



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG

**POLIFARMÁCIA EM IDOSOS: RISCOS E POSSÍVEIS ESTRATÉGIAS DE
DESMEDICALIZAÇÃO**

Bianca Perim Bernardo

Manhuaçu
2022



BIANCA PERIM BERNARDO

**POLIFARMÁCIA EM IDOSOS: RISCOS E POSSÍVEIS ESTRATÉGIAS DE
DESMEDICALIZAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
no Curso de Medicina do Centro Universitário UNIFACIG
Área de Pesquisa: Ciências da Saúde
Orientador(a): Gustavo Henrique de Melo Silva

Manhuaçu
2022



BIANCA PERIM BERNARDO

**POLIFARMÁCIA EM IDOSOS: RISCOS E POSSÍVEIS ESTRATÉGIAS DE
DESMEDICALIZAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
no Curso de Medicina do Centro Universitário UNIFACIG
Área de Pesquisa: Ciências da Saúde
Orientador(a): Gustavo Henrique de Melo Silva

Banca Examinadora

Data de Aprovação: 04/07/2022.

Especialista em Geriatria e Gerontologia SBGG/AMB, Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Gustavo Henrique de Melo Silva; EMESCAN

Especialista, Felipe Moura Parreira; UNIFACIG

Médica Pneumologista, Jessica Queiroz Alves do Vale; Hospital Júlia Kubitschek – Belo Horizonte/MG

RESUMO

Como um país em desenvolvimento, o Brasil vem apresentando uma transição demográfica crescente. Desse modo, a população brasileira pode se beneficiar de um melhor acesso aos serviços de saúde e avanços tecnológicos, que propiciam uma longevidade saudável e acarreta o aumento da população idosa. Todavia, apesar do expressivo espaço que os idosos têm adquirido, as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT's) tem permanecido. Consequentemente, o emprego medicamentoso e o tempo de uso dos mesmos podem ocasionar a chamada polifarmácia geriátrica. O trabalho aborda uma revisão bibliográfica acerca da polifarmácia em idosos, levando em conta seus possíveis riscos e estratégias de desmedicalização. A pesquisa foi realizada no período de Fevereiro de 2022 nas bases de dados Pubmed, LILACS, BVS, MEDLINE e Google Acadêmico, considerando os descritores “polifarmácia”, “idosos” e “desmedicalização”. De 32 artigos selecionados manualmente, 05 foram excluídos e apenas 27 constituíram a base do levantamento de dados referentes ao tema proposto. O envelhecimento saudável acarreta o aumento da prevalência das DCNT's e maior consumo medicamentoso. Notoriamente, os fármacos mais prescritos a idosos são: anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, hipolipemiantes e fármacos atuantes em Sistema Nervoso Central (SNC). O processo de senescência do idoso acarreta mudanças farmacocinéticas e farmacodinâmicas e, o remodelamento na sensibilidade de receptores também propicia alteração de metabolismo de primeira passagem a nível hepático. Medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) a idosos são os que trazem maior risco do que benefício quando utilizados. Dessa forma, algumas ferramentas disponíveis nessa identificação podem ser: Critérios de Beers, STOPP/START, Ferramenta de Triagem de Pessoas Idosas, entre outras. As reações adversas a medicamentos (RAM) expõem o idoso a quedas, déficits cognitivos, funcionais, internações e o risco de interações medicamentosas (IM) varia de acordo com a quantidade de fármacos usados. Logo, as RAM em idosos de algum modo podem ser evitadas. O presente artigo tem como objetivo descrever acerca da polifarmácia em idosos e seus riscos, englobando para essa finalidade as dificuldades metabólicas e funcionais do idoso, os medicamentos considerados inadequados a esse público alvo e as reações adversas a medicamentos e suas interações, no intuito de identificar estratégias de desmedicalização afim de minimizar danos a curto e longo prazo na vida desses pacientes.

Palavras-chave: Polifarmácia. Idosos. Desmedicalização.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. METODOLOGIA	7
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	8
3.1. IDOSOS E POLIFARMÁCIA	8
3.2. DIFICULDADES METABÓLICAS E FUNCIONAIS DO IDOSO.....	9
3.3. MEDICAMENTOS INADEQUADOS	10
3.4 RISCOS DA POLIFARMÁCIA, REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS E INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS	12
3.5. ESTRATÉGIAS DE DESMEDICALIZAÇÃO	13
4. CONCLUSÃO	16
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17

1. INTRODUÇÃO

Como um país em desenvolvimento, o Brasil vem apresentando uma transição demográfica crescente. Baseado no fator qualidade de vida e, aliado ao melhor acesso aos serviços de saúde e avanços tecnológicos na área médica, a população brasileira pode desse modo se beneficiar de uma longevidade significativa, principalmente os idosos (CORREIA; TESTON, 2020). Tais mudanças no perfil social do país se explicam principalmente pela diminuição da natalidade e mortalidade por doenças infecciosas a partir do século XX (FARIAS; et al, 2021). Entretanto, ainda se faz relevante as mortes nessa população alvo acerca das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Nessa perspectiva, a alteração epidemiológica somada ao predomínio das DCNT's acarreta aumento de fator de risco à saúde do idoso (WHEBERTH, 2011).

Considerando ainda o aspecto idade, no Brasil, conforme o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento, o indivíduo pode ser considerado idoso ao possuir 60 anos ou mais (DANTAS; SANTOS, 2018). De acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa em 1960 perfazia em torno de 4,7% dos cidadãos brasileiros, ao passo que em 2010 já passara a uma porcentagem de 10,8% e que, até o ano de 2025, esses indivíduos possam totalizar 32 milhões de pessoas (CORREIA; TESTON, 2020). Enfatizando tais dados, estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU) indicam que entre os anos de 2015 e 2050 a população de 60 anos ou mais aumentará de 12% para 22% (GARCÍA; et al, 2021). Autores ainda supõem que em 2025 essa porcentagem atinja 14% (GREGOLIN, 2014). Em nível internacional, há ainda de se considerar que o Brasil atinja exponencial crescimento populacional de idosos cerca de 16 vezes a população total. Sendo assim, o mesmo pode ser posicionado como o sexto país com maior população idosa no mundo (WHEBERTH, 2011). Outrossim, toda essa expansão do número de idosos no país traz implicações sociais e à própria saúde pública (GREGOLIN, 2014).

Notoriamente, apesar da população idosa ganhar expressivo espaço com melhor condição e qualidade de vida, as DCNT's tendem a permanecer, mesmo que sob controle, por um período duradouro na vivência do idoso. Assim, o fator idade tem uma correlação direta com o uso farmacológico a longo prazo. Esse uso de medicamentos pode ainda ocorrer tão antes dos 60 anos de idade, visto as diversas patologias as quais esses indivíduos estão expostos. Logo, o fato emprego de medicamentos e tempo de uso dos mesmos podem consequentemente gerar a chamada polifarmácia geriátrica (STUCHI, 2016).

Ao analisar o termo polifarmácia e sua implicância, pressupõe-se que o mesmo tenha sido debatido em meados do ano de 1959, e que, a partir de então, novos estudos e compreensões sobre seu significado surgiram. Diante disso, a polifarmácia pode ser considerada quando o indivíduo utiliza cinco ou mais medicamentos, em um período de tempo igual ou superior a uma semana (CORRALO; et al, 2018). Todavia, pode inclusive haver a distinção quanto a graus, a saber: leve, moderado e grave, com

o consumo de respectivamente, dois a três, quatro a cinco e mais de cinco fármacos (STAFFORD; et al, 2021).

Ainda discorrendo acerca de conceitos, há autores que ainda presumem polifarmácia em modo quantitativo e qualitativo. No aspecto quantitativo, existe o consenso do uso de cinco ou mais fármacos, além de ponderar o conceito polifarmácia excessiva, severa ou hiperpolifarmácia, que seria o uso superior a dez medicações ao mesmo tempo pelo paciente. Já em parâmetro qualitativo, a polifarmácia pode ocorrer por meio de prescrições apropriadas ou não. Logo, nesse âmbito alguns medicamentos podem não obter tanta vantagem se consumidos pelo paciente, ou até mesmo alguns fármacos com efeitos similares ou antagônicos são prescritos, todos de forma incorreta, acarretando por vezes reações adversas (LOBO, 2019). Nessa visão, a complexidade da polifarmácia gira em torno da grande gama de doenças crônicas, do atendimento médico em suas diversas especialidades, do fácil acesso a medicamentos e da percepção de saúde ruim que os pacientes tem de si mesmos (CORREIA; TESTON, 2020).

O vínculo dessa má percepção de saúde com a utilidade dos serviços médicos (quer seja pela rede pública ou privada) é clara, pois, quanto maior o proveito do atendimento médico, geralmente maior é a quantidade de medicação usada pelo idoso (PEREIRA; et al, 2017). Por conseguinte, a polifarmácia também tem seu elo com a gestão do exercício clínico, uma vez que ocorre essa fragmentação de cuidados, receitas exacerbadas de medicamentos e ausência de compreensão do próprio idoso, por exemplo, nas decisões terapêuticas. Esse último fator geralmente está atrelado ao desconhecimento do indivíduo sobre sua patologia ou estado de saúde e acerca do que lhe fora proposto quanto medicação, que suscita mal diálogo e presença de dúvidas e enfatiza a discutida polifarmácia (LOBO, 2019).

A alta prevalência de polifarmácia sobre a população, especialmente os idosos, se relaciona aos diversos grupamentos de indivíduos, às desigualdades regionais brasileiras sobre propostas terapêuticas (que em muitos momentos invalidam o acesso ao medicamento) e, principalmente, pela omissa assistência regular dos pacientes por uma equipe de saúde (CORREIA; TESTON, 2020). Em vista dos apontamentos realizados, o presente artigo tem como objetivo descrever acerca da polifarmácia em idosos e seus riscos, englobando para essa finalidade as dificuldades metabólicas e funcionais do idoso, os medicamentos considerados inadequados a esse público alvo e as reações adversas a medicamentos e suas interações, no intuito de identificar estratégias de desmedicalização afim de minimizar danos a curto e longo prazo na vida desses pacientes.

2. METODOLOGIA

O presente artigo aborda uma revisão bibliográfica acerca da polifarmácia em idosos, seus possíveis riscos e estratégias de desmedicalização. A pesquisa foi realizada no período de Fevereiro de 2022 nas bases de dados Pubmed, LILACS, BVS, MEDLINE e Google Acadêmico, obtendo como descritores “polifarmácia”, “idosos” e “desmedicalização”. De 32 artigos selecionados manualmente, 05 foram

excluídos e apenas 27 constituíram a base do levantamento de dados referentes ao tema proposto.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

3.1 Idosos e Polifarmácia

O envelhecimento saudável, apesar de garantir boa qualidade de vida e longevidade, acarreta o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's) e consequentemente um maior consumo medicamentoso pela população idosa (CORREIA; TESTON, 2020). A polifarmácia e sua relação com o paciente na faixa etária de 60 anos ou mais pode ser determinada por diversos fatores, dentre eles: idade, sexo, escolaridade, presença de comorbidades, não adesão medicamentosa, síndromes geriátricas, hospitalizações, entre outros.

Nessa perspectiva, o hábito do maior consumo de medicamentos é feito pelo sexo feminino e em pessoas com idade superior a 80 anos. Ademais, obter de quatro a sete doenças e ter algum comprometimento de atividades de vida diária (AVD) também aumentam as chances de polifarmácia. Portanto, há a correlação direta com o número de diagnósticos de determinadas patologias e a experiência de consumo excessivo de medicação (MERCADANTE; et al, 2021). Ao demonstrar acerca dessa prevalência em estudos, Corralo et al (2017, p. 371) salienta que “de fato o envelhecimento está associado ao gênero, já que apresenta um contingente feminino expressivo. Além disso, acredita-se que as mulheres apresentam uma postura diferente em relação às doenças e ao conceito de saúde, procurando assistência de forma mais frequente e rápida, fator que pode estar associado a maior prevalência de mulheres nas populações com idades mais avançadas”.

O olhar que os idosos tem sobre si mesmos e sua condição de saúde também tem forte impacto sobre a prática de polifarmácia, uma vez que as relações construídas ao lidarem com determinadas causas patológicas a que estão sujeitos, nem sempre são feitas de forma mais adequada. O contato com muitos profissionais da saúde e o meio familiar em que vivem podem, por exemplo, desmistificar a visão desses pacientes idosos sobre a terapêutica, ocasionando pensamentos não só positivos como negativos (GODOI; et al, 2021). Nesse sentido, a particularidade de cada paciente com determinada medicação pode suscitar ainda em uso incorreto de medicamentos e permanência de conduta errônea, adiando a busca por consulta médica afim de elucidar um tratamento mais adequado e, consequentemente, advir a piora do quadro de saúde (RODRIGUES; et al, 2021). Ao reforçar tal informação, Souza et al (2018, p. 168) exprime que “no Brasil, a taxa de automedicação por idosos varia de 16,5% a 50%”.

Há uma considerável variável quanto à região brasileira no que tange sobre a polifarmácia geriátrica. Residir nas regiões Sul e Sudeste do Brasil corroboraram à maior prevalência do uso medicamentoso excessivo, fato que pode ser explicado pela superior cobertura na assistência médica privada, além de grande número de idosos com comorbidades nesses locais do país (NASCIMENTO; et al, 2017). Geralmente,

os medicamentos mais prescritos a população idosa que podem motivar polifarmácia são os anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e hipolipemiantes, além dos fármacos atuantes sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), como antipsicóticos e antidepressivos (CORREIA; TESTON, 2020).

3.2 Dificuldades Metabólicas e Funcionais do Idoso

Conforme envelhece, o idoso passa por determinadas alterações fisiológicas do processo de senescência, como por exemplo, redução de mecanismos que mantêm sua homeostase (seja essa condição determinada por qualquer fator patológico), extensão de tecido adiposo e redução de metabolismo que, como resultado, trazem mudanças farmacocinéticas e farmacodinâmicas (SILVA; et al, 2019). Nesse sentido, a implicação do uso excessivo de fármacos por esse paciente se torna danoso, já que, com a reduzida composição de água corporal, a conversão de medicamentos na primeira passagem a nível hepático fica modificada e o emprego simultâneo de alguns medicamentos pode gerar intoxicações (SOUZA; et al, 2021).

Ao ressaltar ainda sobre o quesito prejuízo funcional e metabólico geriátrico, inúmeros são os sistemas orgânicos atingidos, a saber: trato gastrointestinal (TGI), sistema excretor/urinário, músculo esquelético, sistema cardiovascular, sistema nervoso Central (SNC), entre outros. Logo, há redução do clearance de creatinina, sarcopenia, diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG), tudo isso contribuindo ativamente na presença de efeitos pró-inflamatórios e lesivos à saúde do idoso (MARQUES; et al, 2018).

Acerca de alguns dos malefícios expostos, é relevante a possibilidade de transcorrer no paciente declínio de motilidade e diminuição de pH gástrico e, segundo Lobo (2019, p. 17) “a possibilidade da polimedicção estar associada a um aumento do risco de má nutrição. O efeito da farmacoterapia excessiva no estado nutricional de um indivíduo pode estar relacionado, por um lado, com o facto dos desequilíbrios e déficits nutricionais serem, independentemente, mais prevalentes na população idosa, população essa que, por sua vez, está mais sujeita à prescrição em excesso”.

Vale também abordar nessa finalidade outros tipos de adversidades a que se deparam os pacientes idosos, como por exemplo, problemas visuais, auditivos e de memória e custo medicamentoso, que influenciam direta ou indiretamente todo esse processo de viabilidade. Do mesmo modo, pode existir algum remodelamento na sensibilidade de receptores, derivando em mau funcionamento dos fármacos utilizados pelos pacientes. Assim, todo esse desarranjo entre efeito fisiológico e dinamismo que ocorre na vida do idoso corrobora à difícil capacidade do uso eficaz de medicamentos pelo mesmo (WHEBERTH, 2011).

3.3 Medicamentos Inadequados

Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPI) para a população idosa são considerados fármacos que, de algum modo, trazem maior risco do que benefício em sua utilização, uma vez que possam existir opções terapêuticas mais prudentes. Logo, caso exista o uso incorreto ou indevido de alguma medicação pelo idoso, esta pode acarretar reações desfavoráveis à sua saúde (FARIAS; et al, 2021). Deve ser também considerado o conceito de subutilização, que reflete o inexistente uso de medicamentos, sendo que os mesmos poderiam beneficiar o paciente de algum modo, ou seja, transcorre a não prescrição medicamentosa, a qual seria fundamental no tratamento de determinado quadro de saúde do paciente idoso (LOBO, 2019).

No intuito e tentativa de sistematizar, sugerir ou até mesmo contraindicar medicamentos que possam ofertar malefícios ao paciente idoso, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) em decreto no ano de 2011 esclarecera acerca desses fármacos disponíveis aos idosos, principalmente em âmbito público no Sistema Único de Saúde (SUS), afim de evitar possíveis danos (RAMOS; et al, 2016). Nesta lógica, outros parâmetros são também muito empregados, como a Ferramenta de Triagem de Pessoas Idosas, a qual realiza alerta sobre a lista de medicações de terapêutica pertinente e o Critério de Beers (TURNER; TANNENBAUM, 2017).

Com relação ao Critério de Beers mencionado, sua origem se deu desde o ano de 1991 e o mesmo obtém grande escala de aplicabilidade (SILVA; et al, 2019). Contudo, no ano de 2012 sofreu revisão por especialistas da Sociedade Americana de Geriatria, os quais consideraram categorizar os MPI em: potencialmente inadequados em idosos, potencialmente inadequados de acordo com doenças e síndromes e, por fim, medicamentos a serem usados com cautela (SOUZA; et al, 2018). Fazendo jus a isto, de acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, em revisão desses critérios no ano de 2019, diversos são os medicamentos que podem abarcar a classificação proposta. Todavia, podem ser citados alguns destes de acordo com a indicação, a saber: Antagonistas de Receptores H₂ em pacientes com delirium (suspendendo a recomendação de evitar essa classe medicamentosa em casos de demência), Inibidores de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina, Antipsicóticos, Bloqueadores de Canais de Cálcio não Diidropiridínicos, AINES, Inibidores da Ciclooxygenase 2 (COX 2), Tiazolidinedionas, Cilostazol, Ácido Acetilsalicílico (AAS), Rivaroxabana, Tramadol, Sulfametoxazol/Trimetoprim e outros antimicrobianos, Opioides, Antiepiléticos, medicações que aumentem o nível de potássio sérico, entre outros (JR, 2019).

Do mesmo modo, em 2016 o Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados (CBMPI) validara o STOPP (Screening Tool of Older Person's Potentially Inappropriate Prescriptions) ou seja, a Ferramenta de Triagem de Prescrições de Idosos (FARIAS; et al, 2021). Nessa perspectiva, Carvalho (2018, p. 18) define que "os critérios STOPP identificam os fármacos inadequados para prescrição no idoso". Outrossim, a mesma autora ainda pondera o Critério START (Screening Tool to Alert to Right Treatment) ou em tradução, Ferramenta de Triagem para Alertar para o Tratamento Correto, exprimindo que "os critérios START referem

quais são os fármacos que, de acordo com a patologia do doente idoso, têm evidência científica para serem prescritos com segurança”. Logo, dentre os fármacos ditos inapropriados pelo critério STOPP tem-se anticoagulantes e antiagregantes, medicamentos que prejudiquem a função renal e anticolinérgicos. Já ao abranger o critério START, são inseridos, a saber: fármacos de atuação em sistema urogenital, analgésicos e vacinas.

Comparativamente, os critérios STOPP/START reavaliam os MPI para a população idosa em técnica mais simples, conferindo, portanto, maior eficiência. Não obstante, há o fator veracidade, no que diz respeito a estar constantemente informado e instruído sobre a história clínica e patológica do paciente. Porém, ambos os critérios de Beers e STOPP/START têm um baixo custo ao serem adotados e trazem serventia tal qual um guia prático, identificando populações de idosos suscetíveis. Entretanto, ainda não substituem a avaliação clínica do profissional de saúde (CARVALHO, 2018).

Igualmente à estratégia de contrapor alguns dados, é interessante ressaltar acerca da polifarmácia entre a população idosa feminina e masculina. Logo, pacientes idosos do sexo feminino têm o maior hábito no que tange ao uso de MPI, fato que pode ser explicado pela maior frequência na procura de auxílio médico e melhor manifestação de seus sintomas em consultas (SILVA; et al, 2019). Em consequência, foram analisados que os MPI mais ministrados ao paciente idoso são: Insulina, Omeprazol, Glibenclamida, Amitriptilina e Metildopa (MARQUES; et al, 2018). Outrossim, ainda podem ser incluídos Losartana, Hidroclorotiazida, Metformina e Clonazepam (FARIAS; et al, 2021) e por fim, Diazepam, Fluoxetina e Ibuprofeno (NASCIMENTO; et al, 2017). A respeito de patologias que acometem esses pacientes, as mais descritas em estudos foram hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemias, artrite ou artrose, depressão e diabetes mellitus (NASCIMENTO; et al, 2017).

Considerando acerca de vantagens e prejuízos, o uso medicamentoso pela população idosa, especialmente de MPI, pode gerar a necessidade de alternar a inicial terapêutica proposta pelo profissional de saúde. Diante disso, alguns medicamentos passam até a serem julgados como ineficientes à determinadas patologias do paciente. Ao contrabalancear, à custa do hábito de se valer de um MPI, o mal se sobressai ao correto e ao seguro (REEVE; et al, 2017). Finalmente, nessa conjuntura, a polifarmácia é considerada uma situação complexa que abrange vários aspectos da vida do paciente idoso, sendo esta um fator contribuinte no consumo excessivo de MPI e desenvolvimento de agravos (FARIAS; et al, 2021). Logo, o papel que o profissional de saúde exerce ao se esforçar em regredir essa realidade é fundamental, já que mais de 20% dos médicos de família verificam conceitos medicamentosos e critérios no momento de prescreverem. Todavia, outros profissionais ainda desconhecem os parâmetros de MPI e pacientes geriátricos mantêm obstáculos e incertezas no que concerne aos danos medicamentosos (TURNER; TANNENBAUM, 2017).

3.4 Riscos da Polifarmácia, Reações Adversas a Medicamentos e Interações Medicamentosas

Os idosos são conceituados como os maiores usuários de medicamentos de quaisquer âmbitos. Logo, trazem como consequência a tal ato a chamada polifarmácia geriátrica. A polifarmácia por sua vez tem potencial estímulo a origem de reações adversas a medicamentos (RAM) e interações medicamentosas (IM), as quais culminam em iatrogenias (CORRALO; et al, 2018). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de metade dos fármacos são receitados de maneira errônea e em torno de 50% dos pacientes os utilizam incorretamente (SOUZA; et al, 2018). Ademais, em alguns países internacionais como Canadá, por exemplo, um a cada cinco ingressos de pacientes em hospitais se dá por esse erro do uso de medicamentos (PEREIRA; et al, 2017). Já no Brasil, 23% dos indivíduos recorrem a 60% da produção nacional de medicações, principalmente a população acima dos 60 anos de idade (SECOLI, 2010).

Nessa conjuntura, o excesso de fármacos corrobora, como comentado, na chamada RAM, que expõe ainda mais o idoso a quedas, déficits cognitivos e funcionais, internações e por fim, inferior adoção do que lhe é proposto enquanto terapêutica (LOBO, 2019). Assim, Secoli (2010, p. 139) considera que “estima-se que o risco de apresentar IM seja de 13% para idosos que usam dois medicamentos, de 58% para aqueles que recebem cinco. Nos casos em que o uso desses agentes é igual ou superior a sete, a incidência eleva-se para 82%”. Contudo, toda essa cascata a que o idoso é sujeito o suscita a quadros de alterações de sono e humor, vertigens, euforia, batimentos cardíacos acelerados, entre outros sintomas (GARCÍA; et al, 2021).

Ao levar em conta algum motivo da demasia de fármacos no dia a dia do idoso, se infere que essa situação surge devido, às vezes, a rápida necessidade de resposta frente ao problema de saúde relatado pelo paciente ou até mesmo no momento do diagnóstico. Consequentemente, se iniciam outras patologias em detrimento das já existentes, em que, à medida que muitas terapêuticas são ofertadas, se elevam as probabilidades de efeitos desfavoráveis, reações entre medicamentos e por fim, suscetibilidade à piora. Entretanto, é relevante considerar que, mesmo sendo útil determinado fármaco na condição clínica do paciente idoso, este pode estar em polifarmácia. Logo, é benéfico ponderar no momento de medicar, os fundamentos científicos da ação medicamentosa (OLIVEIRA; et al, 2021).

Ainda acerca da superabundância de medicamentos comentado, Wheberth (2011, p. 13-14) analisa que “o risco potencial de reações adversas aos medicamentos e de interações medicamentosas é tanto maior quanto maior for o número de fármacos, o tempo de utilização e a dose prescrita” e segundo a mesma autora, alguns problemas associados a medicação são: prescrição de medicamentos errados ou desnecessários, nova medicação ou medicação adicional desnecessária, medicamento errado, dosagem demasiado baixa ou elevada, reação adversa e não adesão. As próprias IM podem ainda estarem conceituadas como sinérgica ou antagônica. A IM sinérgica transcorre quando os efeitos de dois fármacos de uso simultâneo são maiores do que os benefícios de ambos isoladamente. Já a IM

antagônica sucede a partir do momento que a eficácia de conciliar medicamentos é menor do que se os mesmos forem usados de forma singular ou caso essa associação impedir parcial ou completamente a dinâmica de cada fármaco (STUCHI, 2016). Nessa perspectiva, na presença de eventualidades, principalmente se o idoso já utiliza dosagem máxima do fármaco, deve haver a troca do mesmo (LOUZEIRO; TREVISAN, 2021).

As RAM em adultos, principalmente idosos, são potencialmente evitáveis, já que as mesmas se derivam a partir da resposta exorbitante de medicamentos. Assim sendo, métodos de triagem com o intuito de precaver tal fato são primordiais. Em estudo, fora considerado, por exemplo, o GerontoNET ADR, que reconhece pacientes em risco elevado de RAM em ambientes hospitalares, o qual conclui que o número de fármacos usados e histórico de RAM prévia foram grandes preditores de ocorrência de tal problemática. Esse método além de simplicidade, conta com intervenções no esforço de amenizar RAM, a saber: designação de medicamentos usados pelo paciente; rastreio a partir dessa definição acerca de emprego indevido de fármacos, subutilidade ou demasia dos mesmos, que se verificado, soluções são pautadas com o profissional de saúde e as vezes até com o paciente; e por fim, a concepção de uma ideia para gerir a valia de cada medicamento. Outrossim, os critérios de STOP/START também se mostraram benéficos nessa tentativa de evitar as RAM, uma vez que melhoram as prescrições farmacológicas de pacientes, principalmente hospitalizados e pós-alta hospitalar. Contudo, pesquisas devem ainda integrar determinados elementos adquiridos a partir de métodos de triagem, abarcando assim vários outros agentes de RAM (ONDER; et al, 2013).

3.5 Estratégias de Desmedicalização

A desprescrição medicamentosa, em vista de toda problemática trazida pela polifarmácia geriátrica, tem sido pensada de modo a minimizar o uso excessivo de fármacos por essa população. Logo, a ideia surge afim de evitar a prescrição de medicamentos desnecessários ou considerados ineficientes ao idoso, ou até mesmo medicamentos em que os malefícios são grandes. Nesse âmbito, muitos profissionais da saúde ainda permanecem apreensivos ao indicar determinados fármacos, seja no momento de trocar dosagens ou ao iniciar o desuso dos mesmos. Outro empecilho as vezes decorre das consultas a diversas especialidades médicas, que trazem como consequência o maior receio nessa iniciativa de atenuar a polifarmácia (LOBO, 2019). Nessa lógica, Reeve et al (2017, p. 5) enfatiza que “altos níveis de uso inadequado de medicamentos em idosos adultos em uma variedade de configuração e países sugerem que existem atualmente oportunidades para realizar a desprescrição”.

Ainda acerca do ato de não receitar determinados fármacos a idosos, este em meio hospitalar também se demonstra eficiente, já que proporciona a muitos pacientes a compreensão de que aquele medicamento não é de extrema utilidade em seu quadro de saúde, ou que, até mesmo se pode optar em reiniciá-lo se assim for necessário. Isso corrobora a relação médico-paciente (LOBO, 2019). Contudo, há

ainda a falta de experiência de determinados profissionais da saúde ao abordar o quadro clínico de seu paciente geriátrico (CORREIA; TESTON, 2020). O uso racionalizado de medicamentos pela população idosa, nesse âmbito, pode então conceber o melhor controle de patologias a que são sujeitos. Nessa conduta, o profissional farmacêutico também exerce valioso papel (DANTAS; SANTOS, 2018).

Segundo a literatura, ainda não fora comprovado que a suspensão de determinadas classes medicamentosas fosse pertinente. Entretanto, muitas diretrizes não se respaldam pela literatura ou evidências. Logo, cabe ao profissional ponderar com seu paciente os prós e contras de determinado fármaco (LOBO, 2019). Stuchi (2019, p. 10) expõe que “a ciência da farmacoterapia na terceira idade não é apenas prescrever medicamentos e sim, selecionar o melhor medicamento. O mais efetivo, porém com menos reações colaterais adversas, em menor dose sem que se deteriore a eficácia, utilizando a forma farmacêutica mais compatível com os idosos, com os intervalos ótimos e que se ajuste a exigências biológicas, porém considerando as eventualidades psicológicas, emocionais, sociais e econômicas de cada indivíduo”. Para tentar facilitar todo esse processo, é de valia ainda tomar alguns cuidados, a saber: levar todas as medicações em consulta, revisar contraindicações, começar baixas posologias, orientar o paciente, usar métodos que ajudem ao idoso a lembrar da tomada de medicação, contar com a ajuda se possível de outras pessoas na administração correta do medicamento ao idoso, entre outras condutas.

No regime de desprescrição, existem alguns passos fundamentais a serem cumpridos. Portanto, são definidos: primeiro passo (identificar as medicações de uso e suas aplicabilidades); segundo passo (estimar os efeitos que cada fármaco pode ocasionar); terceiro passo (analisar se determinado medicamento é indicado à patologia a ser tratada ou se é de uso visando aos efeitos já ocasionados pela combinação de terapias medicamentosas e, se os benefícios de algumas medicações são maiores que os danos); quarto passo (descrição de um plano de desprescrição) e por fim, quinto passo (observar com constância os efeitos relatados acerca do uso da terapêutica proposta) (LOBO, 2019). Ainda segundo a mesma autora, existem ainda outras ferramentas que contribuem à desprescrição por meio da atuação do profissional de saúde, entre elas, por exemplo, a MAI – “Medicines Appropriateness Index” ou Identificador de Medicações Potencialmente Inapropriadas, que individualizam a aplicabilidade ou não de determinado fármaco de acordo com a história clínica de cada paciente. Todavia, é uma tentativa de recurso cara e necessita treinamento. Ademais, a técnica dos já citados Critérios de Beers e STOP/START, mais adaptáveis ao uso rotineiro do exercer clínico e a PEM – Prescrição Eletrônica de Medicamentos, que adequa de forma mais provável o emprego de alguns medicamentos e aponta combinações ineficazes, contraindicações e erros posológicos.

Ao realizar um comparativo do quanto vale a pena a desprescrição medicamentosa aos idosos, o fator mais importante a ser levado em conta no momento do início da desprescrição é o aparecimento de efeitos adversos frente à retirada do fármaco. Logo, deve-se atentar ao diminuir e retirar medicamentos que atuem a nível de sistemas cardiovascular, sistema nervoso central (SNC), e sistema gastrointestinal, de modo que as posologias sofram diminuição gradual ao longo do

tempo. Todavia, fármacos como Ácido Acetilsalicílico (AAS), Estatinas, Multivitamínicos, Bifosfonatos, Suplementos contendo Ferro e Antagonista da Angiotensina II não decorrem com problemas à medida que são imediatamente descontinuados. Inibidores da colinesterase também são passíveis à desprescrição em casos de Alzheimer a longo prazo, mas não é compreendido ainda quais idosos são beneficiados por essa descontinuidade. Estudos demonstraram que a descontinuação de anti-hipertensivos corrobora ao retorno da patologia de base com o tempo (REEVE, et al; 2017).

Instaurar um diálogo com o paciente idoso quanto a todo esse processo de retirada e diminuição da dosagem de medicamentos pode ser um desafio aos profissionais envolvidos. Nessa perspectiva, menos de 50,8% da população idosa chega a ponderar essa atitude com seu médico, por exemplo. Contudo, muitos pacientes hospitalizados por determinadas causas clínicas também mantêm o desejo da desprescrição (TURNER; TANNENBAUM, 2017). Como mencionado, o papel que os diversos profissionais exercem nessa jornada de desprescrever é fundamental, entre eles o farmacêutico, que pode intervir acerca de irregularidades e orientações (SILVA; et al, 2019).

Ademais, outro instrumento a nível de Atenção Primária a Saúde (APS) é a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que permanece com o idoso e registra toda condição clínica de saúde do mesmo, além de apresentar os fármacos de uso contínuo, contraindicações e medicamentos inapropriados. Nessa perspectiva, fora desenvolvido igualmente na tentativa de auxílio, o GhePo3S, que por sua vez otimiza e reduz a terapia medicamentosa proposta. Logo, tem como ideia, a saber: caso necessário prescrição de benzodiazepínicos (BZD), inicialmente se opta pela higiene do sono e, se não resolutivo, buscar administração de BZD com ação intermediária ou dar a metade da dose comumente utilizada; em casos de ansiedade, transição de BZD para Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina (ISRS). Outrossim, alguns medicamentos como Furosemida e Glibenclamida têm alternativas mais viáveis no momento de alternância, como a Espironolactona e Metformina, respectivamente (FARIAS; et al, 2021).

Finalmente, diante de todo transcorrido, se infere que diversificados são os caminhos no objetivo de estimular a desprescrição à população idosa. Deste modo, programas informatizados têm grande valia nessa assistência, englobando de maneira mais breve toda informação clínica do paciente e apontando sobre toda conduta tomada ou que deva ser precedida perante sua situação de saúde. Como consequência, é definida a boa relação médico-paciente (WHEBERTH, 2011). Ainda nessa visão, a prevenção quaternária é mencionada por Stuchi (2016, p. 11) o qual relata que, proposto por Marc Jamouille, Médico de Família e Comunidade Belga, e considerando que um dos fundamentos da Medicina é primeiramente não debilitar o paciente, “a prevenção quaternária deveria primar sobre qualquer outra opção preventiva ou curativa” e que, “é a prevenção quaternária a ação que atenua ou evita as consequências do intervencionismo médico excessivo que implica atividades médicas desnecessárias”. Ainda assim, é preciso mais medidas para implementar a desprescrição geriátrica para auxiliar os profissionais da saúde como um todo (REEVE; et al, 2017) e possivelmente é relevante aliar nessa metodologia a

abordagem centrada na pessoa, a medicina baseada em evidências (MBE) e a longitudinalidade (STUCHI, 2016).

4. CONCLUSÃO

O cuidado à saúde do idoso deve ser dado de modo a gerenciar, do melhor modo possível, a mais sensata terapêutica perante sua condição patológica. Entretanto, em vista da realização de consultas médicas com diversos profissionais e a necessidade do uso de vários medicamentos, cabe ao médico ponderar a prescrição de determinados fármacos ao paciente. Ademais, a indicação do tratamento deve ser analisada em consonância ao idoso, uma vez que é de suma relevância a compreensão do mesmo sobre o que lhe será proposto. Todavia, ao iniciar um medicamento, é importante sempre que possível avaliar os benefícios ou não da administração deste.

Nessa perspectiva, pode corroborar à atuação médica o emprego de ferramentas como, por exemplo, RENAME, Critérios STOPP/START, Critérios de Beers, entre outros, que auxiliam no direcionamento e cautela ao instituir o uso de algum fármaco. Todavia, o objetivo de desmedicalizar o paciente geriátrico leva em conta não somente a desprescrição, mas também a eventual troca do medicamento. Contudo, é importante que o profissional tenha conhecimento da aplicabilidade e ação farmacológica, além de manter uma boa relação médico-paciente. Assim, é possível evitar as temidas RAM e IM medicamentosas, que podem transcorrer tanto do processo de polifarmácia quanto da desmedicalização.

Finalmente, apesar de todo avanço quanto a aplicabilidade das ferramentas citadas, ainda há a necessidade de se desenvolver mais ferramentas que facilitem esse gerenciamento de posologia e prescrições médicas. O conhecimento médico e sua atuação ética ainda se configuram como os melhores parâmetros de segurança ao paciente idoso, que demanda um grau de dedicação particularizado.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARVALHO, Maria do Rosário Pereira de. **Critérios STOPP/START – um estudo sobre a sua aplicabilidade em farmácia comunitária**. Dissertação para obtenção ao grau de Mestre em Farmacologia Aplicada. Universidade de Coimbra, p. 1-91, Setembro, 2018. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/84476> Acesso em: 17.fev.2022.

CORRALO, Vanessa da Silva; et al. **Polifarmácia e fatores associados em idosos diabéticos**. Revista de Salud Pública, v. 20 (3), p. 366-372, Junho, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsap/2018.v20n3/366-372/pt/> Acesso em: 17.fev.2022.

CORREIA, Wellington; TESTON, Ana Paula Margioto. **Aspectos relacionados à polifarmácia em idosos: um estudo de revisão**. Brazilian Journal of Development, v.6, n. 11, p. 93454-93469, Curitiba, Novembro, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/20760/16578> Acesso em: 17.fev.2022.

DANTAS, Michelle Silva; SANTOS, Vanessa Cruz. **Implicações da polifarmácia entre idosos e a contribuição da atenção farmacêutica**. Lecturas: Educación Física y Deportes, v. 23, n. 240, p. 2-13. Maio, 2018. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efdeportes/index.php/EFDeportes/article/download/273/173?inline=1> Acesso em: 17.fev.2022.

FARIAS, Andreza Duarte; et al. **Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos: um estudo na atenção primária à saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 26 (5), p. 1781-1792, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wPXrkdRGwNDxB9YYwZz7QSR/> Acesso em: 17.fev.2022.

GARCÍA, Iliana Cristina Roca; et al. **Caracterización de la polifarmácia en adultos mayores de un consultorio médico urbano**. Multimed, Revista Médica Granma, v. 25 (2): e2052, p. 1-16, Março-Abril, 2021. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000200006 Acesso em: 17.fev.2022.

GODOI, Danillo Rodrigues de Sá; et al. **Polifarmácia e ocorrência de interações medicamentosas em idosos**. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 3, p. 30946-30959, Março, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/27098/21423> Acesso em: 17.fev.2022.

GREGOLIN, Tais. **Formação de grupos educativos com pacientes idosos para conscientização sobre malefícios do uso crônico de benzodiazepínicos na cidade de São Bernardo do Campo – SP**. Curso de Especialização em Saúde da

Família. São Bernardo do Campo, p. 1- 9, Outubro, 2014. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/21349> Acesso em: 17.fev.2022.

JR, Marcelo Gobbo. **Prevenção da polifarmácia no idoso: atualização dos critérios de Beers.** Dezembro, 2019. Disponível em: <https://pebmed.com.br/prevencao-de-polifamacia-no-idoso-atualizacao-dos-criterios-de-beers/> Acesso em: 17.fev.2022.

LOBO, Maria Francisca Gama. **Polifarmácia no idoso – consequências, desafios e estratégias de abordagem.** Dissertação para conclusão de Mestrado Integrado em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, p. 1-50, Junho, 2019. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/121496> Acesso em: 17.fev.2022.

LOUZEIRO, Alyne de Oliveira; TREVISAN, Márcio. **Riscos da polifarmácia em idosos hipertensos.** Faculdade de Palmas (FAPAL), Revistas Artigos.Com, v. 27, e7397, p. 1-6, Palmas – TO, Maio, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/7397/4587> Acesso em: 17.fev.2022.

MARQUES, Gabrielle Ferreira Melo; et al. **Polifarmácia e medicamentos potencialmente inapropriados para idosos na enfermagem gerontológica.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71 (5), p. 2585-2592, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/GFbSxQXLypXwm9hdYGFH7GQ/?lang=pt> Acesso em: 17.fev.2022.

MERCADANTE, Ana Claudia Costa; et al. **Fatores determinantes da polifarmácia entre idosos residentes em um grande centro urbano da região sudeste do Brasil.** Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Revista Valor, ed. 6, p. 167-182, Volta Redonda, 2021. Disponível em: <https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/view/1027/814> Acesso em: 18.fev.2022.

NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende Macedo do; et al. **Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do sistema único de saúde.** Revista de Saúde Pública, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/xMVtMdQ7pdM7zcGSVFBMrdm/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 18.fev.2022.

OLIVEIRA DE; Patrícia Carvalho; et al. **Prevalência e fatores associados à polifarmácia em idosos atendidos na atenção primária à saúde em Belo Horizonte -MG, Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 26 (4), p. 1553-1564, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hqJVhghhLCxp6mFSFsWFdYH/> Acesso em: 18.fev.2022.

ONDER, Graziano; et al. **Strategies to reduce the risk of iatrogenic illness in complex older adults.** Age and Ageing, v. 42, p. 284-291, 2013. Disponível em:

<https://academic.oup.com/ageing/article/42/3/284/24797?login=false> Acesso em: 18.fev.2022.

PEREIRA, Karine Gonçalves; et al. **Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 20(2), p. 335-344, Abril-Junho, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/HW5m6chDzrgRpMh8xJVvDrx/?lang=pt> Acesso em: 18.fev.2022.

RAMOS, Luiz Roberto; et al. **Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública**. Revista de Saúde Pública, p. 1-13, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JkV6Rx9qZWg3KGH6cVjS4zG/abstract/?lang=pt> Acesso em: 18.fev.2022.

REEVE, Emily; et al. **A narrative review of the safety concerns of deprescribing in older adults and strategies to mitigate potential harms**. Journal Expert Opinion on Drug Safety, v. 17 (1), p. 39-49, Outubro, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29072544/> Acesso em: 18.fev.2022.

RODRIGUES, Denise Sousa; et al. **Impactos causados pela polifarmácia em idosos: uma revisão integrativa**. Research, Society and Development, v. 10, n. 2, p. 1-13, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12263> Acesso em: 18.fev.2022.

SECOLI, Silvia Regina. **Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos**. Revista Brasileira de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, v. 63 (I), p. 136-140, Brasília, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/49Hwsx38f79S8LzfjYtqYFR/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 18.fev.2022.

SILVA, Anne Caroline Araújo; et al. **Assistência farmacêutica em casos de polifarmácia entre a população idosa**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. sup. 28, p. 1-6, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/999/635> Acesso em: 18.fev.2022.

SOUZA, Bianca Oliveira de; et al. **Polifarmácia no idoso e a importância da atenção farmacêutica**. Única Cadernos Acadêmicos, v. 3, n. 1, 2021. Disponível em: <http://co.unicaen.com.br:89/periodicos/index.php/UNICA/article/view/188/163> Acesso em: 19.fev.2022.

SOUZA, Dayana Matos de; et al. **Uso inapropriado de medicamentos pelo idoso: polifarmácia e seus efeitos**. Pensar Acadêmico, v. 16, n. 2, p. 166-178, Julho-Dezembro, Manhauçu, 2018. Disponível em: <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/pensaracademico/article/view/361/0#:~:text=Daniel%20Rodrigues%20Silva->

[.Resumo,dificultando%20a%20efic%C3%A1cia%20do%20tratamento.](#) Acesso em: 19.fev.2022.

STUCHI, Bruno Pereira. **Polifarmácia em idosos na atenção primária**. Trabalho de Conclusão de Curso para especialização em Saúde da Família, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Aberta do SUS, p. 1- 21, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7986/1/Bruno%20Pereira%20Stuchi.pdf> Acesso em: 19.fev.2022.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique. **Prevenção quaternária e medicalização: conceitos inseparáveis**. Interface – comunicação, saúde, educação. p.1-15, Botucatu, 2021. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/icse/a/7mkSdVRspSG34PnChDr8B9L/?lang=pt#:~:text=Preven%C3%A7%C3%A3o%20Quatern%C3%A1ria%20\(P4\)%20%C3%A9%20a,interven%C3%A7%C3%B5es%20mais%20danosas%20que%20ben%C3%A9ficas%E2%80%9D](https://www.scielo.br/j/icse/a/7mkSdVRspSG34PnChDr8B9L/?lang=pt#:~:text=Preven%C3%A7%C3%A3o%20Quatern%C3%A1ria%20(P4)%20%C3%A9%20a,interven%C3%A7%C3%B5es%20mais%20danosas%20que%20ben%C3%A9ficas%E2%80%9D). Acesso em: 19.fev.2022.

TURNER, Justin P; TANNENBAUM, Cara. **Older adults awareness of deprescribing: a population-based survey**. Journal of the American Geriatrics Society, v. 65, n.12, p. 2691-2696, Dezembro, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28913911/> Acesso em: 19.fev.2022.

WHEBERTH, Ana Paula Vilas Boas. **Polifarmácia em idosos**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, p.1-22, Governador Valadares – MG, 2011. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/4555> Acesso em: 19.fev.2022.

