas.	-
24	Andrógenos.	Potenciais para problemas cardíacos e contraindicados para homens com câncer de próstata.	Evitar, a menos que estejam indicados para hipogonadismo moderado a grave.
25	Clorpropamida.	Meia-vida prolongada em idosos. Pode causar hipoglicemia e síndrome de secreção inapropriada do hormônio antidiurético.	-
26	Glibenclamida.	Maior risco de hipoglicemia prolongada grave em idosos.	-

Fonte: Adaptado OLIVEIRA et al., 2016

Quadro 1- Continuação

Número	Critério	Racional	Exceção
27	Hormônio do crescimento (Somatotropina).	Efeito sobre a composição corporal é pequeno e está associado ao surgimento de edema, artralgia, síndrome do túnel do carpo, ginecomastia e glicose de jejum alterada.	Evitar, exceto em casos de reposição hormonal, após remoção da glândula pituitária.
Sistema Gastrointestinal			
28	Antiespasmódicos gastrointestinais (Hiosciamina, Escopolamina).	Altamente anticolinérgicos. Efetividade incerta.	Evitar, exceto em cuidado paliativo de curto prazo para reduzir secreções orais.
29	Loperamida ou Codeína para tratamento de diarreia de causa desconhecida ou gastroenterite infecciosa grave.	Risco de diagnóstico tardio. Pode agravar a constipação com diarreia espúria e precipitar megacólon tóxico na doença inflamatória do intestino e retardar a recuperação da gastroenterite. Nos casos de gastroenterite infecciosa grave, existe o risco de exacerbação ou prolongamento da infecção.	-
30	Metoclopramida.	Pode causar efeitos extrapiramidais incluindo discinesia tardia. Risco pode ser ainda maior em idosos mais frágeis.	Evitar, exceto em casos de gastroparesia.
31	Óleo mineral (via oral).	Potencial para aspiração e efeitos adversos. Alternativas mais seguras disponíveis.	-
32	Inibidores de bomba de prótons (Omeprazol, Pantoprazol, Lanzoprazol, Rabeprazol, Esomeprazol e Tenatoprazol), para úlcera péptica na dosagem terapêutica integral por > 8 semanas.	Potencial para desenvolvimento de osteoporose/fratura, demência e insuficiência renal com o uso prolongado.	Descontinuação antes de oito semanas de uso ou redução da dose para tratamento, manutenção/profilático de úlcera péptica, esofagite ou Doença do Refluxo Gastroesofágico.
Sistema Musculoesquelético			
33	Relaxantes musculares (Carisoprodol, Ciclobenzaprina, Orfenadrina).	A maioria dos relaxantes musculares é mal tolerada por idosos devido aos efeitos anticolinérgicos, como sedação e consequente risco de fratura. A efetividade em doses toleradas por idosos é questionável.	-

Fonte: Adaptado OLIVEIRA et al., 2016

Quadro 1- Continuação

Número	Critério	Racional	Exceção
34	Uso prolongado de anti-inflamatórios não esteroides (AINE) não seletivos da COX2 (Aspirina > 325 mg/dia, Diclofenaco, Etodolaco, Fenoprofeno, Ibuprofeno, Cetoprofeno, Meloxicam, Naproxeno, Piroxicam).	Aumentam o risco de hemorragia gastrointestinal e úlcera péptica em grupos de alto risco, incluindo aqueles com idade > 75 anos ou que utilizam corticosteroides orais ou parenterais, anticoagulantes ou antiplaquetários. O uso de inibidores da bomba de prótons reduz, mas não elimina o risco.	Evitar uso crônico, exceto quando não houver outras alternativas e for possível associação com agente gastroprotetor.
35	Indometacina.	Aumenta o risco de hemorragia gastrointestinal e úlcera péptica em grupos de alto risco. Entre os anti-inflamatórios não esteroides (AINE), a Indometacina é o agente que causa mais efeitos adversos.	-
36	Cetorolaco.	Aumenta o risco de hemorragia gastrointestinal e úlcera péptica em grupos de alto risco, por pertencer à classe dos anti-inflamatórios não esteroides (AINE).	-
37	Uso prolongado (> 3 meses) de corticosteroides sistêmicos (Betametasona, Budesonida, Deflazacorte, Dexametasona, Fludrocortisona, Hidrocortisona, Metilprednisolona, Prednisolona, Prednisona) como monoterapia para artrite reumatoide ou osteoartrite.	Risco de efeitos adversos graves.	-
38	Uso prolongado de Colchicina para tratamento de longo prazo da gota, se não existir contra-indicação ao alopurinol.	O alopurinol é o medicamento profilático de primeira escolha na gota.	-
39	Uso prolongado de opióides fortes (Alfentanila, Fentanila, Hidromorfona, Metadona, Morfina, Nalbufina, Oxycodona, Petidina, Remifentanila, Sufentanila) como terapia de primeira linha para dor leve/moderada.	Não segue a escala analgésica da OMS.	-

Fonte: Adaptado OLIVEIRA et al., 2016

Quadro 1- Continuação

Número	Critério	Racional Exceção	
40	Petidina (Dolantina/Meperidina).	Não é um analgésico efetivo por via oral, em doses normalmente utilizadas. Pode causar neurotoxicidade. Há alternativas mais seguras disponíveis.	-
Diversos			
41	Nitrofurantoína.	Potencial para toxicidade pulmonar. Apresenta perda de eficácia em pacientes com ClCr < 60 mL/min devido à concentração inadequada do fármaco na urina. Há alternativas mais seguras disponíveis.	-
42	Corticosteroides sistêmicos (Betametasona, Deflazacorte, Dexametasona, Hidrocortisona, Metilprednisolona, Prednisolona, Prednisona) em vez de corticosteroides inalatórios, para terapia de manutenção da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) moderada a grave.	Exposição desnecessária aos efeitos adversos de longo prazo dos corticosteroides sistêmicos.	-
43	Teofilina como monoterapia para a doença pulmonar obstrutiva crônica.	Existência de alternativa mais segura e efetiva. Além disso, risco de efeitos adversos devido ao índice terapêutico estreito.	-

Fonte: Adaptado OLIVEIRA et al., 2016

Quadro 2 - Critérios a depender da condição clínica do paciente

Número	Condição Clínica	Critério	Racional	Exceção
1	Distúrbios hemorrágicos.	Antitrombóticos/Anticoagulantes (Aspirina, Clopidogrel, Dipyridamol, Varfarina).	Alto risco de sangramento em pacientes com distúrbio hemorrágico concomitante.	–
2	Alterações da condução cardíaca.	Antidepressivos tricíclicos (ex: Amitriptilina, Imipramina, Nortriptilina, Clomipramina).	Efeitos pró-arrítmicos.	–
3	Constipação crônica.	Antimuscarínicos utilizados no tratamento da incontinência urinária (ex: Oxibutinina, Darifenacina, Tolterodina, Solifenacina).	Podem agravar a constipação devido à forte ação anticolinérgica.	–
4		Bloqueadores dos canais de cálcio não diidropiridinas (Diltiazem, Verapamil).	Podem agravar a constipação.	–
5		Anti-histamínicos de primeira geração (Bronfeniramina, Dexbronfeniramina, Carbinoxamina, Ciproheptadina, Clemastina, Dexclorfeniramina, Difenidramina, Dimenidrinato, Doxilamina Hidroxizina, Prometazina, Triprolidina).	Podem agravar a constipação devido à forte ação anticolinérgica.	Evitar, a menos que não haja outra alternativa.
6		Medicamentos anticolinérgicos e antiespasmódicos gastrointestinais (Atropina, Diclomina, Homatropina, Escopolamina, Hioscina).	Podem agravar a constipação devido à forte ação anticolinérgica.	Evitar, a menos que não haja outra alternativa.
7		Antipsicóticos (Clorpromazina, Clozapina, Flufenazina, Olanzapina, Pimozida, Prometazina, Tioridazina, Trifluoperazina).	Podem agravar a constipação devido à forte ação anticolinérgica.	–
8		Antidepressivos tricíclicos (Amitriptilina, Imipramina, Nortriptilina, Clomipramina).	Podem agravar a constipação devido à forte ação anticolinérgica.	–
9		Opioides (Morfina, Oxicodeona, Codeína, Petidina, Fentanil, Sufentanil, Nalbufina, Tramadol) em uso regular (> 2 semanas), sem o uso concomitante de laxantes.	Risco de constipação grave.	–

Fonte: Adaptado OLIVEIRA et al., 2016

Quadro 2 – Continuação

Número	Condição Clínica	Critério	Racional	Exceção
10	Constipação crônica	Antiparkinsonianos (Biperideno, Triexifenidil).	Podem agravar a constipação devido à forte ação anticolinérgica.	–
11		Relaxantes Musculoesqueléticos (Carisoprodol, Ciclobenzaprina, Orfenadrina, Tizanidina).	Podem agravar a constipação devido à forte ação anticolinérgica.	–
12	Doença Renal Crônica (Estágios IV e V).	Anti-inflamatórios não esteroides (Indometacina, Diclofenaco, Etodolaco, Cetorolaco, Aceclofenaco, Piroxicam, Tenoxicam, Lornoxicam, Meloxicam, Ibuprofeno, Naproxeno, Cetoprofeno, Ácido Mefenâmico, Celecoxibe, Parecoxibe, Etoricoxibe, Benzidamina, Nimesulida, Glicosamina, Condroitina).	Podem aumentar o risco de lesão renal e deterioração da função renal.	–
13		Triantereno.	Pode aumentar o risco de lesão renal.	–
14	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.	Betabloqueadores, não cardioseletivos (Carvedilol, Labetalol, Nadolol, Pindolol e Propranolol).	Risco aumentado de broncoespasmo.	–
15	Diabetes Mellitus e episódios frequentes de hipoglicemia (> 1 episódio/mês).	Betabloqueadores.	Risco de mascarar sintomas de hipoglicemia.	–
16	Delirium.	Anticolinérgicos.	Pode induzir ou agravar o delirium.	–
17		Benzodiazepínicos (Alprazolam, Estazolam, Lorazepam, Clordiazepóxido, Clonazepam, Diazepam, Flurazepam).	Pode induzir ou agravar o delirium.	–
18		Clorpromazina.	Pode induzir ou agravar o delirium.	–

Fonte: Adaptado OLIVEIRA et al., 2016

Quadro 2 – Continuação

Número	Condição Clínica	Critério	Racional	Exceção
19	Delirium.	Corticosteroides (Dexametasona, Prednisolona, Metilprednisolona, Betametasona, Hidrocortisona).	Pode induzir ou agravar o delirium.	-
20		Antagonistas dos receptores H2 (Cimetidina, Ranitidina, Famotidina, Nizatidina).	Pode induzir ou agravar o delirium.	-
21		Petidina.	Pode induzir ou agravar o delirium.	-
22		Sedativos hipnóticos (Zolpidem).	Pode induzir ou agravar o delirium.	-
23		Tioridazina.	Pode induzir ou agravar o delirium.	-
24		Antidepressivos tricíclicos (Amitriptilina, Imipramina, Nortriptilina, Clomipramina).	Pode induzir ou agravar o delirium.	-
25	Demência e comprometimento cognitivo.	Antipsicóticos, tanto uso crônico e conforme a necessidade: (Clorpromazina, Clozapina, Flufenazina, Olanzapina, Pimozida, Tioridazina, Trifluoperazina).	Os antipsicóticos devem ser evitados para tratar os problemas comportamentais da demência, pois estão associados a um risco aumentado de AVC e de mortalidade em pacientes com demência.	A menos que os recursos não farmacológicos tenham falhado e o paciente represente uma ameaça a si ou a outros.
26		Benzodiazepínicos (Alprazolam, Estazolam, Lorazepam, Clordiazepóxido, Clonazepam, Diazepam, Flurazepam).	Devem ser evitados, devido aos efeitos adversos ao SNC.	-
27		Antimuscarínico para bexiga hiperativa (Oxibutinina).	Risco de aumento da confusão e agitação.	-
28		Antiespasmódicos gastrointestinais (Atropina, Dicyclomina, Homatropina, Escopolamina, Hioscina).	Devem ser evitados, devido aos efeitos adversos ao SNC.	-
29		Antagonistas dos receptores H2 (Cimetidina, Ranitidina, Famotidina, Nizatidina).	Devem ser evitados, devido aos efeitos adversos ao SNC.	-

Fonte: Adaptado OLIVEIRA et al., 2016

Quadro 2 – Continuação

Número	Condição Clínica	Critério	Racional	Exceção
30	Demência e comprometimento cognitivo.	Relaxantes musculares (Carisprodol, Ciclobenzaprina, Orfenadrina, Tizanidina).	Devem ser evitados, devido aos efeitos adversos ao SNC.	–
31		Opioides (Morfina, Oxiconona, Codeína, Petidina, Fentanil, Sufentanil, Nalbufina, Tramadol), uso prolongado.	Risco de exacerbação do déficit cognitivo.	A não ser que esteja indicado para cuidados paliativos ou manejo da dor crônica moderada a grave.
32		Antidepressivos tricíclicos (Amitriptilina, Imipramina, Nortriptilina, Clomipramina).	Devem ser evitados, devido aos efeitos adversos ao SNC. Risco de agravamento da disfunção cognitiva.	–
33		Zolpidem.	Deve ser evitado, devido aos efeitos adversos ao SNC.	–
34		Anti-histamínicos (Bronfeniramina, Carbinoxamina, Ciproheptadina, Clemastina, Difenidramina, Dimenidrinato, Hidroxizina).	Deve ser evitado, devido aos efeitos adversos ao SNC.	–
35		Antiparkinsonianos (Triexifenidil, Biperideno).	Deve ser evitado, devido aos efeitos adversos ao SNC.	–
36	Glaucoma.	Antimuscarínicos para bexiga hiperativa (Oxibutinina).	Risco de exacerbação aguda do glaucoma.	–
37		Ipratrópio (nebulização).	Pode exacerbar o glaucoma.	–
38		Antidepressivos tricíclicos (Amitriptilina, Imipramina, Nortriptilina, Clomipramina).	Provável exacerbação do glaucoma.	–
39	Gota.	Diuréticos tiazídicos (Hidroclorotiazida, Clortalidona).	Pode exacerbar a gota.	–
40	Insuficiência cardíaca.	Bloqueadores dos canais de cálcio, não diidropiridinas (Diltiazem, Verapamil).	Potencial para promover a retenção de fluidos e agravamento da insuficiência cardíaca.	Evitar somente em disfunção sistólica.

Fonte: Adaptado OLIVEIRA et al., 2016

Quadro 2 – Continuação

Número	Condição Clínica	Critério	Racional	Exceção
41	Insuficiência cardíaca.	Cilostazol.	Potencial para promover a retenção de fluidos e exacerbar a insuficiência cardíaca.	–
42		Anti-inflamatórios não esteroidais (Indometacina, Diclofenaco, Etodolaco, Cetorolaco, Aceclofenaco, Piroxicam, Tenoxicam, Lornoxicam, Meloxicam, Ibuprofeno, Naproxeno, Cetoprofeno, Ácido Mefenâmico, Celecoxibe, Parecoxibe, Etoricoxibe, Benzidamina, Nimesulida, Glicosamina, Condroitina).	Potencial para promover a retenção de fluido e exacerbar a insuficiência cardíaca.	–
43		Tiazolidinedionas (pioglitazona).	Potencial para promover a retenção de fluido e exacerbar a insuficiência cardíaca.	–
44	História de câncer de mama ou tromboembolismo venoso.	Estrógenos e análogos (Etinilestradiol, Estradiol, Estriol, Promestrieno, Dietilestilbestrol, Tibolona).	Aumenta o risco de recorrência.	–
45	História de quedas/ fraturas.	Anticonvulsivantes (Fenobarbital, Primidona, Fenitoína, Clonazepam, Carbamazepina, Oxcarbazepina, Ácido Valpróico, Vigabatrina, Lamotrigina, Topiramato, Gabapentina, Pregabalina).	Capacidade de produzir ataxia, comprometimento da função psicomotora, síncope e quedas adicionais.	Evitar, exceto em convulsões.
46		Anti-histamínicos de primeira geração (Bronfeniramina, Dexbronfeniramina, Carbinoxamina, Ciproptadina, Clemastina, Dexclorfeniramina, Difenidramina, Hidroxizina, Prometazina, Triprolidina).	Sedativo. Podem causar déficit sensorial e hipotensão postural.	–

Fonte: Adaptado OLIVEIRA et al., 2016

Quadro 2 – Continuação

Número	Condição Clínica	Critério	Racional	Exceção
47	História de quedas/ fraturas.	Antipsicóticos (Clorpromazina, Flufenazina, Haloperidol, Pimozida, Tioridazina, Aripiprazol, Clozapina, Olanzapina, Paliperidona, Quetiapina, Risperidona, Ziprasidona).	Capacidade de produzir ataxia, comprometimento da função psicomotora, síncope e quedas adicionais. Podem ainda causar dispraxia da marcha e parkinsonismo.	–
48		Benzodiazepínicos.	Capacidade de produzir ataxia, comprometimento da função psicomotora, síncope e quedas adicionais. Podem causar déficit sensorial e comprometer o equilíbrio.	–
49		Hipnóticos não benzodiazepínicos (Zolpidem).	Capacidade de produzir ataxia, comprometimento da função psicomotora, síncope e quedas adicionais.	–
50		Opioides (Morfina, Oxycodona, Codeína, Petidina, Fentanil, Sufentanil, Nalbufina, Tramadol), uso prolongado.	Risco de sonolência, hipotensão postural, vertigem.	–
51		Inibidores seletivos da recaptação de Serotonina (Fluoxetina, Citalopram, Paroxetina, Sertralina, Fluvoxamina, Escitalopram, Venlafaxina).	Capacidade de produzir ataxia, comprometimento da função psicomotora, síncope e quedas adicionais.	–
52		Antidepressivos tricíclicos (Amitriptilina, Imipramina, Nortriptilina, Clomipramina).	Capacidade de produzir ataxia, comprometimento da função psicomotora, síncope e quedas adicionais.	–

Fonte: Adaptado OLIVEIRA et al., 2016

Quadro 2 – Continuação

Número	Condição Clínica	Critério	Racional	Exceção
53	História de úlcera péptica.	Anti-inflamatórios não esteroidais NÃO SELETIVOS da COX-2 (Indometacina, Diclofenaco, Etodolaco, Cetorolaco, Aceclofenaco, Piroxicam, Tenoxicam, Lornoxicam, Meloxicam, Ibuprofeno, Naproxeno, Cetoprofeno, Ácido Mefenâmico, Benzidamina, Nimesulida, Glicosamina, Condroitina).	Pode agravar úlceras existentes ou causar novas úlceras.	Uso concomitante de agente para proteção gástrica.
54		Anti-inflamatórios não esteroidais SELETIVOS da COX-2 (Celecoxibe, Parecoxibe, Etoricoxibe).	Pode agravar úlceras existentes ou causar novas úlceras.	Uso concomitante de agente para proteção gástrica.
55	Hipertensão.	Anti-inflamatórios não esteroidais em pacientes com hipertensão moderada (160/100 mmHg – 179/109 mmHg) a grave (\geq 180/110 mmHg): (Indometacina, Diclofenaco, Etodolaco, Cetorolaco, Aceclofenaco, Piroxicam, Tenoxicam, Lornoxicam, Meloxicam, Ibuprofeno, Naproxeno, Cetoprofeno, Ácido Mefenâmico, Celecoxibe, Parecoxibe, Etoricoxibe, Benzidamina, Nimesulida, Glicosamina, Condroitina).	Risco de exacerbação da hipertensão.	–
56	Insônia.	Descongestionantes orais (Pseudoefedrina, Fenilefrina).	Efeitos estimulantes do SNC.	–
57		Estimulantes (Metilfenidato).	Efeitos estimulantes do SNC.	–
58		Teobrominas (Teofilina, Cafeína).	Efeitos estimulantes do SNC.	–

Fonte: Adaptado OLIVEIRA et al., 2016

Quadro 2 – Continuação

Número	Condição Clínica	Critério	Racional	Exceção
59	Sintomas que afetam o trato urinário inferior, hiperplasia prostática benigna.	Anticolinérgicos orais e inalatórios, em homens.	Podem diminuir o fluxo urinário e causar retenção urinária.	–
60	Doença de Parkinson.	Antipsicóticos de primeira geração (Clorpromazina, Flufenazina, Haloperidol, Pimozida, Tioridazina) Antipsicóticos de segunda geração (Aripiprazol, Clozapina, Olanzapina, Paliperidona, Quetiapina, Risperidona, Ziprasidona).	Tendem a agravar os sintomas extrapiramidais.	–
61		Metoclopramida.	Risco de exacerbação do parkinsonismo.	–
62		Prometazina.	Risco de exacerbação do parkinsonismo.	–
63	Hipotensão postural persistente.	Vasodilatadores (Hidralazina, Minoxidil).	Risco de síncope, quedas.	–
64	Convulsões	Antipsicóticos, atípicos (Clozapina, Olanzapina).	Diminuem o limiar convulsivo.	O uso pode ser aceitável em pacientes com crises bem controladas para as quais agentes alternativos não tenham sido eficazes.
65		Antipsicóticos convencionais (Clorpromazina, Tioridazina).	Diminuem o limiar convulsivo.	O uso pode ser aceitável em pacientes com crises bem controladas, para as quais agentes alternativos não tenham sido eficazes.
66		Bupropiona.	Diminui o limiar convulsivo.	O uso pode ser aceitável em pacientes com crises bem controladas, para as quais agentes alternativos não tenham sido eficazes.

Fonte: Adaptado OLIVEIRA et al., 2016

Quadro 2 – Continuação

Número	Condição Clínica	Critério	Racional	Exceção
67	Convulsões	Maprotilina.	Diminui o limiar convulsivo.	O uso pode ser aceitável em pacientes com crises bem controladas, para as quais agentes alternativos não tenham sido eficazes.
68		Tramadol.	Diminui o limiar convulsivo.	O uso pode ser aceitável em pacientes com crises bem controladas, para as quais agentes alternativos não tenham sido eficazes.
69	Hiponatremia	Inibidores seletivos da recaptção de Serotonina em pacientes com história de hiponatremia não iatrogênica clinicamente significativa (< 130 Meq/L) nos dois meses anteriores (Fluoxetina, Citalopram, Paroxetina, Sertralina, Fluvoxamina, Escitalopram).	Pode agravar a hiponatremia.	–
70	História de síncope	Anticolinesterásicos (Donepezila, Rivastigmina, Galantamina).	Aumentam o risco de hipotensão ortostática ou bradicardia.	–
71		Alfa-bloqueadores periférico (Doxazosina, Prazosina, Terazosina).	Aumentam o risco de hipotensão ortostática ou bradicardia.	–
72		Clorpromazina.	Aumenta o risco de hipotensão ortostática ou bradicardia.	–
73		Olanzapina.	Aumenta o risco de hipotensão ortostática ou bradicardia.	–
74		Tioridazina.	Aumenta o risco de hipotensão ortostática ou bradicardia.	–
75		Antidepressivos tricíclicos terciários (Amitriptilina, Clomipramina, Imipramina).	Aumenta o risco de hipotensão ortostática ou bradicardia.	–

Fonte: Adaptado OLIVEIRA et al., 2016

Adequar a lista de medicamentos à veracidade nacional é vultuoso, pois muitos medicamentos mencionados nos critérios desenvolvidos em outros países estão indisponíveis no Brasil. Além disso, as diferenças na prática clínica, no nível socioeconômico e nas regulamentações do sistema de saúde, induzem na conduta das prescrições e fortificam a indispensabilidade de adaptação dos critérios à verdade do país (OLIVEIRA et al., 2015).

Os MPI e seus critérios não estabelecem somente listas de medicamentos que precisam ser poupados em idosos, mas também instrumento que ajudam no reconhecimento de acidentes inadequados e previne os desfechos negativos, iatrogênicos e indesejados (OLIVEIRA et al., 2016).

Na atualidade, as prescrições inapropriadas para idosos são notavelmente um problema de saúde pública pertinente devido a relação direta com a elevação da morbidade, da mortalidade e dos custos. (OLIVEIRA et al., 2012).

Além das descrições acima, ainda persiste o bom senso da realidade em que vivemos no país, a qual deve-se analisar o nível sócio-econômico e as regulamentações do sistema de saúde, dado que estes afetam na conduta das prescrições apropriadas de acordo com cada indivíduo. Assim sendo, havendo outras particularidades e levando em consideração a multi-determinalidade do ser humano, não se deve declarar este consenso corroborado nas tabelas de forma plena e rigorosa, mas como um guia (OLIVEIRA et al., 2006).

Desse modo, esse estudo discorre sobre a acessibilidade e os medicamentos potencialmente inapropriados para idosos que se encontram no sistema de saúde brasileiro, conforme os Critérios de Beers e STOPP (apud ONDER et al., 2013) e, apresentando como base, o consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriado para idosos de Oliveira *et.al.* (2016). Não obstante, o destaque desse consenso, sendo este o pioneiro a ser realizado no Brasil, o estudo mostra alguns entraves, como por exemplo, a indispensabilidade de renovar os dados conforme os novos critérios de Beers e a ferramenta STOPP, publicados em 2015. Perfaz também a primordialidade de conter as prováveis variações terapêuticas em futuras revisões. Ademais, mesmo que tenha-se como referências as edições dos critérios de Beers e a ferramenta STOPP modernas à época, poucas ocasiões clínicas podem não ter sido contempladas na versão atualizada desse consenso. E depois, novas comprovações para incluir ou excluir medicamentos podem ter surgido atualmente (OLIVEIRA et al., 2016).

4 CONCLUSÃO

Compreende-se com toda a discussão, uma acentuada necessidade de abordar no meio médico os processos iatrogênicos, visto que, é necessário aprender a cuidar desde o início da formação. No que tange a medicação, esta nos oferece um mundo diverso de possibilidades, mas está relacionada também a interações medicamentosas, efeitos colaterais e o uso inadequado podem trazer agravos e até mesmo a morte do paciente.

Dessa forma, o processo de conscientização e aceitação destas ocorrências é a melhor conduta para minimizar de forma significativa os processos iatrogênicos. As propostas são complexas, já que para esta mudança depende de todos os envolvidos com a área de saúde, apesar dos problemas mais graves e risco de vida estar atrelado ao médico.

Por isso, o consenso descrito tem como objetivo orientar os profissionais de saúde no cuidado ao paciente idoso, porém, há informações que devem ser revisadas e não se deve tê-las como verdade absoluta e rigorosa. Realizou-se a corroboração de conteúdo de 43 critérios de medicamentos que precisam ser evitados mesmo que a condição clínica do paciente não favoreça. E também foram apresentados 75 critérios que necessitam da avaliação da condição clínica dos idosos.

Contudo, o paciente idoso deve ser observado e avaliado de maneira única, uma vez que há muitas variáveis que influenciam no desfecho clínico. Um bom exemplo disso é o tempo de exposição ao medicamento. Portanto, o entendimento clínico é crucial na individualização da prescrição médica, de acordo com as condições do paciente e os propósitos do tratamento.

5 REFERÊNCIAS

- CANINEU, R. Iatrogenia em medicina intensiva. **Revista Brasileira de Medicina Intensiva**. São Paulo, v.18, n.1, p. 96-8, 2006.
- CARVALHO FILHO, E. T.; PAPÁLEO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- CARVALHO, M. F. C. **A polifarmácia em idosos no município de São Paulo: Estudo SABE, saúde, bem-estar e envelhecimento**. São Paulo, 2007.
- CHAIMOWICZ, F. Use of psychoactive drugs and fall among older people living in a community in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p.631-635, dez. 2010.
- DINIZ, E. A. **Iatrogenia medicamentosa em idosos: análise da equipe de saúde São João II de Conselheiro Lafaiete**. (Monografia) Universidade Federal de Minas Gerais. Conselheiro Lafaiete, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br>>. Acesso em: 20 fev. 2019.
- FILHO, J. M. C.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 557-64, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 22 fev. 2019.
- FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- OLIVEIRA M. G.; AMORIM W. W., JESUS S.R.; HEINE, J. M.; COQUEIRO, H. L.; PASSOS, L. C. A comparison of the Beers and STOPP criteria for identifying the use of potentially inappropriate medications among elderly patients in primary care. **J. Eval. Clin. Pract.**, v. 21, n. 2, p. 320-5, 2015.
- OLIVEIRA, M. G.; AMORIM, W. W.; OLIVEIRA, C. R. B.; COQUEIRO, H. L.; GUSMÃO, L. C.; PASSOS, L. C. Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. **Geriatr. Gerontol. Aging.**, 2016. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/>> Acesso em: 19 fev. 2019.
- OLIVEIRA, M. G.; AMORIM, W. W.; DE JESUS, S. R.; RODRIGUES, V. A.; PASSOS, L. C. Factors associated with potentially inappropriate medication use by the elderly in the Brazilian primary care setting. **Int. J. Clin. Pharm.**, v. 34, n. 4, p. 626-32, 2012.
- ONDER, G.; VAN DER CAMMEN, T. J. M.; PETROVIC, M.; SOMERS, A.; RAJKUMAR, C. Strategies to reduce the risk of iatrogenic illness in complex older adults. **Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society**, v. 42, n. 3, p. 284–291, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23537588>>. Acesso e: 19 fev. 2019.

REEVE, E.; MORIARTY, F.; NAHAS, R.; TURNER, J. P.; O'DONNELL, L. K.; HILMER, S. H. A narrative review of the safety concerns of deprescribing in older adults and strategies to mitigate potential harms. **Expert Opinion on Drug Safet**, out. 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/medicamentos9%20>. Acesso em: 19 fev. 2019.

TAVARES, F. M. Reflexões acerca da Iatrogenia e Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, p. 180 – 185, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbem/v31n2/09.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2019.