

DOI: <https://doi.org/10.61085/rechhc.v2i2.117>

Passo Fundo, v. 2, n. 2, p. 87-104, julho-dezembro, 2022 - ISSN 2675-6919

Prevalência e fatores associados ao uso de sinvastatina por idosos institucionalizados

*Luana Pazinato¹, Marilene Rodrigues Portella², Andréia Mascarelo³,
Thaís Dresch Eberhardt⁴*

1 Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, RS, Brasil.

E-mail: luana.pazinatto@hotmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8320-1382>

2 Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, RS, Brasil.

E-mail: portella@upf.br | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8455-7126>

3 Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, RS, Brasil.

E-mail: andreamascarelo@yahoo.com.br | ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5424-8800>

4 Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, RS, Brasil.

E-mail: thaisde@upf.br | ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0138-2066>

Resumo

Objetivo: verificar a prevalência e os fatores associados ao uso de sinvastatina por idosos institucionalizados. **Método:** pesquisa de corte transversal com 468 idosos institucionalizados no Rio Grande do Sul, realizada no ano de 2017. Para avaliar a associação entre o uso de sinvastatina e as variáveis independentes categóricas, aplicou-se o teste Qui-quadrado de Pearson e a Regressão de Poisson com variância robusta. No modelo múltiplo, foram consideradas as variáveis que tiveram um valor de $p < 0,20$ na análise bivariada e permaneceram no modelo aquelas com $p < 0,05$. **Resultados e discussão:** verificou-se que a prevalência do uso de sinvastatina por idosos institucionalizados foi de 35,3%, associada a possuir histórico de acidente vascular encefálico, diabetes mellitus, polifarmácia e ser de cor não branca. **Conclusão:** os resultados podem ser úteis para propiciar o uso racional da sinvastatina em idosos institucionalizados, através da atuação da equipe multiprofissional.

Descritores: Saúde do idoso institucionalizado; Sinvastatina; Polimedicação; Instituição de longa permanência para idosos; Idoso.

Como citar este artigo /

How to cite item:

[clique aqui / click here](#)

Endereço correspondente / Correspondence address

Hospital de Clínicas de Passo Fundo - Rua Tiradentes, 295 - Passo Fundo/RS - Brasil.
CEP 99010-260

Prevalence and factors associated with simvastatin use by institutionalized elderly

Abstract

Objective: to verify the prevalence and factors associated with the use of simvastatin by institutionalized elderly. **Method:** cross-sectional research with 468 institutionalized elderly in Rio Grande do Sul, carried out in 2017. To assess the association between simvastatin use and categorical independent variables, Pearson's Chi-square test and Regression were applied of Poisson with robust variance. In the multiple model, variables that had a value of $p < 0.20$ in the bivariate analysis were considered and those with $p < 0.05$ remained in the model. **Results and discussion:** it was found that the prevalence of simvastatin use by institutionalized elderly was 35.3%, associated with having a history of stroke, diabetes mellitus, polypharmacy and being non-white. **Conclusion:** the results may be useful to promote the rational use of simvastatin in institutionalized elderly, through the work of the multidisciplinary team.

Descriptors: Health of institutionalized elderly; Simvastatin; Polypharmacy; Homes for the aged; Aged.

Prevalencia y factores asociados al uso de simvastatin por ancianos institucionalizados

Resumen

Objetivo: verificar la prevalencia y los factores asociados al uso de simvastatina por ancianos institucionalizados. **Método:** investigación transversal con 468 ancianos institucionalizados en Rio Grande do Sul, realizada en 2017. Para evaluar la asociación entre el uso de simvastatina y las variables independientes categóricas, se aplicó la prueba Chi-cuadrado de Pearson y Regresión de Poisson con varianza robusta. En el modelo múltiple se consideraron las variables que tenían un valor de $p < 0,20$ en el análisis bivariado y aquellas con $p < 0,05$ permanecieron en el modelo. **Resultados y discusión:** se constató que la prevalencia de uso de simvastatina por ancianos institucionalizados fue de 35,3%, asociada a tener antecedentes de infarto cerebral, diabetes mellitus, polifarmacia y ser de raza no blanca. **Conclusión:** los resultados pueden ser útiles para promover el uso racional de la simvastatina en ancianos institucionalizados, a través del trabajo del equipo multiprofesional.

Descriptores: Salud del anciano institucionalizado; Simvastatina; Polifarmacia; Hogares para ancianos; Anciano.

Introdução

O processo do envelhecimento, na dimensão biológica, sofre alterações em vários sistemas, como o imunológico, cardiovascular, musculoesquelético e nervoso. Com o avançar dos anos, a pessoa idosa tem uma maior probabilidade de apresentar doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as quais causam repercussões diversas, dependendo da gravidade, do acesso ao tratamento e cuidado.¹ No perfil epidemiológico das pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência para idosos (ILPI) chama atenção a alta prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS).² Cabe ressaltar que duas ou mais doenças são comuns nas pessoas idosas.¹

Segundo estudo realizado com idosos institucionalizados, no sul do Brasil mais da metade dos idosos institucionalizados tinha diagnóstico de HAS, quase metade Demência, mais de 35% Depressão, mais de 20% possuíam sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e tinham Diabetes Mellitus (DM), mais de 15% tinham Cardiopatia e Reumatismo e quase 10% Parkinson, além de mais de 8% ter algum tipo de doença pulmonar.² Observa-se que na maioria dos institucionalizados há uma prevalência de doenças crônicas, as mais predominantes, as cardiovasculares, as neuropsiquiátricas e as endocrinológicas.³

A HAS comumente está relacionada a distúrbios metabólicos, como a dislipidemia, que é um agravador.⁴ A dislipidemia além de ser um fator de risco para as doenças cardiovasculares (DCV), principal causa de morbidade e mortalidade no mundo, frequentemente pode colaborar na progressão da HAS e da DM em idosos, sendo o seu controle essencial para a prevenção primária e secundária de Aterosclerose e outros eventos cardiovasculares maiores, como morte, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e AVE.⁵⁻⁶ Constatou-se uma redução geral desses eventos cardiovasculares após o uso de estatinas, sendo comum à sua prescrição para os idosos.⁷

A sinvastatina, fármaco mais frequente prescrito para a terapia hipolipemiante⁸ é indicada para reduzir esses riscos à saúde decorrentes das DCV, atuando na redução dos níveis séricos de low density lipoprotein-cholesterol (LDL-c) (lipoproteínas de baixa densidade ligada ao colesterol), tendo em vista que os níveis de LDL-c possuem relação direta com o risco de ocorrência

de eventos cardiovasculares.⁷ No entanto, são indispensáveis cuidados importantes frente a sua administração em idosos pelos grandes riscos que a mesma pode oferecer, devido a fatores como multimorbidades, interações medicamentosas, polifarmácia e alterações na farmacocinética do idoso.⁹

Atualmente é analisado o risco cardiovascular do paciente para estabelecer o uso ou não de medicamento hipolipemiante e apesar de alguns estudos recomendarem uma terapia agressiva deste fármaco em pacientes com um elevado risco cardiovascular, há questionamentos, em relação aos benefícios e os riscos de mortalidade. Estudos apontam uma diminuição na incidência de IAM, no entanto deve ser considerada a elevada taxa de efeitos adversos que podem ocorrer, como aumento das enzimas hepáticas, disfunção renal, miopatia, catarata, alta incidência de diabetes tipo II e o abandono do tratamento.⁷

Levando em consideração o atual cenário sobre o uso de sinvastatina por idosos institucionalizados, a relevância desse estudo justifica-se mediante a identificação de alto índice de uso do medicamento em idosos em contrapartida da limitação de estudos sobre o tema. Em revisão da literatura em periódicos indexados nas bases de dados Web of Science, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), as buscas foram combinadas, por meio dos conectores booleanos AND e OR, os descritores saúde do idoso institucionalizado, sinvastatina, polimedicação, Instituição de Longa Permanência para Idosos e idoso foram utilizados no idioma inglês, não foram encontrados resultados para a busca, o que justifica a importância desse tema ser pesquisado.

Além disso, estudos têm constatado um alto índice de uso de medicamentos por idosos, a maioria dos institucionalizados faz uso regular de alguma medicação e muitos estão submetidos à polifarmácia, ou seja, fazem o uso de cinco a nove medicamentos.²⁻¹⁰ Em estudo realizado com idosos residentes em ILPI identificou-se polifarmácia em quase metade dos idosos institucionalizados e polifarmácia excessiva, ou seja, o uso de dez ou mais fármacos, em quase 30% desses idosos,² o que justifica a necessidade da ação concomitante da equipe multiprofissional a fim de contribuir para uma terapêutica racional e uma assistência responsável.

Os problemas relacionados ao uso de sinvastatina em idosos institucionalizados vão desde o aumento das enzimas hepáticas, disfunção renal, miopatia, catarata, alta incidência de diabetes tipo II, até o abandono do tratamento e a polifarmácia decorrente dos seus efeitos adversos.

Dessa forma, é possível notar que o estudo desse tema pode impactar direta ou indiretamente os profissionais da área da saúde, trazendo contribuições nos cuidados que se referem à administração de sinvastatina em idosos residentes em ILPI. O conhecimento do uso das estatinas junto a população idosa se faz necessário para que a equipe multiprofissional atue no monitoramento e nas intervenções da terapia farmacológica. Nesse sentido, o objetivo dessa pesquisa é verificar a prevalência e os fatores associados ao uso de sinvastatina por idosos institucionalizados.

Metodologia

Pesquisa de corte transversal com idosos residentes em ILPI, que integra a pesquisa “Padrões de envelhecimento e longevidade: aspectos biológicos, educacionais e psicossociais”, desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Envelhecimento humano da Universidade de Passo Fundo, financiada pelo Programa Nacional de Cooperação Acadêmica – PROCAD/Capes, edital n. 71/2013. Os dados foram coletados no ano de 2017 em 19 ILPI localizadas nos municípios de Passo Fundo, Carazinho e Bento Gonçalves, no estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil.

A população estimada para o ano de 2015, nesses municípios, era de 196.741, 62.037 e 113.287 habitantes e a respectiva proporção de idosos na população era de 13,58%, 16,13% e 14,11%. Estimava-se um predomínio de mulheres idosas, 58,2%, 58,06% e 56,06% e um percentual de pessoas com 80 anos e mais de 13,9%, 14,58% e 14,08%, respectivamente.¹¹

Das 35 ILPI localizadas nos municípios selecionados, todas foram convidadas a participar da pesquisa, entretanto, 19 manifestaram seu aceite das quais, 14 (58,3%) no município de Passo Fundo (RS), onde residiam 281 pessoas idosas, 1 (50,0%) no município de Carazinho (RS) com 92 pessoas idosas e 4 (44,4%) no município de Bento Gonçalves (RS), nas quais viviam 106 pessoas idosas. A população total residente

nessas instituições era de 479 pessoas idosas. Após o aceite por parte das ILPI, as pessoas idosas e ou seus responsáveis foram convidados a participar do estudo. Foram incluídos todos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos e excluídos aqueles que no momento da entrevista estavam internados em hospital ou que não foram localizados.

Constituíram a população deste estudo 468 idosos que apresentavam informações relativas ao uso de sinvastatina. Considerou-se como variável dependente o uso de sinvastatina nos três meses que antecederam a pesquisa. O uso de medicamentos foi verificado junto ao prontuário dos idosos e os mesmos foram classificados por grupo anatômico e substância ativa conforme Classificação Anatômica Terapêutica Química (ATC).¹²

As variáveis independentes incluíram dados sociodemográficos e relativos a ILPI: tipo de ILPI (privada /filantrópica), longevidade (não longeva/longeva), idade (em anos), sexo (masculino/feminino), cor/raça (branco/não branco), situação conjugal (com cônjuge/sem cônjuge), tempo de internação (em meses), escolaridade (não escolarizados/escolarizados) e visitas familiares (sim/não); variáveis de saúde: cardiopatia (sim/não), hipertensão arterial sistêmica (sim/não), acidente vascular encefálico (sim/não), diabetes mellitus (sim/não), uso de sinvastatina (sim/não), demência (sim/não), Parkinson (sim/não), internação hospitalar no último ano (sim/não) e em caso positivo, quantas vezes (número), dor crônica nos últimos 6 meses (sim/não), osteoporose (sim/não), multimorbidade (sim/não), uso de MPI (sim/não) e polifarmácia (sim/não); informações relacionadas à funcionalidade: estado cognitivo (com declínio cognitivo/sem declínio cognitivo) e atividades básicas da vida diária (independente/dependente).

Para avaliação do estado cognitivo utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) com pontos de corte: 13 para analfabetos, 18 para baixa e média escolaridade e 26 para alta escolaridade. A partir do escore obtido, o idoso foi classificado (com declínio cognitivo/sem declínio cognitivo).¹³

Para as atividades básicas da vida diária (ABVD) o idoso foi classificado como independente/dependente, segundo o Índice de Katz.¹⁴ Os idosos que conseguiam realizar uma ou mais atividades somente com auxílio, foram classificados como dependentes.³

Multimorbidade foi considerada a presença de duas ou mais condições crônicas. Para a variável uso de Medicamento Potencialmente Inapropriado para Idosos (MPI) utilizou-se os critérios de Beers 2015.¹⁵

As informações sociodemográficas, de saúde e uso de medicamentos foram obtidas por meio de consulta aos prontuários. As variáveis relacionadas à funcionalidade foram obtidas por meio da avaliação direta dos idosos. As variáveis categóricas foram apresentadas empregando-se distribuições de frequências univariadas e tabelas de contingência bi e multivariadas. As variáveis quantitativas foram descritas mediante medidas de tendência central ou posição e variabilidade.

Para avaliar a associação entre o uso de sinvastatina e as variáveis independentes categóricas, aplicou-se o teste Qui-quadrado de Pearson. O nível de significância adotado foi de 5%. Para as análises multivariadas utilizou-se a Regressão de Poisson com variância robusta, estimando-se as razões de prevalência (RP) bruta e ajustada e calculando-se os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). No modelo múltiplo, foram consideradas as variáveis que tiveram um valor de $p < 0,20$ na análise bivariada e permaneceram no modelo aquelas com $p < 0,05$. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UPF, parecer número 2.097.278, em acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Participaram do estudo 468 pessoas idosas institucionalizadas. A idade média foi de 79,94 (desvio padrão (DP)=0,90) anos, com idade mínima de 61 e máxima de 101 anos. A maioria dos idosos recebiam visitas de familiares (88,3%). Houve predomínio de mulheres (71,6%), de pessoas longevas (57,4%), de escolarizados (84,3%), de cor branca (89,7%), de pessoas sem cônjuge (94%) e dos que residiam em ILPI filantrópicas (56,8%), conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e relativas à ILPI (n=468).
Passo Fundo, Carazinho e Bento Gonçalves, RS, Brasil, 2017

Variável	n (%)	IC* 95%
Tipo de ILPI		
Filantrópica	266 (56,8)	52,3 - 61,2
Privada	202 (43,2)	38,8 - 47,7
Longevidade		
Não longeva	199 (42,6)	38,1 - 47,4
Longeva	268 (57,4)	52,6 - 61,9
Sexo		
Masculino	133 (28,4)	24,6 - 32,5
Feminino	335 (71,6)	67,5 - 75,4
Cor		
Branca	416 (89,7)	86,6 - 92,5
Não branca	48 (10,3)	7,5 - 13,4
Situação conjugal		
Com cônjuge	28 (6,0)	3,9 - 8,4
Sem cônjuge	437 (94,0)	91,6 - 96,1
Escolaridade		
Não escolarizados	71 (15,7)	12,4 - 19,2
Escolarizados	381 (84,3)	80,8 - 87,6
Visitas de familiares		
Sim	406 (88,3)	85,2 - 91,3
Não	54 (11,7)	8,7 - 14,8

ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos; *IC: Intervalo de confiança.

Os idosos estavam institucionalizados em média a 45,45 (DP=5,54) meses. Utilizavam em média 8,49 (DP=0,34) medicamentos, no mínimo um e no máximo 19 medicamentos. Polifarmácia foi observada em 76,9% dos institucionalizados.

Constatou-se elevada prevalência de declínio cognitivo (73,7%) e dependência para atividades básicas da vida diária (ABVD) (85,8%) na população estudada. As multimorbidades representaram 59,8% e a doença crônica mais prevalente foi a HAS (55,7%), conforme a Tabela 2.

Tabela 2 - Condições de saúde de idosos institucionalizados (n =468).
Passo Fundo, Carazinho e Bento Gonçalves, RS, Brasil, 2017

Variável	n (%)	IC* 95%
Estado cognitivo		
Com declínio cognitivo	344 (73,7)	69,7 - 77,7
Sem declínio cognitivo	123 (26,3)	22,3 - 30,3
Cardiopatía		
Sim	84 (18,1)	14,7 - 21,8
Não	379 (81,9)	78,2 - 85,3
HAS		
Sim	258 (55,7)	51,0 - 60,5
Não	205 (44,3)	39,5 - 49,0
AVE		
Sim	102 (21,9)	17,8 - 25,8
Não	364 (78,1)	74,2 - 82,2
DM		
Sim	96 (20,6)	17,0 - 24,2
Não	370 (79,4)	75,8 - 83,0
Uso de sinvastatina		
Sim	165 (35,3)	31,0 - 39,1
Não	303 (64,7)	60,9 - 69,0
Demência		
Sim	235 (50,6)	46,1 - 55,0
Não	229 (49,4)	45,0 - 53,9
Parkinson		
Sim	43 (9,3)	6,9 - 11,9
Não	421 (90,7)	88,1 - 93,1
Internação hospitalar		
Sim	147 (32,0)	27,6 - 36,3
Não	313 (68,0)	63,7 - 72,4
Dor crônica		
Sim	165 (36,9)	32,4 - 41,4
Não	282 (63,1)	58,6 - 67,6
Osteoporose		
Sim	50 (10,8)	7,5 - 13,6
Não	414 (89,2)	86,4 - 92,5
MPI		
Sim	158 (36,2)	37,1 - 41,0
Não	279 (63,8)	59,0 - 68,3

Variável	n (%)	IC* 95%
ABVD		
Independente	64 (14,2)	11,2 - 17,8
Dependente	387 (85,8)	82,2 - 88,8
Polifarmácia		
Sim	360 (76,9)	72,8 - 81,0
Não	108 (23,1)	19,0 - 27,2
Multimorbidade		
Sim	278 (59,8)	55,5 - 64,4
Não	187 (40,2)	35,6 - 44,5

HAS: Hipertensão arterial sistêmica; AVE: Acidente vascular encefálico; DM: Diabetes mellitus; MPI: Medicamento potencialmente inapropriado; ABVD: Atividades básicas da vida diária; *IC: Intervalo de confiança.

O uso de sinvastatina foi constatado em 35,3% das pessoas idosas. Verificou-se maior prevalência do uso de sinvastatina em não longevos (38,7%), não brancos (52,1%), entre os que faziam uso de MPI (39,2%), polifarmácia (40,6%), polifarmácia excessiva (46,6%), que possuíam diagnóstico de osteoporose (46%), cardiopatia (44%), HAS (38%), AVE (54,9%) e DM (49%) (Tabela 3).

Neste estudo, ser longevo, ter osteoporose, cardiopatia, HAS, demência, Parkinson, dor crônica e fazer uso de MPI não apresentaram relação com o uso de sinvastatina ($p > 0,05$). O uso de sinvastatina apresentou associação na análise bruta com cor ($p = 0,010$), AVE ($p = 0,000$), DM ($p = 0,002$), polifarmácia ($p = 0,000$) e polifarmácia excessiva ($p = 0,001$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Prevalência e fatores associados ao uso de sinvastatina (n = 468). Passo Fundo, Carazinho e Bento Gonçalves, RS, Brasil, 2017

Variável	n (%)	p*	RP** (IC 95%)	RP*** (IC 95%)
Longevidade		0,190		---
Sim	88 (32,8)		0,77 (0,58 - 1,03)	
Não	77 (38,7)		1,00	
Cor		0,010		
Não Branco	25 (52,1)		1,72 (1,24 - 2,39)	1,63 (1,19 - 2,24)
Branco	139 (33,4)		1,00	1,00
Osteoporose		0,095		---
Sim	23 (46,0)		1,43 (0,99 - 2,08)	
Não	141 (34,1)		1,00	
Cardiopatia		0,068		---
Sim	37 (44,0)		1,39 (1,00 - 1,92)	
Não	127 (33,5)		1,00	
HAS		0,196		---
Sim	98 (38,0)		1,33 (0,98 - 1,80)	
Não	66 (32,2)		1,00	
AVE		0,000		
Sim	56 (54,9)		2,09 (1,60 - 2,73)	1,90 (1,46 - 2,46)
Não	109 (29,9)		1,00	1,00
DM		0,002		
Sim	47 (49,0)		1,63 (1,21 - 2,18)	1,47 (1,11 - 1,95)
Não	118 (31,9)		1,00	1,00
Demência		0,170		---
Sim	76 (32,3)		0,82 (0,61 - 1,10)	
Não	88 (38,4)		1,00	
Parkinson		0,160		---
Sim	11 (25,6)		0,50 (0,24 - 1,05)	
Não	153 (36,3)		1,00	
Dor crônica		0,119		---
Sim	50 (30,3)		0,89 (0,66 - 1,21)	
Não	106 (37,6)		1,00	
Polifarmácia		0,000		
Sim	146 (40,6)		2,22 (1,39 - 3,54)	1,85 (1,15 - 2,99)
Não	19 (17,6)		1,00	1,00
Polifarmácia excessiva		0,001		---
Sim	61 (46,6)		0,62 (0,47 - 0,83)	
Não	104 (30,9)		1,00	

Variável	n (%)	p*	RP** (IC 95%)	RP*** (IC 95%)
MPI		0,188		---
Sim	62 (39,2)		1,17 (0,87 – 1,56)	
Não	92 (33,0)		1,00	

HAS: Hipertensão arterial sistêmica; AVE: Acidente vascular encefálico; DM: Diabetes mellitus; MPI: Medicamento potencialmente inapropriado; *p: Teste Qui-quadrado de Pearson; **RP: Razão de prevalência bruta, Regressão de Poisson com variância robusta; ***RP: Razão de prevalência ajustada, Regressão de Poisson com variância robusta.

No modelo final permaneceram associadas ao uso de sinvastatina a cor RP=1,63; IC95% 1,19 – 2,24), AVE (RP=1,90; IC95% 1,46 – 2,46), DM (RP=1,47; IC95% 1,11 – 1,95) e polifarmácia (RP=1,85; IC95% 1,15 – 2,99) (Tabela 3).

Discussão

Nota-se no perfil sociodemográfico dos idosos institucionalizados integrantes desse estudo, que o mesmo é composto em sua maioria por mulheres e pessoas longevas, o que pode ser explicado pelas mulheres apresentarem uma maior expectativa de vida em relação aos homens e corrobora com outros estudos.²⁻¹⁶ Em relação a maioria das pessoas idosas ser escolarizadas, de cor branca, receber visita de familiares, não possuir cônjuge e residir em ILPI filantrópica, os dados estão alinhados aos achados da literatura.²⁻¹⁰

O presente estudo verifica a prevalência e os fatores associados ao uso de sinvastatina por idosos institucionalizados em ILPI do Sul do Brasil. Os resultados constataram que 35,3% das pessoas idosas faziam uso de sinvastatina e sugerem uma associação de possuir histórico de AVE, diabetes mellitus, polifarmácia e ser de cor não branca ao seu uso.

Percebe-se uma predominância no uso da sinvastatina por parte dos idosos que pode estar relacionada à multimorbidade e ao acesso facilitado dessas pessoas ao medicamento. O fármaco comumente utilizado para o tratamento da dislipidemia e para a prevenção de eventos cardiovasculares é ofertado de forma gratuita no Sistema Único de Saúde (SUS). Devido aos idosos frequentarem mais os serviços de saúde e apresentarem mais alterações do estado de saúde, a sinvastatina cotidianamente é prescrita para essa classe.¹⁷

O uso de estatinas é recomendado pelas diretrizes atuais como prevenção secundária de AVE, sua associação possivelmente se deve ao fato de a sinvastatina mostrar-se eficaz na prevenção e recorrência de eventos cardiovasculares maiores.⁷ Segundo estudo conduzido no Brasil com pacientes que possuíam diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico, pacientes com boa adesão ao tratamento com sinvastatina (72,2%), independente da posologia, apresentaram um melhor prognóstico em comparação aos que não faziam o seu uso ou que tinham uma má adesão à terapêutica. A pesquisa mostrou uma prevalência de uso de sinvastatina superior à encontrada neste estudo.¹⁸

Em relação à associação de sinvastatina com DM, a doença está intimamente ligada ao uso do medicamento, uma vez que os níveis de low density lipoprotein (LDL) (lipoproteína de baixa densidade) aumentam e o risco de desenvolver doenças cardiovasculares também, além disso, o medicamento contribui na redução do risco de desenvolvimento de complicações periféricas macrovasculares. As Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes recomendam que pacientes com risco intermediário, alto e muito alto façam o uso de estatinas.¹⁹

O uso de sinvastatina e a alta prevalência de polifarmácia podem ser explicados pelas condições de comorbidade que acometem os idosos, sobretudo as cardiovasculares e pelas dificuldades enfrentadas pelos prescritores no tratamento de alguns pacientes, visto que as patologias possuem causa multifatorial. Em estudo realizado com idosos da comunidade constatou-se que 65,2% praticavam a polifarmácia, a qual foi superior à deste estudo (40,6%) e dentre os fármacos, a sinvastatina estava entre os mais utilizados.²⁰ Com o envelhecimento da pessoa idosa há uma maior predominância de multimorbidades que podem acarretar polifarmácia, visto que o uso de medicamentos está proporcionalmente ligado ao número de doenças no idoso. Além disso, a polifarmácia aumenta os riscos de interações medicamentosas e reações adversas.²¹

Estudos têm demonstrado que a origem étnica pode influenciar de forma considerável na predisposição de doenças cardiovasculares, principalmente a HAS. Os autores destacam que pessoas de cor não branca apresentam um risco maior de desenvolver patologias cardiovasculares comparadas às de cor branca. As razões pelas

quais isso ocorre ainda são desconhecidas e objeto de intensa investigação científica.²²⁻²³ Achados mostraram que pessoas com maior resistência fenotípica a terapêutica utilizada para HAS apresentam uma maior prevalência de dislipidemia e histórico de AVC,²² esses dados corroboram com as atuais Diretrizes Terapêuticas de Dislipidemia que denotam a dislipidemia ser um importante fator de risco cardiovascular.⁷ A associação entre uso de sinvastatina e ser de cor não branca encontrada neste estudo está alinhado aos dados da literatura e pode se justificar diante do medicamento ser frequentemente prescrito para a terapia hipolipemiante e ter sua distribuição de forma gratuita na rede pública.¹⁷

Conclusão

A prevalência do uso de sinvastatina por idosos institucionalizados neste estudo foi de 35,3%, associada ao histórico de AVE, DM, polifarmácia e ser de cor não branca. Conclui-se que para propiciar o uso racional de sinvastatina em idosos institucionalizados torna-se imprescindível a ação conjunta da equipe multiprofissional para atuar no monitoramento e nas intervenções da terapia farmacológica prescrita.

A pesquisa apresenta como limitações o seu próprio desenho, o qual pode ser representado como um determinado “recorte no espaço-tempo”. Além disso, também pode se considerar como limitação o fato de a pesquisa ser regional, entretanto a mesma reflete uma realidade que poderá ser confrontada com outros cenários. Os autores sugerem mais estudos a respeito da temática diante de sua relevância.

Referências

1. Roca F, Lang PO, Chassagne P. Chronic neurological disorders and related comorbidities: role of age-associated physiological changes. Handbook of clinical neurology. [internet] 2019 [acesso em 2021 Ago 17];167:105-22. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780128047668000078>. doi:10.1016/B978-0-12-804766-8.00007-8.
2. Portella MR. Pesquisa PROCAD-padrões de envelhecimento e longevidade: aspectos biológicos, educacionais e psicossociais de idosos institucionalizados. Revista Kairós: Gerontologia. [internet] 2020 [acesso em 2021 Ago 17];23:97-104. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/50795>. doi:10.23925/2176-901X.2020v23i0p97-104.
3. Santiago LM, Luz LL, Da Silva JFS, De Oliveira PH, Carmo CN, Mattos IE. Condições sociodemográficas e de saúde de idosos institucionalizados em cidades do sudeste e centro-oeste do Brasil. Geriatr Gerontol Aging. [internet] 2016 [acesso em 2021 Ago 17];10 (2):86-92. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v10n2a07.pdf>. doi:10.5327/Z2447-211520161600026.
4. Barros LG, Santos FF, Souza Jr DL, Marques AEF. Interação medicamentosa em pacientes idosos com dislipidemias em Unidade Básica de Saúde de Santana do Cariri, CE, Brasil. Infarma-Ciências Farmacêuticas. [internet] 2020 [acesso em 2021 Nov 8];32(2):137-43. Disponível em: <https://scholar.archive.org/work/enlo6wn675d4vcohxktiliydau/access/wayback/http://revistas.cff.org>.
5. Katsiki N, Kolovou G, Martinez PP, Mikhailidis DP. Dyslipidaemia in the elderly: to treat or not to treat?. Expert review of clinical pharmacology. [internet] 2018 [acesso em 2021 Set 09];11(3):259-78. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17512433.2018.1425138>. doi:10.1080/17512433.2018.1425138.
6. Yandrapalli S, Gupta S, Andries G, Cooper HA · Wilbert S, Aronow WS. Drug therapy of dyslipidemia in the elderly. Drugs & aging. [internet] 2019 [acesso em 2021 Set 09];36(4):321-40. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40266-018-00632-x>. doi:10.1007/s40266-018-00632-x.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dislipidemia: prevenção de eventos

- cardiovasculares e pancreatite. Brasília: Ministério da Saúde. [internet] 2020 [acesso em 2021 Ago 17];36. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Publicacoes_MS/PCDT_Dislipidemia_PrevencaoEventosCardiovascularesPancreatite_ISBN_18-08-2020.pdf.
8. Dykun I, Wiefhoff D, Totzeck M, Al-Rashid F, Jánosi RA, Hendricks S, et al. Treatment Patterns of Lipid-Lowering Therapy in Patients with Coronary Artery Disease Aged Above and Below 75 Years: A Retrospective Cross-Sectional Study of 1500 Patients in a Tertiary Care Referral Center in Germany. *Drugs & Aging*. [internet] 2020 [acesso em 2021 Set 09];37:521-27. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40266-020-00768-9>. doi:10.1007/s40266-020-00768-9.
 9. Verdoia M, Galasso G, Filardi PP, De Luca G. Statins and elderly: from clinical trials to daily practice. *Current vascular pharmacology*. [internet] 2019 [acesso em 2021 Ago 15];17(3):233-38. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/ben/cvp/2019/00000017/00000003/art00006>. doi:10.2174/1570161116666180628145723.
 10. Mascarelo A, Bortoluzzi EC, Hahn SR, Alves ALS, Doring M, Portella MR. Prevalência e fatores associados à polifarmácia excessiva em pessoas idosas institucionalizadas do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro. [internet] 2021 [acesso em 2021 Ago 17];24. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/b4XgNDNj6w5w4HQwftCGGxt/?lang=pt&format=html>. doi:10.1590/1981-22562021024.210027.
 11. Datasus. Departamento De Informática Do Sus, 2017. [acesso em 2021 Set 23]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>.
 12. World health organization. World Health Organization, collaborating centre Drug Statistics Methodology, ATC classification index with DDDs, 2021. Oslo, Norway 2020. [acesso em 2021 Ago 31]. Disponível em: https://www.whocc.no/atc_ddd_index_and_guidelines/atc_ddd_index/.
 13. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. [internet] mar. 1994 [acesso em 2021 Set 09];52(1):01-07. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/Sv3WMxHYxDkkgmcN4kNfVTv/abstract/?lang=pt>. doi:10.1590/S0004-282X1994000100001. Acesso em 23 set. 2021.
 14. Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, Filho STR, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. [internet] jan.

- 2008 [acesso em 2021 Ago 17];24(1):103-12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hssCqfGkZRfBCH5Nc9fBbtN/?lang=pt&format=html>. doi:10.1590/S0102-311X2008000100010.
15. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society 2015 updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. [internet] nov. 2015 [acesso em 2021 Set 23];63(11):2227-46. Disponível em: https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.13702?casa_token=E9ZhxCOgn9QAAAAA:0HVD1B4FKxVRqgq2602LfHU1-AgS948B43y8GW41sbUz_GrgNFkIm5wiKDjZodYpZHhwkRN9EHXgRp. doi:10.1111/jgs.13702.
16. Rosa VPP, Urbanetto JDS. Perfil sociodemográfico e clínico e sua associação com o grau de dependência em idosos institucionalizados. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*. [internet] 2021 [acesso em 2023 Mai 17];27(3):315-333. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/104973/86146>. doi:10.22456/2316-2171.104973.
17. Luz DA, Santos KKA, Damascena RS. Perfil dos usuários da sinvastatina no Brasil: Uma revisão bibliográfica. *Research, Society and Development*. [internet] 2021 [acesso em 2022 Nov 04];10(7). Disponível em: <https://scholar.archive.org/work/q7a5dbjyircqxpgrm6id5tysne/access/wayback/https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/16431/14796>. doi:10.33448/rsd-v10i7.16431.
18. Vitturi BK, Gagliardi RJ. Effects of statin therapy on outcomes of ischemic stroke: a real-world experience in Brazil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. [internet] 2020 [acesso em 2021 Out 11];78:461-67. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/LV3mWh45djPMz359gTXYP5R/abstract/?lang=en>. doi:10.1590/0004-282X20200027.
19. Brasil. Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: Clannad, 2019-2020. [internet] 2020 [acesso em 2021 Nov 06];491. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>.
20. Chaves MRR, Rodrigues MHA, Sales SBS, Pereira ABS, Segati KD, Pinto EMH, et al. Farmacovigilância em idosos: observações acerca da prática de polifarmácia. *Brazilian Journal of Development*. [internet] 2020 [acesso em 2021 Out 14];6(11):87568-78. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/19781>. doi:10.34117/bjdv6n11-251.
21. De Medeiros MGM, De Araújo AGP, Dos Santos MVD, Leite AGR, Nunes MF, Dantas PRA, et al. Implicações da polifarmácia em idosos e o

- importante papel do farmacêutico nesse processo. Brazilian Journal of Development. [internet] 2020 [acesso em 2021 Out 14];6(5):23391-24404. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/9545>. doi:10.34117/bjdv6n5-043.
22. Macedo C, Aras Jr R, De Macedo IS. Características Clínicas da Hipertensão Arterial Resistente vs. Refratária em uma População de Hipertensos Afrodescendentes. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. [internet] 2020 [acesso em 2021 Out 15];115:31-39. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/JTnMbRYDtLjDrLKbP3RH8th/abstract/?lang=pt>. doi:10.36660/abc.20190218.
23. Pauli S, Bairros FS, Nunes LN, Neutzling MB. Prevalência autorreferida de hipertensão e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. [internet] 2019 [acesso em 2021 Out 15];24:3293-303. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mDddwSt5vpYBx3xdxKtFy3Q/?lang=pt&format=html>. doi:10.1590/1413-81232018249.28002017.