

COMPLEX(IDADE) DA PSICOFARMACOLOGIA NOS ADULTOS DE IDADE AVANÇADA

Trabalho de Curso

Ano lectivo 2008/09

**Catarina Mendes Portela
Vera Martins**

Estudantes do Mestrado Integrado em Psicogerontologia Clínica
pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal

Docente:

Professor Doutor Carlos Lopes Pires

Email:

sieben_7@hotmail.com

RESUMO

Do processo de envelhecimento decorrem alterações fisiológicas que condicionam a prescrição medicamentosa. Contudo, o consumo de psicofármacos está a aumentar cada vez mais na população idosa, muitas vezes sem ter em conta as suas características específicas. É, então, indispensável conhecer para cada grupo de psicofármacos, as principais indicações e efeitos secundários, mas também as possíveis interações entre todos os medicamentos tomados pelo idoso, para que não se coloque em risco a sua saúde e bem-estar.

Palavras-chave: Envelhecimento, alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, psicofármacos, efeitos secundários, polimedicação, interação farmacológica

INTRODUÇÃO

A chegada à idade adulta avançada acarreta, muitas vezes, o recurso a psicofármacos, na tentativa de devolver qualidade à vida dos idosos, quando atingidos por doenças. Contudo, o uso indiscriminado e excessivo de medicamentos pode provocar nos pacientes - principalmente nos idosos - efeitos colaterais desnecessários e interações potencialmente perigosas. Além dos

idosos consumirem mais medicamentos que outras faixas etárias, costumam ser particularmente mais vulneráveis a esses mesmos efeitos secundários.

Desta forma, no âmbito da unidade curricular «Psicofarmacologia Clínica para Psicólogos», com o objectivo de apresentar os principais tópicos relacionados com esta problemática, começamos por abordar as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao envelhecimento fisiológico, de seguida centramo-nos na polimedicação e suas implicações e, finalmente, referimo-nos a algumas preocupações a ter na utilização de diferentes classes de psicofármacos nos adultos de idade avançada.

1. Alterações devidas ao envelhecimento normal

O processo normal de envelhecimento representa, no idoso, alterações importantes a vários níveis, nomeadamente na farmacocinética e na farmacodinâmica de vários medicamentos. O estado de nutrição, o estado de hidratação, a função renal, a função hepática, as alterações cardiovasculares e as modificações do débito cardíaco, as perturbações gastrointestinais e as alterações da absorção, constituem factores que, embora não directamente farmacológicos, interferem marcadamente na farmacoterapia (Relvas, 2006).

Dos quatro factores principais que interferem na farmacocinética dos psicofármacos – a absorção, a distribuição, o metabolismo e a excreção dos fármacos – a absorção será o menos afectado pelo processo normal de envelhecimento (Relvas, 2006).

As modificações significativas nos efeitos de muitos fármacos, no adulto de idade avançada, devem-se às alterações farmacocinéticas. Verifica-se uma sensibilidade aumentada do sistema nervoso central à acção de vários grupos de medicamentos, como acontece com as benzodiazepinas. As consequências serão sedação, confusão, desorientação, alterações relacionadas com a memória e delirium (Relvas, 2006).

A sedação excessiva, a instabilidade postural e o risco de quedas, assim como os efeitos extrapiramidais, a agitação, as alterações do humor, da percepção, as cefaleias as perturbações sexuais e as alterações gastrointestinais (i.e., náusea, anorexia, obstipação, entre outros), constituem, ainda, outros efeitos colaterais comumente resultantes dos psicotrópicos no idoso (Relvas, 2006).

2. O idoso polimedicado

Com o envelhecimento, aumenta o número de doenças crónicas e com elas a consequente necessidade de utilizar medicamentos para o seu controlo. A existência de múltiplas doenças na mesma pessoa implica com frequência a prescrição de fármacos de diferentes grupos terapêuticos, aumentando assim o risco de interações medicamentosas. Alguns autores referem

que pelo menos 85% dos idosos usam um fármaco prescrito e a maioria usa mais do que um (Galvão, 2006).

A polimedicação constitui, então, um perigo acrescido para o idoso e, para ela podem contribuir o desejo expresso pelo doente, numa consulta, de ser medicado; o doente omitir que está a ser medicado com um ou mais fármacos que não são do conhecimento do médico; não relatar todos os sintomas que poderão ser devidos aos fármacos, o que poderá levar a novas prescrições, entre outros (Galvão, 2006).

Prescrever para um idoso não é o mesmo que prescrever para um adulto mais jovem pelas razões que foram expostas, anteriormente, no ponto 1. Para além desses factores, existem outros a ter em conta, nomeadamente alterações de órgãos e sistemas e da função cognitiva, factores financeiros e a existência de problemas de saúde concomitantes (Galvão, 2006). A não adesão, que alguns autores referem oscilar entre os 21% e os 55%, é outro dos problemas potenciais no idoso, em particular se polimedicado, se for incapaz de tomar os medicamentos correctamente, se os efeitos secundários forem intensos ou desagradáveis ou se os custos dos medicamentos forem considerados como lesivos para o orçamento familiar (Galvão, 2006).

Das características do idoso que mais se associam com problemas com a medicação estão, entre outros, a apresentação atípica das doenças, ter mais do que seis problemas de saúde crónicos activos, a polimedicação e a susceptibilidade aumentada a reacções adversas a medicamentos (Galvão, 2006).

Finalizando, podem apontar-se 10 passos, de acordo com Galvão (2006) para reduzir a polimedicação.

3. Especificidades da prescrição dos diferentes grupos de psicofármacos no idoso

O consumo de diferentes grupos de psicofármacos nos idosos levanta determinadas questões semelhantes às que coloca nos outros grupos etários, mas também questões específicas decorrentes do processo normal de envelhecimento e da maior frequência de interacções e reacções adversas, tornando a utilização de tais medicações em idosos especialmente problemática (Pires, 2003; Relvas, 2006).

a. Antipsicóticos

Entre os efeitos secundários mais frequentes dos fármacos antipsicóticos está a sedação excessiva, a hipotensão postural, os efeitos anticolinérgicos e as reacções extrapiramidais

(Relvas, 2006). De acordo com Pires (2003), o risco de desencadear os vários síndromes da disquinésia tardia aumenta com a idade, aumentando, simultaneamente, a probabilidade de se tornar irreversível. Isto torna-se especialmente preocupante se pensarmos que uma significativa parte da população idosa apresenta sintomas psicóticos resultantes de diversos distúrbios e que este tipo de medicação é o habitualmente utilizado no seu tratamento (Pires, 2003).

A *clorpromazina* e as *fenotiazinas* quando associadas aos anti-hipertensivos agravam a hipotensão e quando utilizadas em simultâneo com anti-ácidos podem ter a absorção diminuída. Também a absorção do *haloperidol* pode ser menor devido a anti-ácidos. Relativamente à *clozapina*, há que ter atenção aos efeitos hematológicos a que a população idosa é mais susceptível. A *risperidona* tem uma semi-vida maior nos idosos e quando associada à carbamazepina vê a sua “clearance” aumentar, o que se verifica também na *olanzapina*. De destacar que esta pode ter alguns efeitos anti-colinérgicos e ser mais sedativa, ao passo que a primeira pode causar efeitos extra-piramidais. A *quetiapina* pode provocar hipotensão ortostática e tal como acontece com a *olanzapina*, a “clearance” é menor (Relvas, 2006).

b. Antidepressivos

De acordo com Blazer et al. (1987, cit. in Carvalho & Firmino, 2006) é consensual que a depressão é a doença psiquiátrica mais comum nos idosos e os antidepressivos são frequentemente prescritos nesta população.

Os *inibidores específicos de recaptção da serotonina* podem provocar hiponatremia, perda de peso, disfunção sexual e interacções medicamentosas com anticoagulantes orais. Os *antidepressivos tricíclicos* são menos seguros em sobredosagem devido aos efeitos cardiovasculares e podem provocar marcados efeitos anticolinérgicos (como boca seca, obstipação, visão turva, retenção urinária, confusão, défices cognitivos). A *mirtazepina* é sedativa em doses mais baixas e activadora em mais altas. A *venlafaxina* em doses altas pode provocar hipertensão e a *trazodona* pode originar hipotensão ortostática, bem como instabilidade postural (Relvas, 2006).

c. Sedativos-hipnóticos

As *benzodiazepinas* apresentam como efeitos secundários mais comuns nesta faixa etária o risco de quedas, o comprometimento cognitivo, efeitos amnésicos, sonolência e dependência (Pires, 2003). Habitualmente têm uma duração de acção mais prolongada na população idosa e

potenciam a acção sedativa dos antidepressores tricíclicos, dos antihistamínicos, das fenotiazinas e do álcool (Relvas, 2006).

d. Estabilizadores de humor

O *lítio* deve ser usado com precaução no idoso, sobretudo quando há problemas renais, hepáticos ou cardíacos, uma vez que os níveis terapêuticos são próximos dos tóxicos e, regra geral, o idoso necessita de doses mais baixas para alcançar níveis séricos mais baixos. É importante sublinhar que nesta população pode haver uma maior sensibilidade aos efeitos secundários e tóxicos do lítio (Relvas, 2006). O *valproato de sódio* pode provocar, para além de sonolência e aumento do peso, alterações dos valores enzimáticos e pancreáticos. No que respeita à *carbamazepina* já foram referidos alguns efeitos da sua interacção com determinados antipsicóticos, sendo também de mencionar os efeitos hematológicos, hepáticos e renais (Relvas, 2006).

CONCLUSÃO

Culturalmente é difícil aceitar o final de uma consulta sem uma prescrição medicamentosa e mais difícil se torna ainda se o paciente é um idoso, frequentemente, portador de múltiplas patologias. A investigação aponta para que a população idosa seja a grande consumidora de fármacos, o que inclui o consumo de psicotrópicos. Contudo, as alterações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento condicionam a prescrição de psicofármacos, sendo, por isso, primordial conhecer bem a farmacocinética e farmacodinâmica dos mesmos, bem como as interacções possíveis entre todos os fármacos utilizados no idoso. Alguns princípios devem guiar a prescrição nesta faixa etária. Antes de mais, há que ponderar se o benefício que se pode esperar de determinado psicofármaco justifica o risco das reacções adversas que possa exhibir. De um modo geral, a máxima «start low, go slow» é um bom princípio de abordagem medicamentosa e as dosagens devem ser mantidas no mínimo terapêutico eficaz, devendo proceder-se à sua revisão frequentemente. Se, por um lado, o uso de substâncias psicotrópicas por idosos tem vindo a ser objecto de cada vez mais estudos, por outro, assiste-se ainda a uma preocupante falta de atitude crítica face às evidências sobre a eficácia e segurança destes na população idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carvalho, A. & Firmino, H. (2006). Depressão geriátrica: Bases vasculares e considerações clínicas. In H. Firmino (Ed.). *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.

Galvão, C. (2006). O idoso polimedicado: Estratégias para melhorar a prescrição. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 747-752.

Relvas, J. (2006). Psicofarmacologia das pessoas idosas. In H. Firmino (Ed.). *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.

Pires, C. (2003). *E quando o rei vai nú: os problemas e as vítimas das drogas psiquiátricas* (2ª Ed.). Leiria: Diferença.