

---

**ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NA PROMOÇÃO E RESTAURAÇÃO  
DA SAÚDE DE PACIENTES IDOSOS QUE FAZEM USO DE  
POLIMEDICAÇÃO****Adson Junior Alves**

(Graduado em Farmácia pela FAHESA/ITPAC);

**Lânea Kalliny Alves**

(Graduada em Farmácia pela FAHESA/ITPAC);

**Anette Kelsei Partata**

(M.Sc. Docente da FAHESA/ITPAC ITPAC);

E-mail: [anettepartata@hotmail.com](mailto:anettepartata@hotmail.com)

O processo crescente de envelhecimento do idoso no Brasil vem repercutindo sobre os serviços de assistência em saúde. As práticas assistenciais estão voltadas para os cuidados e a atenção a esse grupo etário, uma vez que suas características físicas, biológicas e sua forma de viver em sociedade repercutem na multidimensionalidade de sua saúde. Considerando que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos e que os idosos constituem o grupo etário mais medicamentado, este uso pode ser determinante para a obtenção de menor ou maior resultado do tratamento no idoso. O objetivo deste estudo é conhecer os benefícios da atuação do farmacêutico que propiciem a promoção e restauração da saúde dos pacientes idosos que fazem uso de polimedicação. O material que constitui essa reflexão foi reunido e organizado através de levantamento de dados, entre os autores e estudiosos da profissão farmacêutica e outros profissionais da saúde, por meio de fontes bibliográficas impressas e eletrônicas, que evidenciam os cuidados farmacêuticos e a saúde do idoso. Devido às graves implicações do uso de medicamentos no idoso, estratégias precisam ser usadas para aumentar os efeitos terapêuticos e evitar danos. A avaliação cuidadosa da necessidade da medicação pelo profissional de cuidados de saúde é a primeira etapa. Uma vez decidida, é necessária a análise do atual regime medicamentoso da pessoa e da doença para evitar as interações de drogas, interações droga-doença e respostas adversas. Os cuidados farmacêuticos são fundamentais para reduzir os gastos do governo com a saúde pública, para desafogar a assistência médica e melhorar a compreensão do uso adequado de drogas por parte dos pacientes. O provedor desses cuidados farmacêuticos é o farmacêutico, que é capaz de melhorar a eficácia do tratamento, não só através do medicamento, mas pela força da atenção que ele presta aos pacientes.

Palavras-chave: Aconselhamento farmacêutico; Cuidados farmacêuticos; Idoso.

The growing process of aging of the elderly in Brazil is impacting on services for assistance in health. Care practices are geared to the care and attention to this age group, since their physical, biological, and their way of living in society reflected in the multidimensionality of their health. Whereas the majority of interventions in health care involves the use of medicines and the elderly are the age group most medicated, this use can be decisive for obtaining a smaller or larger outcome of treatment in the elderly. The objective of this study was to determine the benefits of the actions of the pharmacist to provide promotion and restoration of health of elderly patients who use polimedicação. The material is this reflection that was held and organized by survey data, between authors and scholars of the pharmaceutical profession and other health professionals by means of bibliographic sources, printed and electronic, which highlight the pharmaceutical and health care of the elderly. Due to the serious implications of the use of medications in the elderly, strategies must be used to increase the therapeutic effects and prevent damage. A careful assessment of the need for medication by the health care professional is the first step. Once decided, it is necessary to review the current medical system of the person and the illness to avoid

drug interactions, drug-disease interactions and adverse responses. Critical care pharmacists are essential to reduce the expenses of the government with public health, to unburden the healthcare and improve the understanding of the appropriate use of drugs by patients. The provider of pharmaceutical care is the pharmacist who is able to improve the effectiveness of treatment, not only through medicine, but by virtue of the attention he gives to patients.

Keywords: Counseling pharmacist; Pharmaceutical care; Elderly.

## 1 INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa no Brasil, que segue uma tendência já ocorrida em países desenvolvidos, traz desafios cada vez maiores aos serviços e aos profissionais de saúde (ANDRADE, 1999).

O envelhecimento é um processo complexo e multifatorial. Na concepção tecnicista, o idoso sadio é um indivíduo com alterações biológicas, morfológicas, funcionais e psicológicas no limite entre o normal e o patológico (NOVAES, 2007). Com efeito, verifica-se um grande número de patologias encontradas com sintomatologias diversas e, ademais, a prevalência de doenças crônicas degenerativas, as quais frequentemente dependem de terapêuticas medicamentosas prolongadas ou contínuas. (ANDRADE, 1999).

Esse grupo etário consiste no segmento social mais medicamentado, chegando a constituir mais de 50% dos usuários de múltiplos medicamentos. Dessa forma, o conhecimento e o estudo do padrão de utilização de medicamentos pela população idosa são de fundamental importância para as estratégias de prescrição racional de fármacos na prática geriátrica (CASTELLAR et al., 2007).

A elevada utilização de medicamentos em indivíduos idosos pode afetar a qualidade de vida, embora sejam os mesmos que em sua maioria, ajudam a prolongar a vida. Dessa forma, o problema não pode ser atribuído ao consumo de medicamentos, mas sim na irracionalidade de seu uso que expõe o indivíduo a riscos potenciais (BISSON, 2007).

Medicamento é um produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa, ou para fins de diagnóstico. É necessário que a população receba a informação correta sobre o uso dos medicamentos, pois, se administrados de forma incorreta, podem até matar. Eis então a importância do farmacêutico de possuir habilidades de comunicação, valendo-se de estratégias pedagógicas para estabelecer a comunicação, e conseqüentemente prover ao paciente, através do processo de atenção farmacêutica, todas as informações necessárias sobre o uso do medicamento (POSSAMAI, 2008).

A profissão farmacêutica se responsabiliza pela disponibilidade dos medicamentos para prevenir, melhorar, diagnosticar, tratar e curar as doenças. Contribui para que os pacientes recebam uma eficaz e segura terapia com medicamentos, isto é: a melhor droga, dose e informação para o paciente, no momento e lugar certos, com a devida consideração dos custos (CLAUMANN, 2003).

A assistência farmacêutica, como componente das estratégias de atenção à saúde, visa a promover o uso racional do medicamento e a educação terapêutica. Essa assistência pode vir a ter como suporte o aconselhamento, e isso permite um maior relacionamento entre os profissionais de saúde e o paciente. O tratamento, assim, torna-se mais eficaz, capacita o idoso para saber lidar com os possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas contribuindo, para a adesão ao tratamento (ANDRADE, 1999).

## 1.1 Objetivos

### 1.1.1 Objetivo geral

Conhecer os benefícios da atuação do farmacêutico que propiciem a promoção e restauração da saúde dos pacientes idosos que fazem uso de polimedicação.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- Estudar a relação do tripé farmacêutico-consumidor-medicamento;
- Identificar as causas dos problemas relacionados à terapêutica farmacológica;
- Ressaltar a responsabilidade do farmacêutico no processo de cuidado à saúde do idoso;
- Enfatizar a importância do acompanhamento à farmacoterapia do idoso, evitando futuras complicações.

## 1.2 Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura sobre a atuação do farmacêutico na promoção e restauração da saúde dos pacientes idosos que fazem uso de polimedicação. Foram selecionadas referências disponíveis na biblioteca virtual BIREME e no acervo bibliográfico da biblioteca do ITPAC, utilizando os descritores: aconselhamento farmacêutico, cuidados farmacêuticos e idoso. A normatização das citações e referências obedeceu às normas da Revista Científica do ITPAC.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 A transição demográfica

O envelhecimento da população tanto no Brasil como no mundo é uma realidade (NOVAES, 2007). Estima-se que a população de idosos ( $\geq 60$  anos) deverá duplicar até o ano de 2050, alcançando 15% do total da população brasileira (SIRENA, 2004).

Nos últimos 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de população jovem para um quadro caracterizado por enfermidades complexas e onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas. O envelhecimento da população tende a proporcionar nas próximas décadas, desafios cada vez maiores aos serviços de saúde, particularmente em regiões em que a polarização epidemiológica está mais presente (LYRA JUNIOR et al., 2006).

O termo transição demográfica refere-se ao processo gradual pelo qual uma sociedade passa de uma situação de altas taxas de fecundidade e mortalidade a uma situação de baixas taxas de tais indicadores. Quando há queda na taxa de mortalidade, um aumento na expectativa de vida e diminuição da taxa de fecundidade, a população começa a envelhecer. E à medida que envelhece, mudam também suas características epidemiológicas. A transição epidemiológica é definida por uma mudança nos padrões de morbimortalidade, principalmente por declínio das doenças infectoparasitárias e aumento das doenças cronicodegenerativas (PASCHOAL, 2006).

O notável crescimento demográfico e as práticas cotidianas do idoso do século XXI apresentam novas imagens do idoso, que destacam um universo amplo, heterogêneo e marcado por contradições, advindas das desigualdades sociais (NOVAES, 2007).

Em um contexto de importantes desigualdades regionais e sociais, os idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, acumulando sequelas das doenças cronicodegenerativas, desenvolvendo incapacidades e perdendo autonomia, bem como qualidade de vida. Por esse motivo, é imprescindível delinear políticas específicas, sendo relevante o conhecimento das necessidades e condições de vida desse segmento etário (LYRA JUNIOR et al., 2006).

Os fatores de risco para óbito entre idosos, frequentemente descritos pela literatura como imutáveis, são a idade e o sexo. Dentre aqueles passíveis de serem alterados estão: hospitalização, dependência para realização das atividades de vida diária, deficiência cognitiva, hábitos de vida (como

fumar e não praticar exercícios físicos), algumas doenças como depressão e câncer, isolamento social, falta de suporte familiar, nível socioeconômico e auto-avaliação negativa da saúde como um preditor de mortalidade (NOVAES, 2007).

O aumento da expectativa de vida e o desejo de viver mais ocasionam nos idosos o receio do aparecimento de incapacidades e dependências. A partir do envelhecimento, aumentam as chances de doenças e de prejuízos das funções físicas, psíquicas e sociais, tornando-se um desafio conseguir uma sobrevida maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor (NOVAES, 2007).

## **2.2 A Saúde do idoso no Brasil**

No Brasil, o aumento da esperança de vida não resultou, ainda, em melhoria significativa da qualidade de vida para a maioria da população idosa, como ocorreu nos países desenvolvidos, particularmente nos europeus, como é o caso da Inglaterra e da França. As pessoas estão envelhecendo, mas não dispõem de melhores condições socioeconômicas ou de saúde. O aumento da quantidade de idosos ocasiona a necessidade de cuidados cada vez mais específicos, dos sistemas de saúde e do previdenciário (NOVAES, 2007).

O processo crescente de envelhecimento do idoso no Brasil vem repercutindo sobremaneira no modelo de organização dos serviços e práticas assistenciais em saúde, reorientando as mesmas no reconhecimento de que o idoso representa um desafio para as políticas públicas. No plano da política de saúde, esse reconhecimento está voltado para que seja oferecido cuidados e atenção a esse grupo etário, uma vez que suas características físicas, biológicas e a sua forma de viver em sociedade repercutem na multidimensionalidade de sua saúde. Com efeito, o componente da multifatorialidade constitui um determinante de sua qualidade de vida, que na maioria das vezes, se expressa em aceitar suas limitações do que conviver com uma doença (ANDRADE, 1999).

A tendência pelo envelhecimento da população brasileira apresenta desafios significativos para a sociedade brasileira e especificamente para o idoso, entre eles, a atenção à pessoa idosa para redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Sabe-se que os idosos convivem mais frequentemente com problemas crônicos de saúde, os quais podem afetar a funcionalidade das pessoas, o que justifica uma maior procura e utilização de serviços de saúde, bem como a um elevado consumo de medicamentos. A grande maioria (mais de 85%) dos idosos no Brasil apresenta pelo menos uma enfermidade crônica e cerca de 15% tem pelo menos cinco dessas doenças, como hipertensão e diabetes. Outro fator importante quando do estabelecimento de ações para a saúde dos idosos refere-se não só à sua vulnerabilidade na eventualidade de uma pandemia de influenza em humanos como as dificuldades de acesso a vacinas e tratamentos. (NOVAES, 2007).

## **2.3 Assistência farmacêutica ao idoso**

Pensar sobre a integralidade das ações e serviços de saúde também significa pensar sobre as ações e serviços de assistência farmacêutica. Considerando que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos e que este uso pode ser determinante para a obtenção de menor ou maior resultado, é imperativo que a assistência farmacêutica seja vista sob ótica integral (BRASIL, 2006).

A assistência farmacêutica muitas vezes não é entendida, por leigos e por autoridades, em toda plenitude ou magnitude. Muitos, talvez, não a entendam por enfocarem a assistência de qualquer profissional, única e exclusivamente, como sendo a prestação direta do serviço, mas a assistência farmacêutica transcende o próprio medicamento, origem dessa profissão e sua razão maior de ser. Ela vai além, muito mais além, pois a profissão farmacêutica é polimorfa e politécnica, abrangendo, além dos medicamentos, em todas as suas fases (desde a pesquisa até a dispensação e orientação do paciente, passando por produção, manipulação e controle), também os

alimentos, os cosméticos, as análises clínicas e saúde pública como um todo (SHOSTACK, 2004).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica foi aprovada pela Resolução nº 338 do Conselho Nacional de Saúde de 6/5/2004 e estabelece que esta política seja parte integrante da Política Nacional de Saúde, que envolve um conjunto de ações direcionadas à promoção, proteção e recuperação da saúde garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade. As ações da assistência farmacêutica envolvem aquelas referentes à atenção farmacêutica, considerada como um modelo e desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica, compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde (POSSAMAI, 2008).

A atuação do farmacêutico tem influências positivas na adesão ao tratamento e na minimização de erros quanto à administração de medicamentos, já que esse profissional reafirma as orientações quanto ao uso suscitado pelos prescritores e avalia os aspectos farmacêuticos e farmacológicos que possam representar um dano em potencial para o idoso (ANDRADE, 1999).

#### **2.4 Alterações fisiológicas do envelhecimento e a ação dos fármacos**

O envelhecimento é um processo natural durante a vida que traz mudanças biopsicossociais únicas. Envelhecimento não é sinônimo de doença ou pouca saúde (PIKNA, 2004). O fenótipo do envelhecimento, que é representado por marcadores típicos, como perda do peso, redução da massa corpórea magra, cabelos grisalhos, pele enrugada, etc. É o reflexo de um somatório de alterações somáticas que, mais rápida ou mais lentamente, estarão presentes em todos os idosos (CARVALHO FILHO, 2006).

Monteiro (2001) relata que o envelhecimento humano provoca modificações no corpo como

consequência de mudanças durante todo o processo evolutivo: alterações cardiovasculares, metabólicas, respiratórias, na pele, nos sistemas digestivo, ósseo, neurológico, geniturinário e muscular. No entanto, o poder de percepção dessas alterações não se altera fundamentalmente com a idade.

As mudanças fisiológicas verificadas nos idosos refletem não só ao processo de envelhecimento, mas também aos efeitos dos anos de exposição a agentes ambientais, tais como luz do sol, fumo e cigarro, além de processos de doença, tais como o diabetes mellitus. Em geral, há um declínio na estrutura e funcionamento do corpo com a idade avançada. O declínio resulta na capacidade de reserva diminuída dos vários sistemas orgânicos, que conseqüentemente produzem capacidades homeostáticas reduzidas, tornando o adulto mais idoso vulnerável a estressores, tais como doenças, trauma, cirurgia, medicações e mudanças ambientais (PIKNA, 2004).

Como maior exemplo de alteração sistêmica, a quantidade de água corpórea total declina (15 a 20%) com o progredir da idade, com redução dos componentes intracelulares, mas principalmente dos extracelulares, provocando maior suscetibilidade a graves complicações decorrentes de perdas líquidas e maior dificuldade à rápida reposição do volume perdido (JACOB FILHO, 2000). Esse fato pode resultar em uma diminuição significativa no volume de distribuição de fármacos hidrofílicos, como o lítio, e contribuir para aumentar o pico sérico dessas substâncias, contribuindo potencialmente para a toxicidade e a necessidade de ajustar a dose através de monitoração terapêutica (BISSON, 2007).

A absorção da droga é pouco afetada no processo do envelhecimento. Ela pode estar lentificada, retardando o pico sérico do medicamento, mas não afetando a biodisponibilidade do medicamento (RAMOS, 2007).

O tecido adiposo em termos percentuais aumenta com o decorrer do tempo. Entre a idade de 25 e 75 anos, o tecido adiposo aumenta de 14% a 30% do peso corpóreo total. Este fato pode resultar em um

significante aumento do volume de distribuição de fármacos lipofílicos, como o diazepam, e contribui para aumentar a meia-vida ou prolongar a acumulação tecidual e atrasar a eliminação deste tipo de medicamentos (NOVAES, 2007).

A quantidade de albumina diminui devido à debilidade, patologias de características catabólicas e com a imobilidade verificada em muitos idosos. Há também evidência de que o idoso pode ter um maior potencial para interações farmacológicas resultantes da competição dos fármacos em se ligar à albumina. Com a idade, há uma redução no tamanho do fígado (44% e 28% em mulheres e homens idosos, respectivamente), no fluxo sanguíneo hepático, em cerca de 35%, e na taxa de metabolismo das drogas pelo citocromo P450, em cerca de 40%, quando comparado a indivíduos jovens (CIM, 2003).

A eliminação é a rota final da droga no organismo e a nefrotoxicidade no idoso é um dos temas mais estudados dentro da farmacocinética no envelhecimento (RAMOS, 2007). O rim é a principal via de excreção de muitos medicamentos, sendo que o declínio na sua função com o decorrer da idade reduz a capacidade dele de eliminar fármacos que são primariamente excretadas pelos rins. O número total de glomérulos diminui cerca de 30 – 40% aos 80 anos de idade. Isto reflete em um declínio no clearance de creatinina que não é necessariamente acompanhado por um aumento na creatinina sérica. Este fato exige que a maior parte dos fármacos tenha sua dose ajustada no idoso, bem como o intervalo entre doses. O ajuste de doses pode ser desenvolvido com base em tabelas e no raciocínio farmacocinético clínico (BISSON, 2007).

O uso de drogas para os idosos deve ter um enfoque cauteloso. “Comece com pouco e avance pouco” é o adágio que controla a prescrição de drogas na farmacologia geriátrica. Os adultos idosos geralmente podem atingir resultados terapêuticos com pequenas doses de medicações. Se necessário, a dosagem pode ser controlada lentamente de acordo com a resposta (PIKNA, 2004).

## **2.5 Medicalização e o idoso**

A utilização de substâncias com objetivos de manutenção e principalmente recuperação da saúde, praticamente acompanham a história da humanidade e se fortalecem dentro de um modelo de assistência a saúde excessivamente medicalizado e mercantilizado que se desenvolveu no ocidente, incluindo o Brasil (KARNIKOWSKI, 2007).

Considerando que cada doença gera, quando tratada, a prescrição de pelo menos uma droga, pode-se prever número cada vez maior de indivíduos tomando múltiplos medicamentos, ou seja, uma escalada da polimedicação. Com isso, cresce o risco de observar-se interações droga-droga e droga-doença que venham complicar o quadro clínico do paciente idoso, além das reações adversas a drogas, que podem ser mais frequentes e por vezes paradoxais no idoso, em face das idiosincrasias farmacocinéticas e farmacodinâmicas que acompanham o envelhecimento (RAMOS, 2007).

Outro aspecto relevante na questão do uso de medicamentos é o número crescente de problemas, para os quais não se necessita de terapia medicamentosa. O processo de adoecimento de indivíduos absolutamente normais cria demandas pelo uso de medicamentos que são dispensáveis, tais como os sinais, fisiológicos e naturais do processo de envelhecimento que passam a se converter em doenças (KARNIKOWSKI, 2007).

A maioria dos idosos consome pelo menos um medicamento e cerca de um terço faz uso de cinco ou mais simultaneamente. A média de medicamentos utilizados entre os idosos brasileiros varia entre dois e cinco princípios ativos simultaneamente, dependendo de sua condição socioeconômica e do seu estado de saúde. Os grupos farmacológicos mais consumidos normalmente consistem naqueles utilizados para o tratamento das doenças crônicas mais prevalentes na terceira idade, podendo-se destacar os cardiovasculares, os antirreumáticos e os analgésicos (CASTELLAR et al., 2007).

O uso de alguns tipos de medicação tem alto risco para os idosos devendo, se possível, ser evitado.

Em geral, as drogas de ação demorada ou drogas com meia-vida prolongada podem ser problemáticas. Muitos sedativos e hipnóticos enquadram-se nesta categoria, e as drogas, tais como o diazepam e flurazepam, devem ser evitadas. Outras classes de drogas como os antidepressivos e ansiolíticos, podem dar o alívio sintomático necessário e ser mais apropriadas para os idosos que os sedativos e hipnóticos. Entretanto, o uso desses agentes exige cautela, considerando as mudanças únicas farmacocinéticas que acompanham o envelhecimento (PIKNA, 2004).

Devido às graves implicações do uso de medicamentos no idoso, precisam ser usadas estratégias para aumentar os efeitos terapêuticos e evitar danos. A avaliação cuidadosa da necessidade da medicação pelo profissional de cuidados de saúde é a primeira etapa. Uma vez decidida, é necessária a análise do atual regime medicamentoso da pessoa e da doença, para evitar as interações de drogas, interações droga-doença e respostas adversas (PIKNA, 2004).

## **2.6 Prescrição medicamentosa em idosos**

O ato de medicar o indivíduo idoso requer a observação de uma série de fatores relacionados aos medicamentos ou aos procedimentos envolvendo o seu uso. A prescrição medicamentosa envolve o entendimento das mudanças próprias da idade, tanto estrutural quanto funcional, de vários órgãos e sistemas que podem alterar a farmacocinética e a farmacodinâmica de muitos medicamentos (BISSON, 2007).

O incremento das prescrições nessa faixa etária, seja pela presença de múltiplas doenças, seja por despreparo do médico para instituir um esquema terapêutico racional, pode levar a duas situações quase idiossincrásicas: a polifarmácia e iatrogenia. A polifarmácia está relacionada ao uso de pelo menos um fármaco desnecessário, num rol de prescrições supostamente necessárias, podendo ocasionar não adesão ao tratamento, reações adversas, erros de medicação, aumento do risco de hospitalização e dos custos com a saúde. A iatrogenia configura o efeito

patogênico de um fármaco ou da interação de vários fármacos (LYRA JUNIOR et al., 2006).

Na prescrição dos idosos devem ser considerados, além das peculiaridades da farmacocinética e farmacodinâmica desta faixa etária, o custo, o grande número de medicamentos prescritos e as dificuldades na adesão ao tratamento. Assim, os riscos associados à terapêutica podem ser minimizados pelo investimento na qualidade da prescrição e dispensação (KARNIKOWSKI, 2007).

Entre os principais indicadores da qualidade de uma farmacoterapia prescrita aos idosos, podem ser destacados o número de medicamentos empregados, a proporção dos fármacos contra-indicados à faixa etária, além das associações que possam provocar interações medicamentosas potencialmente perigosas e as redundâncias farmacológicas (CASTELLAR et al., 2007).

Bisson (2007) ressalta que tendo em vista as peculiaridades do paciente geriátrico, a prescrição medicamentosa também deve seguir critérios com base nos princípios abaixo relacionados:

1. Avaliar a necessidade da farmacoterapia. Sempre que possível deve-se recomendar terapias não medicamentosas.
2. Elaborar um histórico cuidadoso sobre os hábitos alimentares e uso de medicamentos. Deve-se incluir fármacos prescritos, não prescritos, fitoterápicos, homeopáticos, álcool, alimentos que contenham cafeína, teobromina e demais xantinas, feniletilamina, outras substâncias estimulantes do sistema nervoso central, informações dietéticas e alergias.
3. Conhecer a farmacologia dos fármacos prescritos no paciente idoso. Geralmente as doses prescritas devem ser menores.
4. Monitorar os níveis plasmáticos de fármacos e sua resposta farmacológica. Os pacientes devem ser continuamente questionados sobre o efeito dos fármacos em relação à eficácia e efeitos colaterais.
5. Simplificar os regimes terapêuticos e encorajar a adesão ao tratamento. Pacientes idosos

normalmente apresentam deficiências de memória e quanto mais simples forem os regimes posológicos, menor será o risco de esquecimentos e trocas de medicamentos.

6. Revisar regularmente o plano terapêutico e descontinuar os fármacos desnecessários, para garantir melhores resultados terapêuticos.

### 2.7 Automedicação por idosos no Brasil e seus riscos

A automedicação pode ser considerada a forma mais comum de autoatenção à saúde. De forma sintética a automedicação pode ser definida como a utilização de medicamentos sem prescrição profissional e por iniciativa própria dos indivíduos (REIS, 2007). A automedicação é uma forma importante de cuidados pessoais e evidências mostram que é a forma mais comum de respostas a sintomas. Porém, o uso inadequado de medicamentos pode expor a população a sérios riscos e constitui-se um problema a ser prevenido. Nos casos dos idosos, esta prevenção se faz especialmente importante tendo em vista peculiaridades desse grupo populacional. Deve ser orientada por médicos e farmacêuticos, e os medicamentos utilizados com essa finalidade devem ter sua segurança e eficácia amplamente comprovada (SÁ, 2005).

A taxa de automedicação por idosos em estudos nacionais variou de 16,5% a 50% (REIS, 2007), ou seja, para cada dois medicamentos devidamente receitados, pelo menos um é consumido com base na própria experiência, no palpite de um vizinho, na dica de um conhecido, na propaganda, na sugestão do balconista da farmácia ou de outros profissionais não formalmente habilitados (NASCIMENTO, 2003).

Os medicamentos mais frequentemente utilizados por idosos para a automedicação são os indicados para febre, rinorréia, náusea, diarreia, constipação, indigestão, cefaléia, dor muscular ou articular (REIS, 2007).

Os prejuízos mais frequentes decorrentes da automedicação são gastos supérfluos, atraso de diagnóstico e na terapêutica adequada, reações adversas

ao medicamento (RAM) ou alérgicas, intoxicação, agressões ao sistema digestivo, entre outros. Algumas RAM ficam mascaradas, outras se confundem com os da doença que motivou o consumo, e criam novos problemas, que podem ser mais graves, podendo levar o paciente à internação hospitalar ou à morte. Já os erros mais comuns que podem desencadear reações de maior gravidade são: medicamento impróprio, dose errada, frequência inadequada, período insuficiente ou demasiado de consumo, combinação inadequada com outros fármacos provocando interação indesejável (NASCIMENTO, 2003).

De acordo com Reis (2007), podemos relacionar também como fatores de riscos associados à automedicação em idosos:

- A deficiência cognitiva ou nível de escolaridade do idoso que propicia o acesso a informação errada, incompreensível ou insuficiente sobre os medicamentos;
- A seleção incorreta dos medicamentos por autodiagnóstico equivocado ou por identificação errada;
- A administração incorreta (dose, via, tempo de tratamento);
- A utilização de medicamentos conservados inadequadamente;
- Os riscos de abuso e dependência;
- O aparecimento de reações adversas ou interações medicamentosas;
- A utilização de associações irracionais em dose fixa e inadequadas, especialmente, para idosos;
- Atraso na procura de assistência médica nos casos que essa seja realmente necessária.

### 2.8 Fármacos que contribuem para prejuízos funcionais

A avaliação das habilidades funcionais do adulto idoso é um componente importante dos cuidados gerontológicos de saúde. As medidas do funcionamento devem tentar, sistemática e objetivamente, avaliar o nível no qual uma pessoa está funcionando em uma variedade diária, como a biológica, psicológica e de



saúde social. Entre os distúrbios funcionais comuns na população idosa, estão a incontinência urinária, instabilidade e quedas, prejuízo sensorial, depressão, demência, delírio e outros, conforme podem ser evidenciados no quadro 1 (PIKNA, 2004).

As medicações são uma causa importante e potencialmente corrigível de instabilidade e quedas. As medicações de ação central, como sedativos e hipnóticos, são associadas a um aumento do risco de quedas e danos. Os diuréticos podem causar depleção de volume, perturbações eletrolíticas e fadiga, predispondo a quedas. As drogas anti-hipertensivas podem causar fadiga, hipotensão ortostática e prejuízos do estado de alerta, contribuindo para o risco de quedas (PIKNA, 2004).

## 2.9 Erro de medicação

Erro de medicação é qualquer evento evitável que pode, de fato ou potencialmente, levar ao uso inadequado de medicamento independente do risco de lesar ou não o paciente, e do fato do medicamento se encontrar sob o controle de profissionais de saúde do paciente ou do consumidor. O erro pode estar relacionado à prática profissional, às características de apresentação de produtos, a procedimentos operacionais e problemas de comunicação, incluindo prescrição ou outra forma de comunicação, rótulos de produtos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, ou uso e monitoramento de medicamentos (ROSA, 2007).

**Quadro 1 - Fármacos que podem causar prejuízo funcional**

Tipo de prejuízo funcional	Fármacos
Artralgia, miopatias	Corticóides, lítio
Osteoporose, Osteomalácia	Corticóides, fenitoína, heparina
Sintomas extrapiramidais, discinesia tardia	Neurolépticos, metildopa, metoclopramida
Neurites, neuropatias	Metronidazol, fenitoína
Vertigem	Ácido acetil salicílico, furosemida
Hipotensão	Beta-bloqueadores, bloqueadores de canal de cálcio, diuréticos, neurolépticos, vasodilatadores,
Retardo psicomotor	Neurolépticos, tricíclicos, benzodiazepínicos, anti-histamínicos
Hiperglicemia ou hipoglicemia	Beta-bloqueadores, diuréticos, corticóides, sulfoniluréias
Desequilíbrio eletrolítico	Diuréticos
Demência, perda de memória	Metildopa, propranolol, reserpina, benzodiazepínicos, neurolépticos, amantadina, opióides
Depressão	Metildopa, beta-bloqueadores, corticóides

Fonte: BISSON, 2007

Alguns erros ocorrem mais frequentemente com determinados fármacos administrados a pacientes de alto risco (na dependência de gênero, idade, peso,

função renal, comorbidades) que devem ser mais estritamente monitorizados (WANNMACHER, 2005).

Sabe-se que a prescrição médica é uma das principais causas de erros de medicação, portanto é fundamental que a prescrição seja revisada por farmacêutico antes da dispensação, sendo o método de conciliação de medicamentos um processo eficiente na redução dos erros de medicação, corrigindo as discrepâncias antes de a prescrição chegar à farmácia (ROSA, 2007).

Alguns erros com medicamentos associam-se à dose, via de administração, intervalo entre doses e uso de fármacos concomitantes. Erros na técnica de administração de medicamentos deve-se ao desconhecimento do procedimento correto, falha em seguir protocolos e déficit de aprendizado (WANNMACHER, 2005).

A polifarmácia encontrada nos idosos propicia os erros com medicamentos, favorecendo o aumento de morbidade e as hospitalizações (WANNMACHER, 2005). Além disso, a maioria dos pacientes tem seus medicamentos prescritos por mais de um médico e um terço destas prescrições são dispensadas em mais de uma farmácia. Associam-se a estes fatores os déficits cognitivos, deficiências de visão e memória que dificultam a correta utilização dos medicamentos. Também podem ser citadas as embalagens dos medicamentos quase idênticas como fator de risco para o uso incorreto, muitas delas com letras pequenas e de difícil leitura, embalagens semelhantes com cores e letras muito parecidas e formas farmacêuticas com a mesma cor (ROSA; NEIVA; ANACLETO, 2007).

Erros de medicação acarretam custos humanos, econômicos e sociais (WANNMACHER, 2005). As consequências de erros de medicação variam desde um pequeno desconforto até a morte do paciente. Muitas vezes, é difícil prever as consequências de um erro, pois muitos fatores podem estar envolvidos, e esta é a função principal do farmacêutico (SILVA, 2005).

Conforme Wannmacher (2005), existem algumas recomendações concernentes à correção ou prevenção de erros com medicamentos como:

1. Aprendizagem a partir de relatos não punitivos dos erros;

2. Estímulo a uma atitude questionadora;
3. Avaliação sistemática das possíveis causas de erros;
4. Eliminação de fatores que aumentam o risco de erro;
5. Reconhecimento da falibilidade humana;
6. Admissão da ocorrência de erros em sistemas perfeitamente organizados;
7. Minimização das consequências dos erros ocorridos;
8. Desenvolvimento de estratégias para prevenção dos erros.

## 2.10 Interações medicamentosas no idoso

O uso concomitante de várias especialidades farmacêuticas e de diferentes terapias nem sempre foram associados à recomendação e ao acompanhamento clínico, mas podem sugerir o aumento de problemas pela farmacoterapia utilizada (RAM, interações, utilização errada, tratamento inadequado, entre outros) concomitante aos agravos na saúde do idoso causados pelas enfermidades e/ou pelas mudanças fisiológicas próprias da idade (BISSON, 2007).

Interação medicamentosa é definida como resposta farmacológica ou clínica à administração de uma combinação de medicamentos, que difere do esperado para cada um dos agentes dados isoladamente. Ela é importante por levar às reações adversas a drogas. As principais situações de risco para interações incluem a polimedicação, o paciente que recebe cuidados de vários médicos, e a automedicação (RAMOS, 2007). No quadro 2, algumas interações medicamentosas são apresentadas.

A interação droga-doença da mesma forma é comum no idoso, com risco de levar às RAM. Pode-se observar no quadro 3 algumas interações droga-doença mais comuns nos idosos (RAMOS, 2007).

Entre os fármacos com maiores frequências de interação e, conseqüentemente, de possíveis RAM provenientes dessas interações, encontram-se os  $\beta$ -bloqueadores e os inibidores da enzima conversora de angiotensina. Os anti-inflamatórios não-esteroidais em

decorrência das úlceras que podem provocar, respondem por um quarto das RAM; além disso, tem um importante potencial de interação com outros

fármacos, inclusive diuréticos, anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais (MOSEGUI et al., 1999).

**Quadro 2. Interações medicamentosas comuns no idoso**

Droga	Interação	Mecanismo	Efeito
Digoxina	Antiácido, colestiramina	< absorção	< efeito
Warfarina	Aspirina, furosemida	Competição c/ proteína plasmática	> efeito anticoagulante
Warfarina	Cimetidina, omeprazol, sulfatrimetoprima, metronidazol	Inibição do metabolismo da droga	> efeito anticoagulante
Teofilina	Cimetidina, eritromicina, ciprofloxacina	Inibição do metabolismo da droga	> toxicidade teofilina
Digoxina	Quinidina, verapamil, diltiazem, amioradona	Redução da depuração renal	Intoxicação digitalica
Digoxina	Diuréticos	Hipocalemia	Intoxicação digitalica
Diurético	Anti-inflamatórios não-hormonais	Baixa perfusão renal	Insuficiência renal

Fonte: Adaptado. RAMOS, 2007.

### 2.11 Problemas relacionados aos medicamentos

Problemas relacionados com medicamentos (PRM) são problemas de saúde, entendidos como resultados clínicos negativos, devidos à farmacoterapia que, provocados por diversas causas, conduzem ao não

alcanço do objetivo terapêutico ou ao aparecimento de efeitos não desejados (SANTOS et al., 2004).

Segundo Karnikowski (2007), as RAM, importante causa de morbi-mortalidade, são definidas como acontecimentos nocivos e não intencionais que ocorrem com um medicamento em doses recomendadas normalmente para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de uma enfermidade, tendo a sua incidência correlacionada com a idade. A incidência de RAM no idoso é duas a três vezes maior que a encontrada nos adultos jovens, o que é considerado uma estimativa conservadora, porque as reações a drogas não são tão bem reconhecidas nos adultos idosos, e as reações

geralmente podem mimetizar os sintomas de doenças específicas (PIKNA, 2004).

A RAM nos idosos apresentam-se aumentadas. Algumas vezes, senão em todas, tais reações resultam da presença de doenças específicas ou insuficiência de processos fisiológicos associados ao envelhecimento. Noutra vez, nenhum fator específico, além da idade, pode ser identificado. É importante notar que medicamentos não prescritos por médicos constituem mais de 40% das drogas usadas habitualmente pelos idosos, metade das quais são constituídas por analgésicos (PEDROSO, 1998).

A utilização de medicamentos em idosos requer cuidados constantes, pois as RAM aumentam com o passar da idade adulta. Dessa forma, em um paciente adulto com idade superior a 80 anos a possibilidade de desenvolver RAM é de 25%, enquanto na fase adulta é de 10% (BISSON, 2007).

A polifarmácia aumenta o risco de interações de drogas e RAM, diminuindo a aceitação. As drogas e as doenças também podem interagir, causando RAM.

**Quadro 3. Interações droga-doença comuns no idoso**

Doença	Droga	Reação adversa a droga
Prostatismo	Anticolinérgicos $\alpha$ -agonista	Retenção urinária
Demência	Anticolinérgico, anticonvulsivante, levodopa	Confusão, delirium
Demência	Benzodiazepínicos	Reação paradoxal
Depressão	Álcool, benzodiazepínicos, $\beta$ -bloqueador, corticosteróide anti-hipertensivo de ação central	Exacerbação da depressão
Hipotensão ortostática	Antidepressivo tricíclico, neuroléptico, L dopa, anti-hipertensivo	Tontura, queda
Distúrbio de condução cardíaco	$\beta$ -bloqueador, diltiazem, digoxina, antidepressivo tricíclico	Bloqueio cardíaco
Glaucoma	Anticolinérgico	Aumento de pressão ocular
Doença pulmonar obstrutiva crônica	$\beta$ -bloqueador, opióide, sedativo	Depressão respiratória
Doença péptica	Anti-inflamatório não-hormonal, anticoagulante	Hemorragia digestiva alta
Doença vascular periférica	$\beta$ -bloqueador	Claudicação intermitente
Osteopenia	Corticosteróide	Fratura

Fonte: Adaptado. RAMOS, 2007

Por exemplo, as drogas psicotrópicas, administradas em idosos com demência, podem causar piora da confusão; os agentes  $\beta$ -bloqueadores administrado a pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica podem produzir broncoconstrição; e as medicações anti-inflamatórias não-esteroidais, dadas

a um idoso com hipertensão podem elevar ainda mais a pressão sanguínea (PIKNA, 2004).

As interações droga-droga, droga-doença e as RAM aumentam na população de idosos. A educação dos idosos sobre o uso de drogas é um fator importante para garantir a complacência e administração precisa da medicação (PIKNA, 2004).

## 2.12 Atenção farmacêutica

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) define atenção farmacêutica como:

A soma de atitudes, comportamento, valores éticos, conhecimentos e responsabilidades do profissional farmacêutico no ato da dispensação de medicamentos, com o objetivo de contribuir para obtenção de resultados terapêuticos desejados e melhoria da qualidade de vida do paciente.

Assim, a atenção farmacêutica abrange a dispensação da terapia medicamentosa e o fornecimento de informação para a tomada de decisões sobre o uso dos medicamentos pelos pacientes. Isso inclui decisões sobre a não utilização de alguns, assim como opiniões sobre a seleção da referida terapia: doses, vias de administração, acompanhamento da terapia farmacológica e provimento de informação e conselhos aos pacientes relacionados com os medicamentos. Todo o processo de atenção farmacêutica deve envolver as atitudes de respeito aos princípios da bioética, as habilidades de comunicação e os conhecimentos técnico-científicos (OPAS, 2002).

O termo atenção farmacêutica significa o processo pelo qual o farmacêutico atua com os profissionais e com o paciente na planificação, implementação e monitorização de uma farmacoterapêutica que produzirá resultados específicos. O aconselhamento ao paciente é um dos instrumentos essenciais para a realização da atenção farmacêutica, sendo imprescindível o desenvolvimento das habilidades de comunicação para assegurar a boa relação farmacêutico-usuário (LYRA JUNIOR et al., 2000).

Cipolle (2006) descreve que o cuidado farmacêutico é um exercício em que o profissional assume a responsabilidade das necessidades do paciente em relação ao emprego de medicamentos e adquire um compromisso a este respeito. Neste exercício profissional, o farmacêutico proporciona um tratamento farmacológico responsável com o propósito de conseguir resultados positivos para o paciente.

Os benefícios de um aconselhamento são inúmeros: a) o paciente torna-se capaz de reconhecer a necessidade dos medicamentos para a manutenção da saúde e do seu bem estar; b) o relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente torna-se mais eficaz, e isso cria uma atmosfera de confiança, a qual aumenta a aderência ao tratamento. Esses parâmetros ampliam a habilidade de o paciente aceitar as possíveis RAM e interações medicamentosas, e de lidar com elas. Isso o torna mais eficiente no sentido de ter uma participação ativa no tratamento de sua doença e de se autocuidar. Além disso, cria-se uma motivação para tomar os medicamentos de forma correta, atingindo assim, a cura e melhorando as suas condições de saúde (ANDRADE, 1999).

A atenção farmacêutica baseia-se, justamente, na capacidade do farmacêutico de assumir novas responsabilidades relacionadas aos medicamentos e aos pacientes, através da realização de um acompanhamento sistemático e documentado com o consentimento dos mesmos. Nessa perspectiva, a preparação de futuros farmacêuticos habilitados para o desempenho, com destreza, conhecimentos técnicos e compromisso social de suas atribuições, exige do ensino de farmácia e das suas universidades uma ênfase no desenvolvimento de todas as habilidades necessárias para a formação de profissionais pautados pela qualificação e excelência. Exige também uma visão e uma postura interdisciplinar, integradora, informadora (ALBERTON, 2001).

Claumann (2003) evidencia que na atenção farmacêutica, o farmacêutico deve dispor do tempo necessário para determinar desejos, preferências e necessidades do paciente relacionadas com a sua saúde, comprometer e continuar a atenção uma vez iniciada.

Segundo Novaes (2007), a prática da atenção farmacêutica envolve várias fases:

- ✓ Estabelecer a relação farmacêutico-paciente;
- ✓ Recolher, sintetizar e analisar as informações relevantes;

- ✓ Listar e classificar os sinais, sintomas e problemas relatados pelo paciente, identificados na anamnese;
- ✓ Estabelecer o resultado farmacoterapêutico desejado para cada problema relacionado com o medicamento;
- ✓ Avaliar as alternativas terapêuticas disponíveis;
- ✓ Elegar a melhor solução farmacoterapêutica e individualizar o regime posológico;
- ✓ Desenvolver o plano de monitorização terapêutica;
- ✓ Iniciar o tratamento individualizado e o plano de monitorização;
- ✓ Realizar o seguimento para avaliar o resultado;

Quando o objeto da ação do farmacêutico é o médico, a intervenção geralmente inclui revisão da prescrição e alerta sobre problemas com o esquema terapêutico (NOVAES, 2007).

No Brasil, o aumento das demandas na área de saúde, tem evidenciado a necessidade de que se estabeleça uma política de medicamentos em que o farmacêutico deve ser o elemento essencial na promoção da saúde e do uso racional dos medicamentos. Alguns estabelecimentos farmacêuticos privados, percebendo esta demanda, têm substituído progressivamente a prática tradicional de dispensação de medicamentos, ou seja, a simples entrega do produto, pela prestação de serviços que incorporam, através da atenção farmacêutica, um diferencial competitivo no mercado (ALBERTON, 2001).

A prática da atenção farmacêutica envolve macrocomponentes como a educação em saúde, orientação farmacêutica, dispensação, atendimento farmacêutico e seguimento farmacoterapêutico, além do registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados, incluindo todos os problemas relacionados com os medicamentos, erros de medicação e conciliação de medicamentos em idosos (NOVAES, 2007).

Na atenção farmacêutica, o farmacêutico atende o paciente diretamente, avalia e o orienta em relação à farmacoterapia prescrita pelo médico, por

meio da análise das suas necessidades e detectando problemas relacionados aos medicamentos. O sistema corresponde a um trabalho conjunto entre o médico, o paciente e o farmacêutico garantindo a segurança e eficácia do medicamento (NOVAES, 2007).

Um problema enfrentado pela maioria dos farmacêuticos nos países onde a atenção farmacêutica ainda não está bem consolidada é o questionamento dos médicos a respeito da utilidade desse tipo de intervenção. Em torno de 80% dos médicos consideram útil o serviço, mas, o restante julga como perda de tempo. Sabe-se, porém, que a rejeição do trabalho do farmacêutico ou a resistência do médico ao serviço de assistência farmacêutica é bem menor quando as ações são conjuntas, quando ambos os profissionais fazem parte de um mesmo projeto ou equipe de saúde (NOVAES, 2007).

### *2.12.1 Atenção farmacêutica ao idoso*

O objetivo fundamental na atenção à saúde do idoso é conseguir a manutenção de um bom estado de saúde, com a finalidade de atingir um máximo de vida ativa, na comunidade, junto à família, com o maior grau possível de autonomia e de independência física, psíquica e social (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006).

A atenção farmacêutica possibilita que os pacientes recebam os medicamentos apropriados para as suas enfermidades e moléstias, durante um período adequado de tempo, em doses ajustadas às suas necessidades individuais e a um custo mais acessível (NOVAES, 2007).

O número médio de medicamentos usados pelos idosos está entre dois e cinco e tende a aumentar quando são considerados os medicamentos de venda livre. A polimedicação implica em sérias consequências para o paciente e, no idoso, elas são mais graves e podem ser até fatais devido às alterações no metabolismo produzidas pelo avanço da idade. Nos idosos, os processos farmacocinéticos e farmacodinâmicos estão alterados, o que interfere no

processo de metabolização dos fármacos e conseqüentemente são mais frequentes os problemas de toxicidade relativos a fármacos (NOVAES, 2007).

Entre os problemas que costumam ocorrer no uso de medicamentos em idosos, os seguintes são os mais frequentes: falha ao receber o medicamento, uso inadequado (esquecimento), dose sub-terapêutica, super-dosagem, RAM e automedicação. Assim, a atenção farmacêutica abrange a dispensação da terapia medicamentosa e o fornecimento de informação para a tomada de decisões sobre o uso de medicamentos pelos pacientes. Isso inclui decisões sobre a não utilização de determinados medicamentos, tais como opiniões sobre a seleção da terapia medicamentosa, doses, vias de administração e o acompanhamento da terapia com os medicamentos (ANDRADE, 1999).

Outro problema observado na população idosa e que requer a intervenção do farmacêutico é a não adesão ao tratamento prescrito, que expõe o paciente a um risco maior de hospitalizações e morbidade (NOVAES, 2007).

Alguns hábitos comuns entre idosos afetam a eficácia da farmacoterapia como guardar os medicamentos em armários da cozinha, do banheiro ou em locais impróprios (com incidência de luz, umidade, calor ou junto com alimentos) e a falta de costume ou mesmo a incapacidade de verificar a data de validade dos medicamentos. Igualmente observado entre idosos, está o hábito de dividir o comprimido e guardar a outra metade para tomar depois, tirar os comprimidos dos blísteres, armazenar os medicamentos fora da embalagem original, manusear os medicamentos com mãos sujas, entre outros (NOVAES, 2007).

Estudos têm mostrado que a intervenção farmacêutica através de ações educativas e de aconselhamento sobre o regime terapêutico traz benefícios à saúde do paciente e para o processo de promoção da saúde. Esse aconselhamento pode ser destinado ao paciente, ao seu acompanhante, familiar, cuidador, e ainda, ao médico prescritor e demais profissionais de saúde envolvidos diretamente na assistência a saúde (NOVAES, 2007).

Contudo, constitui-se desafio no Brasil o aprimoramento e a consolidação da prática da atenção farmacêutica ao idoso com a atuação do profissional na promoção da saúde e do uso racional dos medicamentos (NOVAES, 2007).

### *2.12.2 Habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica*

A atividade do farmacêutico no exercício de sua profissão deve estar voltada para ações de prevenção em saúde com a finalidade de melhorar a saúde pública, otimizando os serviços farmacêuticos e modificando os hábitos do indivíduo, da família e da comunidade sobre o medicamento. Uma das atividades neste sentido é promover a comunicação com os pacientes sobre o uso dos medicamentos, induzindo os pacientes a leitura da bula e, sobretudo, assegurando-lhes o pleno entendimento sobre as instruções do seu tratamento (POSSAMAI, 2008).

A comunicação é um instrumento essencial no trabalho do farmacêutico e na promoção da saúde. Há uma condição essencial para a boa comunicação do farmacêutico, que é a sua escuta ativa, que lhe permite entender a realidade do paciente. A partir daí, o farmacêutico identifica os pontos-chaves ou os problemas que mais preocupam os pacientes. Em seguida, faz uma análise da situação, com a fundamentação teórica dos problemas identificados. Então, o farmacêutico vai elaborar hipóteses de solução dos problemas, mas com um plano de cuidado. Nesse contexto, o diálogo vai facilitar o estabelecimento das relações entre paciente e farmacêutico, num processo simétrico de troca de informações (LYRA JUNIOR, 2005).

A comunicação do paciente terá como finalidades principais o aconselhamento e a educação quanto ao uso e cuidados corretos do medicamento e quanto aos procedimentos de otimização da terapêutica e a promoção da adesão, com a conseqüente melhoria da eficiência do tratamento e redução dos riscos. Consiste em um ato profissional importante, que envolve questões técnicas, humanas e éticas (OPAS/OMS, 2003).

Muitos fatores podem dificultar o acesso ao conhecimento do paciente quanto ao seu tratamento medicamentoso. Isso inclui, entre outras causas, a falta de aconselhamento individualizado, a falta de informação escrita personalizada e reforço das instruções orais (POSSAMAI, 2008). É importante que o paciente se sinta à vontade para expressar seus problemas, suas dúvidas e que receba informações claras e concisas para não gerar mal entendidos e comprometer os resultados esperados. Nesse contexto, é possível avaliar fatores que podem potencialmente contribuir para o êxito ou o fracasso de uma terapia medicamentosa como: os hábitos alimentares, o uso de outros medicamentos, crenças e experiências anteriores, a existência de doenças crônicas, o tabagismo, relato de reações alérgicas, condições econômicas para manutenção do tratamento, aceitação do tratamento (COSTA, 2007).

### 2.12.3 Promoção do uso racional de medicamentos por idosos e a atuação do farmacêutico

No contexto da promoção da saúde o exercício profissional farmacêutico, visto como cuidado de saúde se constitui em algo novo, desafiador tanto para o farmacêutico como para o paciente, grande parte dos quais ainda não tem consciência do benefício dessa prática profissional. Nessa sistemática de atuação o farmacêutico aliado aos demais profissionais, em atividades complementares, pode contribuir para o alcance de níveis mais elevados de saúde quando considera todas as necessidades do paciente em relação aos medicamentos e não apenas em relação a uma doença específica, responsabilizando-se por prover uma terapêutica farmacológica mais segura e conveniente ao paciente (COSTA, 2007).

A orientação farmacêutica ao idoso é importante para garantir o uso seguro do medicamento e o cumprimento dos esquemas terapêuticos evitando práticas inadequadas frequentes nessa faixa etária que podem comprometer o tratamento, tais como (REIS, 2007):

- Interromper o tratamento com medicamentos prescritos pelo médico devido a reações adversas, redução dos sintomas, medo de dependência ou falta de recursos financeiros para adquirir o medicamento;
- Desconsiderar as orientações referentes à utilização conjunta de alimentos com medicamentos;
- Omitir doses prescritas de determinados medicamentos;
- Autoadministrar dose adicional quando não ocorre alívio dos sintomas;
- Utilizar medicamentos em dose errada;
- Utilizar técnica inadequada de inalação, spray nasal, administração de insulina e outros;
- Utilizar medicamentos isentos de prescrição ou fitoterápicos para combater determinados sintomas;
- O farmacêutico ao elaborar o plano de orientação, seja na farmácia comunitária ou na farmácia de serviços de saúde (pacientes ambulatoriais, internados), deve adotar medidas para minimizar esses pontos críticos.

Um primeiro aspecto a ser considerado é o uso racional que deve acompanhar a farmacoterapia. A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1985, estabeleceu que o uso racional requer que pacientes recebam a medicação apropriada para a sua situação clínica, nas doses que satisfaçam as necessidades individuais, por um período adequado, ao menor custo possível para ele e sua comunidade (KARNIKOWSKI, 2007).

A farmacoterapia deve ser planejada de forma a promover o uso racional de medicamentos e conseqüentemente trazer benefícios à qualidade de vida do idoso (BISSON, 2007).

Hoje, há uma nova visão para o papel do farmacêutico, a do paciente orientado, em vez do produto orientado. O farmacêutico é o profissional capaz de melhorar a eficácia do tratamento, não só através do medicamento, mas pela força da atenção que ele presta aos pacientes. É só com a atenção farmacêutica que a mesma humanidade, que tanto se



surpreende com os avanços da tecnologia farmacêutica e dos modernos medicamentos, vai se livrar das iatrogenias. Essas doenças do medicamento podem levar à morte ou gerar transtornos ao paciente e acarretar prejuízos aos sistemas públicos e privado de saúde (CLAUMANN, 2003).

#### 2.12.4 Sugestões para o tratamento do idoso

Os idosos simbolizam a vulnerabilidade humana: têm limitações físicas impostas pela idade, na maioria das vezes são portadores de doenças crônicas, vivenciam o empobrecimento após a aposentadoria, são vítimas de abandono e maus tratos. Além disso, têm dificuldade de inserir-se em ações de prevenção e promoção à saúde, o que traz consequências para a saúde (GUILHEM, 2007).

Para assegurar a qualidade de vida do idoso é necessária a realização de hábitos saudáveis visando a prevenção e promoção da saúde, entre eles, podem ser descritos o exercício físico, a nutrição adequada e a eliminação de vícios. Há também outras ações, como diagnóstico e tratamento precoces e eficazes das doenças típicas da idade, a vacinação, meios para evitar os traumas, como quedas e outros acidentes, o suporte social, educação em saúde, reabilitação, programas de suporte aos prestadores de assistência (NOVAES, 2007).

A racionalidade terapêutica deve iniciar-se com um diagnóstico correto e prescrição racional (BISSON; NOVAES, 2007). Os regimes medicamentosos devem ser mantidos o mais simples possível. As alterações fisiológicas, metabólicas e estruturais inerentes ao idoso, bem como as doenças associadas, devem ser levadas em conta (CIM, 2003).

Durante o tratamento, para evitar prescrição em excesso é adequado se priorizar metas para a terapêutica. É importante evitar tratar as RAM com outro medicamento, evitando assim, o efeito cascata. Quando se trata de pacientes idosos é importante começar a medicação com uma dose abaixo da posologia para um adulto jovem e aumentando-a gradativamente com base na evolução do paciente,

reduzindo as chances de hiperdosagem (BISSON, 2007).

O emprego de habilidade de comunicação adequada é essencial na abordagem ao idoso, pois permite identificar as percepções sobre o tratamento medicamentoso e o estado de saúde além de facilitar a identificação da incapacidade que possam comprometer o seu acesso ou sua adesão à farmacoterapia (REIS, 2007).

A adesão é melhor quando há explicação sobre a proposta da medicação. Para facilitar a leitura, podem ser utilizadas bulas auxiliares com letras maiores, ou lentes de aumento (lupa). A utilização de artifícios para ajudar a lembrar dos horários de ingestão dos medicamentos pode ser útil, tais como: associar a ingestão dos remédios a algo que se faça todos os dias, como escovar os dentes; horários das refeições ou de deitar; uso de lembretes no espelho do banheiro, calendários da cozinha e caixas de plástico com divisões para separar os remédios por horário e dia da semana (CIM, 2003).

Finalmente, é importante destacar que a atitude dos profissionais da equipe de saúde e o empenho a favor do paciente constituem aspectos de maior relevância, visto que podem resultar no estabelecimento de uma relação extremamente proveitosa, capaz de comprometê-lo efetivamente com o cumprimento do seu tratamento (OPAS/OMS, 2003).

### 3 CONCLUSÃO

O processo crescente de envelhecimento do idoso no Brasil vem repercutindo sobre os serviços de assistência em saúde. Essas práticas assistenciais estão voltadas para os cuidados e a atenção a esse grupo etário, uma vez que suas características físicas, biológicas e sua forma de viver em sociedade, repercutem na multidimensionalidade de sua saúde. Isso constitui um determinante de sua qualidade de vida, que muitas vezes, se expressa em aceitar suas limitações do que conviver com uma doença.

A elevada utilização de medicamentos em indivíduos idosos pode afetar a qualidade de vida, embora sejam os mesmos que em sua maioria, ajudam a prolongar a vida. Desta forma, o problema não pode ser atribuído ao consumo de medicamentos, mas sim na irracionalidade de seu uso, que expõe o indivíduo a riscos potenciais, que no idoso vem a ser maximizado pelos aspectos farmacocinéticos e farmacodinâmicos. Esses aspectos são agravados pela polimedicação, que leva a riscos de interações medicamentosas e reações adversas, além das associações medicamentosas que muitas vezes não apresentam racionalidade terapêutica.

Para tratar o paciente idoso é importante saber o que faz parte do envelhecimento e o que é patológico, evitando que queixas do envelhecimento natural sejam confundidas com sintomas de patologias.

A informação sobre medicamentos, as habilidades de comunicação e a orientação ao paciente devem ser as ferramentas do farmacêutico para prevenir a automedicação por idosos e contribuir para uma automedicação responsável quando a mesma for viável. O emprego dessas ferramentas no processo de cuidado ao idoso contribuirá para o uso seguro dos medicamentos e a otimização dos resultados terapêuticos.

Os cuidados farmacêuticos são fundamentais para reduzir os gastos do governo com a saúde pública, para desafogar a assistência médica, melhorar a compreensão do uso adequado de drogas por parte dos pacientes. Enfim, para fazer evoluir a saúde. O farmacêutico é o profissional capaz de melhorar a eficácia do tratamento, não só através do medicamento, mas pela força da atenção que ele presta aos pacientes.

Na atenção farmacêutica, a relação direta entre farmacêutico e paciente é estabelecida, onde a segurança e o bem-estar do paciente são confiados ao farmacêutico, que se compromete, através de ações profissionais, a servir ao melhor interesse do paciente.

Alguns fatores afetam a eficácia da farmacoterapia, como esquemas terapêuticos complicados, dificuldade em deglutir o medicamento,

superdosagem, automedicação, hábito de dividir o comprimido e guardar a outra metade para tomar depois, falha ao receber o medicamento e efeitos adversos que são pontos que requerem a intervenção farmacêutica, através de ações educativas e de aconselhamento sobre o regime terapêutico em busca da promoção da saúde.

#### 4 BIBLIOGRAFIA

- ALBERTON, Luciana Maria. Atenção farmacêutica: um exemplo catarinense. **Pharmacia Brasileira**, Brasília, v. 3, n. 25, p. 25-27, mar./abr. 2001. Disponível em: <http://www.cff.org.br/revistas/25/unisul.pdf>. Acesso em: 02/11/08.
- ANDRADE, Marcieni Ataíde de; SILVA, Marcos Valério Santos da; FREITAS, Osvaldo de. Assistência farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. **Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 55-63, 1999. Disponível em: [http://www.uel.br/proppg/semina\\_25\\_1\\_20\\_17.pdf](http://www.uel.br/proppg/semina_25_1_20_17.pdf). Acesso em: 25/10/08.
- BISSON, Marcelo Polacow; NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi. Princípios da farmacoterapia em geriatria. In: NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi. **Assistência farmacêutica ao idoso: uma abordagem multiprofissional**. Brasília: Thesaurus, 2007. Cap. 11, p. 179-191.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência Farmacêutica: Planejar, Organizar, Avaliar, É preciso**. 2006. Disponível em: [http://www.farmacia.ufg.br/necaf/projeto\\_af.pdf](http://www.farmacia.ufg.br/necaf/projeto_af.pdf). Acesso em: 03/03/09.
- CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz de; PAPALEO NETTO, Matheus; GARCIA, Yolanda Maria. Biologias e teorias do envelhecimento. In: ---. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. Cap.1, p. 3-18.
- CASTELLAR, Juarez I et al. Estudo da farmacoterapia prescrita a idosos em instituição brasileira de longa permanência. **Acta Med Port**. v. 20, p. 97-105, 2007. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/2/097-106.pdf>. Acesso em: 15/10/08.
- CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAMENTOS (CIM). **Uso de medicamentos pelo idoso**. São Paulo, n. 1, ano 01, fev./mar. 2003.

- CIPOLLE, Robert J.; STRAND, Linda M.; MORLEY, Peter C. Um novo exercício profissional. In: ---. **O exercício do cuidado farmacêutico**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2006. Cap. 1, p. 1-39.
- CLAUMANN, Rita de Cássia Nahas. **O farmacêutico e a atenção farmacêutica no novo contexto da saúde**. Santa Catarina. 2003. 95f. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção, UFSC, 2003. Disponível em: <http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/11240.pdf>. Acesso em: 01/11/08.
- COSTA, Eula Maria M. B. Encontro farmacoterapêutico. **Revista eletrônica de farmácia**. v. 4, n. 1, p. 27-31, 2007. Disponível em: [http://www.farmacia.ufg.br/revista/\\_pdf/vol4\\_1/ref%2027\\_31.pdf](http://www.farmacia.ufg.br/revista/_pdf/vol4_1/ref%2027_31.pdf). Acesso em: 02/11/08.
- FILGUEIRAS, Sandra Lúcia; DESLANDES, Suely Ferreira. Avaliação das ações de aconselhamento: uma análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 15, n. 02, p. 1-14, 1999. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000600012](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600012). Acesso em: 05/03/09.
- GUILHEM, Dirce; SANTOS JR, Aldemar Ribeiro dos; NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi. Atenção à saúde do idoso: uma visão sociológica. In: NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi. **Assistência farmacêutica ao idoso: uma abordagem multiprofissional**. Brasília: Thesaurus, 2007. Cap. 1, p. 31-41.
- JACOB FILHO, Wilson. Envelhecimento e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D' Elboux. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 2, p. 19-25.
- JECKEL-NETO, Emilio Antônio; CUNHA, Gilson Luis da. Teorias biológicas do envelhecimento. In: FREITAS, Elizabete Viana, et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 2, p. 13-19.
- KARNIKOWSKI, Margô Gomes de Oliveira; NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi. A medicalização e o idoso. In: NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi. **Assistência farmacêutica ao idoso: uma abordagem multiprofissional**. Brasília: Thesaurus, 2007. Cap. 10, p. 167-178.
- LOPES, Luciane Cruz; CALERO, Maria José Martim. Experiências em atenção farmacêutica. In: STORPIRTIS, Sílvia, et al. **Farmácia clínica e atenção farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. Cap. 40, p. 402-419.
- LYRA JUNIOR, Divaldo. Comunicação paciente/farmacêutico: um instrumento libertário e essencial no trabalho do profissional e na promoção da saúde. **Pharmacia Brasileira**, Brasília. v. 01, n. 06, p. 10, jan./fev. 2005. Disponível em: <http://www.pharmanet.oi.com.br/comunicacao.pdf>. Acesso em: 03/03/09.
- MOSEGUI, Gabriela B. G. et al. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo. v. 33, n. 05, p. 437-444, out. 1999. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101999000500002](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000500002). Acesso em: 10/03/09.
- NASCIMENTO, A. C. **A persistiram os sintomas o médico deverá ser consultado. Isto é regulação?** Rio de Janeiro. 2003. 124 p. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, UERJ, 2003. Disponível em: [http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/web/Dissert\\_Alvaro.pdf](http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/web/Dissert_Alvaro.pdf). Acesso em: 10/02/09.
- NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi; HOLSBACH, Maria Livia; BUENO, Helvécio. Aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento no Brasil. In: NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi. **Assistência farmacêutica ao idoso: uma abordagem multiprofissional**. Brasília: Thesaurus, 2007. Cap. 2, p. 43-56.
- OLIVEIRA, Andreza Beatriz et al. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. **Revista brasileira de ciências farmacêuticas**. v. 41, n. 4, p. 409-413, out./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v41n4/a02v41n4.pdf>. Acesso em: 02/11/08.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/af\\_gerentes\\_municipais.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/af_gerentes_municipais.pdf). Acesso em: 05/03/09.
- PASCHOAL, Sergio Marcio Pacheco; SALLES, Renato Freitas Nogueira; FRANCO, Renato Prudente. Epidemiologia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz de; NETTO PAPALEO, Matheus; GARCIA, Yolanda Maria. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. Cap.2, p. 19-34.
- PEDROSO, Enio Roberto Pietra; SANTOS, Anielo Greco Rodrigues do. Peculiaridades terapêuticas do paciente idoso. In: ROCHA, Manoel Otávio da Costa, et al. **Terapêutica clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. Cap. 11, p. 84-108.
- PIKNA, Janice Kuiper. Conceitos de saúde alterado em adultos e idosos. In: PORTH, Carol Mattson; KUNERT, Mary Pat. **Fisiopatologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. Cap. 3, p. 41-58.
- POSSAMAI, Fabricio Pagani; DACOREGGIO, Marlete dos Santos. A habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica. **Trab. Educ. Saúde**. v. 5,

- n. 3, p. 473-490, nov.2007/fev. 2008. Disponível em:  
<http://www.bvseps.epsjv.fiocruz.br/lildbi/docsonline/2/6/962-paciente.pdf>. Acesso em: 10/10/08.
- RAMOS, Luiz Roberto; GARCIA, Jacqueline Takayanagi. Terapêutica medicamentosa no idoso. In: PRADO, Felício Cintra do; RAMOS, Jairo de Almeida; VALLE, José Ribeiro do. **Atualização terapêutica 2007: manual prático de diagnóstico e tratamento**. 23. ed. São Paulo:Artes Médicas, 2007. Cap. 8, p. 459-492.
- REIS, Adriano Max Moreira. Automedicação por idosos. In: NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi. **Assistência farmacêutica ao idoso: uma abordagem multiprofissional**. Brasília: Thesaurus, 2007. Cap. 12, p. 193-205.
- ROSA, Mario Borges; NEIVA, Hessem Miranda; ANACLETO, Tânia Azevedo. Erros de medicação e conciliação de medicamentos em idosos. In: NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi. **Assistência farmacêutica ao idoso: uma abordagem multiprofissional**. Brasília: Thesaurus, 2007. Cap. 14, p. 221-234.
- SÁ, Mirivaldo de Barros e. **Automedicação em idosos: Salgueiro – PE, 2004**. Recife. 2005. 109 p. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, UFPE, 2005. Disponível em:  
[http://www.btdt.ufpe.br/tedeSimplificado//tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=264](http://www.btdt.ufpe.br/tedeSimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=264). Acesso em: 03/02/09.
- SANTOS, H. et al. Segundo consenso de granada sobre problemas relacionados com medicamentos. **Acta Med Port.** v. 17, p. 59-66, 2004. Disponível em:  
<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2004-17/1/059-066.pdf>. Acesso em: 03/03/09.
- SHOSTACK, Josué. A atividade farmacêutica. In: ---. **Atenção farmacêutica: uma contribuição profissional negligenciada na saúde pública no Brasil**. *Sine Loco*: EPUB, 2004. Cap. 1, p. 21-30.
- SILVA, Sweyme Bertoni Lima da. Atenção farmacêutica à prescrição médica. In: FERRACINI, Fabio Teixeira; BORGES FILHO, Wladimir Mendes. **Prática farmacêutica no ambiente hospitalar: do planejamento à realização**. São Paulo: Atheneu, 2005. Cap. 5, p. 33-35.
- SIRENA, Sergio Antônio; MORIGUCHI, Emilio H. Promoção e manutenção da saúde do idoso. In: DUNCAN, Bruce B., et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre:ArtMed, 2004. Cap. 60, p. 576-585.
- WANNMACHER, Lenita. **Erros: Evitar o evitável**. Brasília: OPAS/OMS, v. 2, n. 7, jun. 2005. Disponível em:  
[www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/HSE\\_URM\\_EME\\_0605.pdf](http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/HSE_URM_EME_0605.pdf). Acesso em: 03/03/09.