

ATENÇÃO FARMACÊUTICA DOMICILIAR EM UM GRUPO DE IDOSOS DO DF

DOMICILIARY PHARMACEUTICAL CARE IN A GROUP ELDERLY IN DF

Regina Alaynne Tarquinio¹

Wheslanny de Moraes Pereira²

Pollyanna Barbosa Farias Corrêa³

Resumo: Os idosos pertencem a uma parcela da população que necessita de uma atenção farmacêutica específica, com enfoque ao uso racional de medicamentos. Dessa forma, a presente pesquisa teve por objetivo avaliar a terapêutica medicamentosa de um grupo de idosos em uma drogaria em Taguatinga, Distrito Federal, no período de junho a agosto de 2009, em seus próprios domicílios. O instrumento de coleta de dados consistiu em um questionário com perguntas abertas e fechadas, sendo permitida a intervenção do entrevistador, quando necessário, coleta de amostra de sangue para glicemia capilar e aferição da pressão arterial. Na ocasião foi obtida a história farmacoterapêutica do paciente, avaliação da situação, identificação e resolução dos possíveis erros medicamentosos. Os resultados mostraram que houveram problemas relacionados com medicamentos, bem como uso abusivo de fitoterápicos e remédios caseiros, possíveis interações medicamentosas e reações adversas, dificuldades com relação ao esquema terapêutico e alguns objetivos do tratamento não alcançados. Espera-se que este estudo incentive uma maior atenção profissional em relação à saúde do idoso, estimulando pesquisadores e estudantes a realizarem mais estudos com relação à temática abordada.

Palavras-chave: idoso, atenção farmacêutica domiciliar, medicamentos.

¹ Acadêmica do 8° semestre do Curso de Graduação em Farmácia, Centro Universitário UNIEURO. E-mail: regininhar@hotmail.com;

² Acadêmica do 8° semestre do Curso de Graduação em Farmácia, Centro Universitário UNIEURO. E-mail: wheslanny@yahoo.com.br;

³ Mestre em Biociências Aplicadas à Farmácia pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FCFRP-SP). Docente do Centro Universitário UNIEURO. E-mail: pbfcorrea@gmail.com

Abstract: The elderly people belong to a portion of the population that needs a specific pharmaceutical care, focusing on the rational use of medicines. In this line, this project had as its goal evaluate the quality of the use medication in a group of elderly people from a drugstore in Brasília, Distrito Federal, from June to August 2009, in their own homes. The instrument of base collection consisted of a questionnaire, being allowed the interviewer intervention when necessary, collection of samples of capillary blood glucose and blood pressure measurement. At this occasion was the patient's pharmacotherapy history was obtained, situation assessment, identification and resolution of potential medication errors were also availed. The results showed that there were problems related to drugs and drug interactions, abusive use of herbal remedies, side effects, difficulties regarding treatment regimen and some treatment goals not achieved. There are expectations that this report will spur greater attention in relation to occupational health of the elderly, encouraging researchers and students to conduct further studies regarding the theme.

Keywords: elderly, domiciliary pharmaceutical care, drugs.

1 INTRODUÇÃO

O número de indivíduos idosos vem aumentando nos últimos anos no Brasil e o consumo de medicamentos por esta população acompanha esta tendência. Aliado a isso, o aumento da prevalência de doenças não transmissíveis com o avançar da idade, os torna os maiores consumidores de medicamentos da sociedade. Dessa forma, a prática da atenção farmacêutica e a construção da história farmacoterapêutica no idoso são de extrema importância (COUTO *et al.*, 2007).

Nas prescrições médicas de idosos é comum encontrar fatores inadequados para os mesmos como: doses inadequadas, várias interações medicamentosas, associações, redundância farmacológica e medicamentos desnecessários. Assim, mais do que em qualquer outro grupo etário, os medicamentos são prescritos para os idosos sem haver relação entre a doença e a ação farmacológica (FLORES e BENVENU, 2008).

Muitos fatores contribuem para diminuir o conhecimento do paciente idoso 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, inabilidade para recordar as informações previamente apresentadas e a falta de um ajudante ou auxiliar na hora de tomar a medicação (BERTI e MAYORGA, 1999).

Nesse sentido, fica evidenciado a necessidade da presença do farmacêutico prestando uma atenção diferenciada a essa faixa etária. Muitos trabalhos abordam o uso de medicamentos por pacientes idosos, porém, não deixam explícito o papel do farmacêutico na condução do regime terapêutico desses indivíduos (TEIXEIRA *et al.*, 2002).

Dessa forma, a finalidade dessa pesquisa é promover o acompanhamento farmacêutico a um grupo de pacientes idosos clientes de uma drogaria em Taguatinga-DF. Assim, pretende-se: detectar possíveis interações medicamentosas; contribuir para a redução das Reações Adversas a Medicamentos (RAM's); esclarecer as dúvidas sobre o uso de medicamentos e redução de custos. Os resultados desse estudo servirão de base para a implantação de um serviço de atenção farmacêutica na drogaria em estudo.

1.1 O Idoso

O envelhecimento humano provoca modificações no corpo como conseqüência de mudanças durante todo o processo evolutivo: alterações cardiovasculares, metabólicas, respiratórias, digestivas, ósseas, neurológicas, geniturinárias, musculares e na pele. No entanto, o poder de percepção destas alterações não se altera fundamentalmente com a idade (MONTEIRO, 2001).

Durante o processo de envelhecimento, os órgãos reduzem o número de células e diminuem o funcionamento do organismo tendo um impacto significativo na vida do idoso. Sabe-se que a velhice não é sinônimo de doença, entretanto, o envelhecimento gera limitações físicas e cognitivas que faz com que idosos necessitem muitas vezes de cuidadores, por perderem sua autonomia e independência (MINAYO, 2004; QUEIROZ, 2000).

Diagnósticos incorretos e múltiplas co-morbidades quase sempre correspondem ao uso de medicamentos inadequados e os corretos quase sempre conduzem ao uso de múltiplos fármacos. Desse modo, o idoso fica submetido aos riscos inerentes ao tratamento. Logo, a

racionalidade terapêutica deve iniciar-se com um diagnóstico correto e prescrição racional, que, na maioria das vezes, não acontece (ANDRADE *et al.*, 2004).

Na prescrição para o idoso, deve-se considerar, além de suas características na farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos, o custo da manutenção terapêutica pelas dificuldades em se obter adesão ao tratamento, que quase sempre é agravado pelo “déficit” de memória e visual, dificultando a identificação e manipulação de vários medicamentos simultaneamente. Sendo assim, o fato mais ocorrente do uso indiscriminado e errôneo de medicamentos. Os idosos que fazem uso da “polifarmácia”, ainda que corretamente, estão expostos a elevação dos efeitos colaterais e interações medicamentosas, sendo assim o uso inadequado pode levar às complicações mais graves. (ROZENFELD, 2003; COUTO, 2000).

Em diferentes estudos sobre o consumo de medicamentos, por idosos, verificaram-se um grande número de especialidades farmacêuticas, com prevalência do uso de analgésicos, antiinflamatórios e psicotrópicos, como os benzodiazepínicos, mais administrados em consequência dos distúrbios do sono (BERTI e MAYORGA; MOSEGUI *et al.*, 1999).

Com a idade, o pH gástrico eleva-se, havendo um atraso no esvaziamento gástrico, uma motilidade reduzida e um decréscimo no fluxo sanguíneo intestinal. Com a idade, a porcentagem de fármaco degradado na primeira passagem pode reduzir, aumentando a disponibilidade no idoso (BRAUNWALD *et al.*, 2003; SOARES *et al.*, 2000).

A distribuição dos fármacos é dependente da composição corporal, ligação às proteínas plasmáticas e fluxo sanguíneo orgânico. No idoso há uma redução do teor de água total corporal, sendo assim, uma dose administrada a um idoso pode determinar uma concentração sérica mais elevada, se o fármaco se distribuir predominantemente na água corporal. Além disso, a taxa de gordura corporal aumenta no idoso. Este aumento é responsável pelo maior volume de distribuição dos fármacos lipossolúveis, resultando na redução da concentração e maior duração de ação farmacológica (TERRA, 2003).

Entre os principais mecanismos de eliminação dos fármacos, destacam-se o metabolismo hepático e a excreção renal. A dose não sendo administrada de forma correta pode fazer com que o fármaco apresente um efeito mais prolongado e aumente os níveis de concentração plasmática. Devido à redução de eliminação das substâncias nos idosos. (COUTO *et al.*, 2000). Como pode ser visto na figura 1.

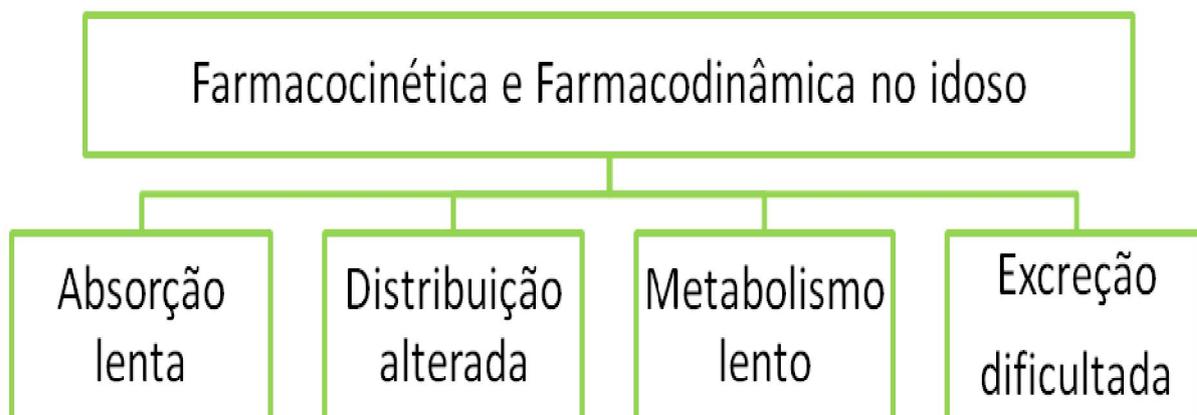


Figura 1: Farmacocinética e farmacodinâmica no indivíduo idoso.

1.2 Atenção Farmacêutica ao Idoso

A atenção farmacêutica remete ao farmacêutico assumir um papel ativo em benefício do paciente, ajudando o prescritor na seleção apropriada e na dispensação dos medicamentos. Dessa forma o farmacêutico assume responsabilidades diretas na colaboração com outros profissionais de saúde e com os pacientes, para alcançar o resultado terapêutico desejado (ANDRADE *et al.*, 2004).

O farmacêutico assegura que o paciente seja o principal beneficiado, através do acesso às informações, contribuindo para o uso racional dos medicamentos, prevenindo doenças e promovendo a saúde. Isso é possível através da atenção farmacêutica. Esta confere atribuições ao profissional como: monitoramento da utilização dos medicamentos por meio de uma ficha de controle farmacoterapêutico ou softwares; informações sobre a seleção da terapia medicamentosa: doses; vias de administração; aconselhamento aos doentes a cerca do uso de medicamentos de venda livre; participação em programas de educação para a saúde em colaboração com outros profissionais e construção de indicadores que mensurem a efetividade das intervenções. Além disso, tal serviço orienta os pacientes a procurarem assistência médica sobre a não utilização de medicamentos com mesmo mecanismo de ação, ou que causem interações e reações adversas. (ANDRADE *et al.*, 2004; JARAMILLO *et al.*, 2002).

O objetivo da atenção farmacêutica é melhorar a qualidade de vida de cada paciente por meio de resultados definidos na terapia medicamentosa. Os resultados buscados são a cura

de uma doença do paciente; eliminação ou redução da sintomatologia; detenção ou diminuição do progresso da doença; e prevenção de uma doença ou de uma sintomatologia (MATOS *et al.*, 1994).

O aconselhamento pode ser definido como um processo que visa escutar de forma ativa, individualizada e centrada o paciente idoso. A capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre o farmacêutico e o idoso, resgata alguns recursos internos do próprio idoso para que ele se reconheça como principal zelador de sua saúde. Esse acompanhamento requer conhecimento, dedicação, estudo e ética por parte do profissional, pois alguns idosos rejeitam certas mudanças e sugestões (TEIXEIRA *et al.*, 2002; BRASIL, 1997).

Os idosos, por suas limitações, integram a faixa etária de maior necessidade de atenção farmacêutica, uma vez que estes têm dificuldades em interpretar a posologia das receitas médicas, fazem uso incorreto de medicamentos, os acondicionam de forma errônea, e relacionam remédios caseiros, como garrafadas, chás, fitoterápicos, com os medicamentos alopáticos e manipulados.

Estudos que visam à orientação e o acompanhamento domiciliar desses indivíduos mostram-se uma importante ferramenta para o combate ao uso irracional de medicamento, interações medicamentosas e, por consequência, diminuição das intoxicações e reações adversas.

Assim, o presente estudo tem como objetivo conhecer o perfil, esquema farmacoterapêutico, adesão terapêutica e a qualidade do uso de medicamentos, bem como prestar atenção farmacêutica domiciliar a um grupo de idosos que são clientes de uma drogaria na periferia de Taguatinga-DF.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo quantitativo com enfoque qualitativo, onde o instrumento de pesquisa se deu por meio de um questionário com questões fechadas e abertas (APÊNDICE A). O mesmo foi aplicado a um grupo de idosos que são clientes de uma drogaria localizada em Taguatinga-DF. A seleção dos idosos se deu por meio da avaliação da frequência em que esses idosos visitam essa drogaria. A amostra total foi de 10 (dez) idosos. Estes foram convidados a participar da pesquisa e então receberam uma visita ao seu domicílio.

Durante a visita foi aplicado o questionário e, em seguida, realizada a verificação da glicemia capilar e pressão arterial. Na ocasião também foram fotografadas e analisadas as condições de acondicionamento dos medicamentos dos mesmos. O grupo também recebeu orientações quanto à posologia, acondicionamento e adesão medicamentosa.

No questionário foram analisadas temáticas diversas como: condições de moradia; hábitos alimentares; vícios; esquema posológico; doenças relacionadas aos idosos; medicamentos utilizados, inclusive fitoterápicos, nutracêuticos, garrafadas e chás; e o nível de relacionamento desses clientes com os profissionais de saúde, com enfoque à atenção farmacêutica.

O projeto de pesquisa passou por aprovação do Comitê de Ética da Universidade UNIEURO e seguiram as orientações da Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Todos os entrevistados receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e foi-lhes dado o direito de não participarem e/ou desistirem da pesquisa quando quisessem. Também, lhes foi garantido o sigilo de informações e o anonimato de suas identidades.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após as visitas domiciliares, os questionários foram avaliados e os resultados encontrados mostraram que a média de idade dos entrevistados foi de 72,4 anos. Sendo que 80% destes pertenciam ao gênero feminino. Dos idosos estudados todos eram portadores de alterações cardiovasculares como doenças do coração, dislipidemias e hipertensão arterial. Além disso, 30% dos entrevistados apresentaram diabetes, artrose (20%), enfisema pulmonar (10%), doenças renais (10%) e doenças cardiovasculares isoladas (30%), como pode ser verificado no gráfico 1.

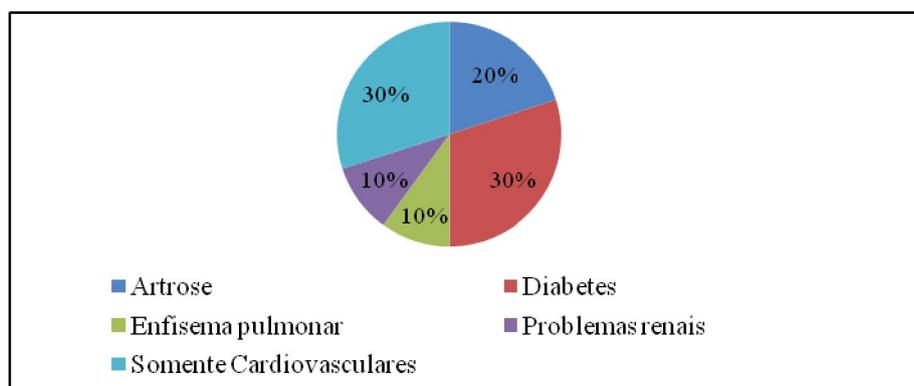


Gráfico 1: Relação das doenças detectadas nos pacientes estudados, todos com doenças cardiovasculares concomitantemente.

O gráfico 2 mostra que uma parcela significativa dos idosos entrevistados (40%) mora sozinho e declarou ter dificuldades relacionadas ao uso dos medicamentos. Isso pode ser um dos motivos pelos quais 60% dos idosos alegaram fazer uso dos medicamentos no horário incorreto (gráfico 3), possivelmente por não terem orientação adequada acerca da terapia medicamentosa, ou mesmo a falta da ajuda de um “cuidador” para auxiliá-lo. Esses dados corroboram com os de Costa *et al.* (2004) que observou em seu estudo, que 30% dos idosos têm dificuldades de lembrar-se do horário dos medicamentos. É importante ressaltar que a medicação administrada no horário correto, faz com que o fármaco atinja níveis terapêuticos desejados, para uma eficácia significativa do tratamento (COUTO *et al.*, 2007).

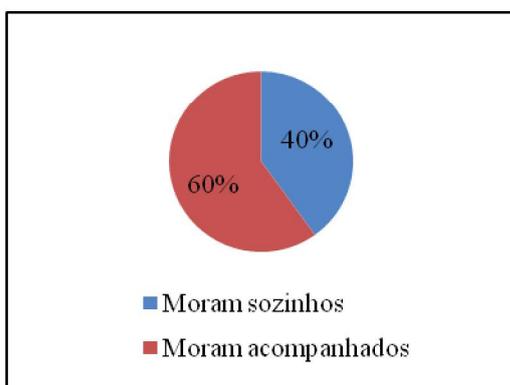


Gráfico 2: Condições de moradia dos idosos entrevistados.

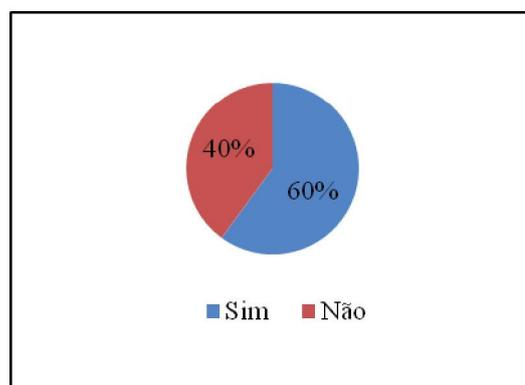


Gráfico 3: Porcentagem de entrevistados que alegaram ter dificuldade em administrar o medicamento no horário correto.

De fato, muitos idosos possuem dificuldades cognitivas, de atenção e de memória e isso pode dificultar o correto seguimento das prescrições. Com a idade, o fluxo sanguíneo cerebral é mais lento, o que prejudica a memorização (NERI *et al.*, 2004). A dificuldade em compreender as instruções, problemas de audição, confusão mental e o próprio esquecimento tão freqüente nessa faixa etária, requer um tempo maior de orientação por parte do prescritor. Aliado a isso, esquemas terapêuticos complexos, muito longos ou com muita freqüência diária corroboram para os erros de administração. Dessa forma, a freqüência de omissão de dose, horários posológicos errôneos, superdosagens, medicamentos incorretos ou trocados, com validade vencida ou mesmo, prescritos para outros indivíduos, têm aumentado entre a população idosa (GALVÃO e FERREIRA, 2006; GRAHAME-SMITH e ARONSON, 2002).

Com relação ao acompanhamento médico, 30% dos entrevistados afirmaram utilizar os medicamentos por conta própria (gráfico 4). Em adição, dos entrevistados que afirmaram ir ao médico regularmente, a grande maioria (70%) consulta-se pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Quando os idosos foram questionados quanto à freqüência com que eles costumam ir ao médico, 70% responderam que a cada 6 meses, 20% somente quando estão doentes e apenas 10% a cada 1 ano. Esses resultados podem ser observados no gráfico 5.

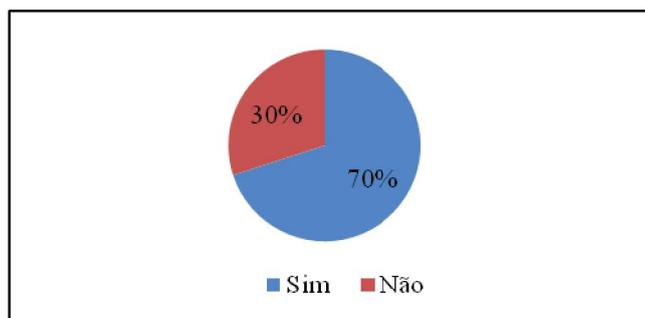


Gráfico 4: Quantidade de entrevistados que usam medicamentos prescritos pelo médico.

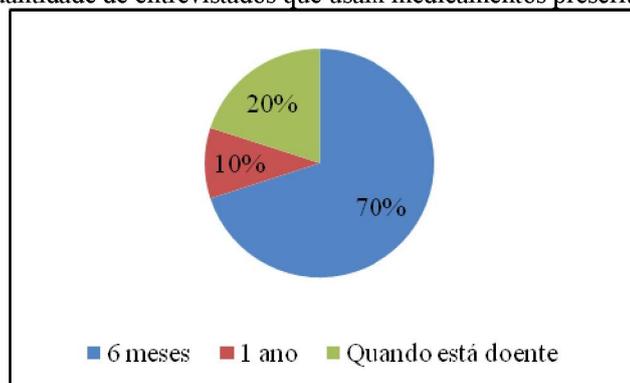


Gráfico 5: Freqüência com que os entrevistados consultam o médico.

Os resultados apresentados no gráfico 4 mostram que a maioria dos idosos usa medicamentos prescritos por um médico, no entanto uma porcentagem significativa (30%) ainda se automedica. A automedicação pode gerar desde simples reações adversas, passando por interações, até intoxicações medicamentosas, podendo levar o paciente a óbito (OSHIMA-FRANCO *et al.*, 2005). Os mesmos pacientes que referiram ir ao médico somente quando estão doentes (gráfico 5) fazem parte desse grupo, o que mostra a necessidade de orientação aos mesmos da importância de um acompanhamento médico regular. Com isso pode-se relacionar a automedicação com a frequência que esses pacientes se consultam com o médico. Teixeira e Lefèvre (2001) observaram em seu estudo que alguns idosos só procuravam o médico quando o medicamento de seu tratamento causava-lhes algum efeito indesejável. Sabe-se que pessoas acima de 60 anos possuem uma maior predisposição a doenças crônicas como câncer, doenças cardiovasculares, neurológicas e degenerativas o que implica em uma assistência médica continuada (GRAHAME-SMITH e ARONSON, 2002).

Quanto à especialidade dos médicos prescritores, 60% são cardiologistas, 30% clínicos gerais e somente 10% são geriatras. Como pode ser verificado no gráfico 6.

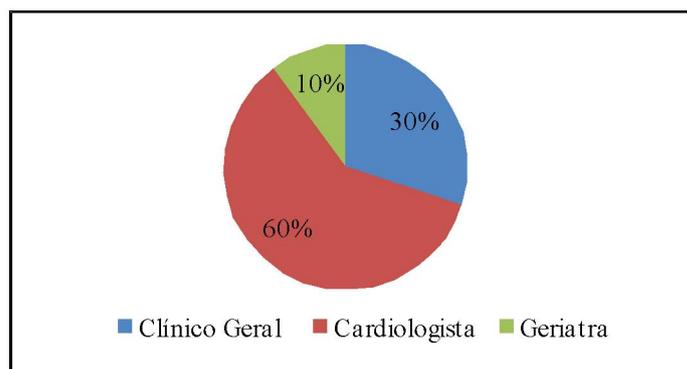


Gráfico 6: Especialidade dos médicos prescritores.

Com relação à especialidade do médico prescritor, a maioria dos idosos entrevistados consulta-se com cardiologista seguido de clínico geral. Enquanto isso, o médico geriatra é consultado somente por 1 paciente (10%). Pode-se inferir com esses dados que a geriatria ainda é uma especialidade nova e que precisa ser mais divulgada à população. Como a grande maioria dos entrevistados são clientes do SUS, pode-se deduzir que ainda há poucos médicos

geriatrias atendendo pela rede pública de saúde. De acordo com o Conselho Federal de Medicina existem aproximadamente 560 médicos geriatrias ativos em todo Brasil. Levando em consideração que a população idosa no Brasil era de cerca de 15 milhões de habitantes em 2000 e que a estimativa é que até 2050 esse número se eleve para cerca de 50 milhões (IBGE, 2002), o número de geriatrias em nosso país ainda é muito discreto. A geriatria representa a especialidade mais capacitada para acompanhar os idosos, pelo fato dos mesmos estudarem os parâmetros fisiológicos, farmacocinéticos e farmacodinâmicos próprios a estes indivíduos, além de possuírem maior habilidade de comunicação e atenção aos idosos (TERRA *et al.*, 2007).

Do grupo de idosos entrevistados 60% afirmaram que foram orientados quanto ao esquema posológico pelo médico juntamente com o farmacêutico, 30% relataram ter recebido informações somente do farmacêutico e 10% dos idosos afirmaram que receberam informações somente do médico. Além disso, 60% dos entrevistados confirmaram que necessitam de ajuda para seguir o esquema posológico. Como pode ser visto nos gráficos 7 e 8.

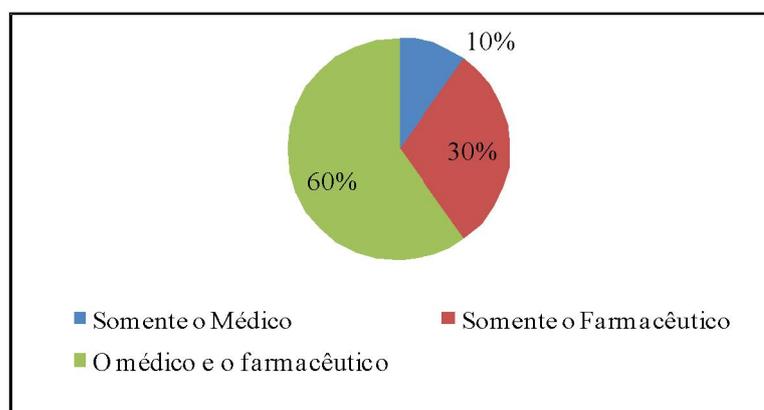


Gráfico 7: Profissional que orienta o entrevistado quanto ao esquema posológico.

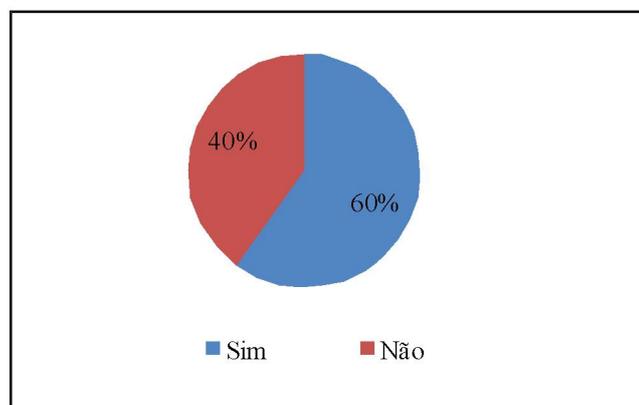


Gráfico 8: Entrevistados que relataram necessidade de ajuda para cumprir o esquema posológico.

Esses dados corroboram com a importância da atenção farmacêutica na orientação quanto ao uso racional de medicamentos, pois a adesão à terapêutica aumenta significativamente com a presença de um farmacêutico orientando o paciente (ANDRADE *et al.*, 2004). Nesse sentido, o farmacêutico pode prestar orientação quanto ao uso correto dos medicamentos, utilizar metodologias criativas para a compreensão da posologia, avaliar se as instruções estão sendo bem recebidas e mesmo, incentivar a família a colaborar na administração dos medicamentos e a monitorar os efeitos apresentados (GALVÃO e FERREIRA, 2006; GRAHAME-SMITH e ARONSON, 2002). Essas medidas só são possíveis com um monitoramento contínuo por parte do farmacêutico.

A intervenção farmacêutica pode reduzir os gastos com medicamentos e diminuir o número de prescrições, internações e uso de medicamentos associados. Ações conjuntas do médico e farmacêutico resultam em mudanças positivas no tratamento do idoso. O farmacêutico que mantém um acompanhamento com seu paciente idoso tem a oportunidade de verificar se ele possui incapacidades que venham comprometer o tratamento, sempre focando o cuidado com o paciente (TEXEIRA *et al.*, 2002).

Entretanto, sabe-se que mesmo com a interferência do farmacêutico auxiliando o paciente em seu domicílio e criando métodos criativos de adesão medicamentosa, a presença de um “cuidador” na terapia medicamentosa é muito importante no cumprimento posológico. O “cuidador” também precisa receber as orientações do farmacêutico, pois possui uma maior

facilidade em cumprir o horário das medicações e administrar de forma correta os medicamentos ao idoso (TEIXEIRA e LEFÈVRE, 2001).

Os idosos também foram questionados quanto ao acondicionamento dos medicamentos em suas residências. Com relação a essas condições, 20% dos idosos guardam os medicamentos em diversos cômodos da casa, outros 20% acondicionam somente no quarto e a maioria, 60%, acondicionam os medicamentos no quarto e na cozinha. Como demonstrado no gráfico 9 e nas figuras 2 e 3.

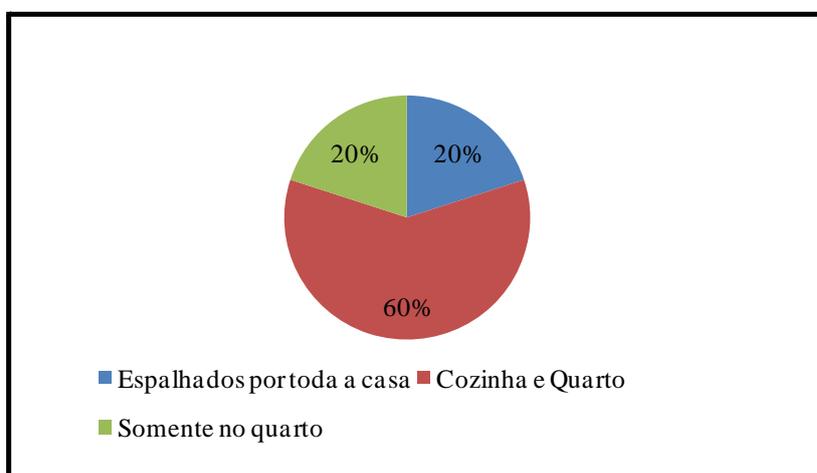
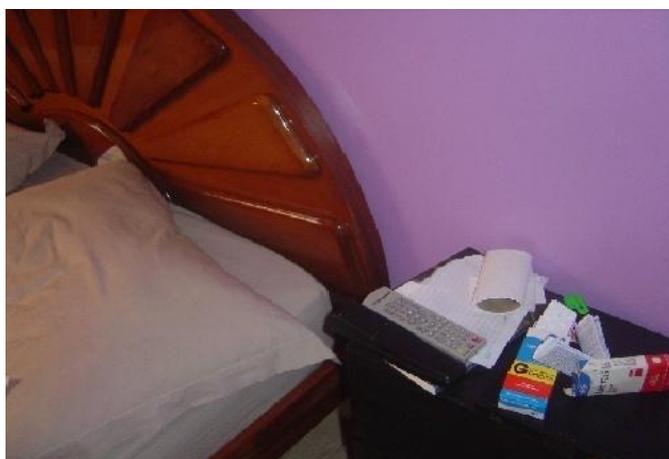


Gráfico 9: Local de acondicionamento de medicamentos dos idosos entrevistados.

Figura 2: Foto de medicamento na entrevistado. acondicionados no mesa de cabeceira e



acondicionamento de residência de um Medicamentos quarto, em cima da fora das embalagens.



Figura 3: Foto de acondicionamento de medicamento na residência de um entrevistado. Medicamentos acondicionados em cima do purificador de água, na cozinha.

Muitos entrevistados acondicionam os medicamentos na cozinha que não é um local adequado, devido ao excesso de umidade e calor. Em contrapartida alguns entrevistados acondicionam esses medicamentos no quarto, que é um local adequado, porém as medicações foram encontradas fora da embalagem original do produto, o que dificulta o conhecimento do prazo de validade e informações que estão contidas na bula, como a posologia. Além do mais, os medicamentos armazenados fora da embalagem dificultam sua administração à noite, devido à dificuldade na visão, podendo confundir o idoso e este tomar erroneamente sua medicação (MONSEGUI *et al.*, 1999).

Os entrevistados foram questionados quanto ao uso de medicamentos genéricos, similares ou de referência. Os resultados mostraram que os medicamentos genéricos são os mais usados por esse grupo totalizando 90% dos entrevistados (gráfico 10). Em adição, 70% dos idosos afirmaram fazerem uso de chás, remédios caseiros, nutracêuticos, “garrafadas” e fitoterápicos (gráfico 11). A Aguardente Alemã® (tintura de Jalapa) destacou-se como o fitoterápico mais usado pelos entrevistados, 60% destes afirmaram usar a Aguardente Alemã® regularmente.

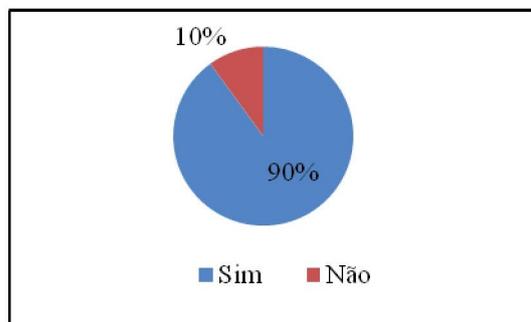


Gráfico 10: Uso de medicamentos genéricos.

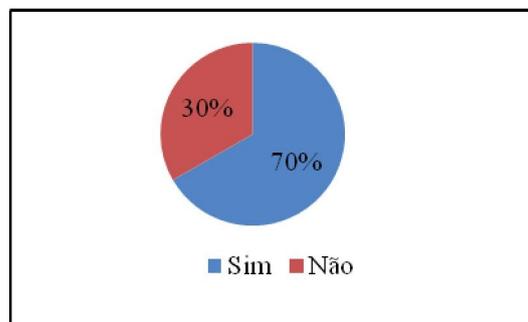


Gráfico 11: Uso de remédios caseiros, fitoterápicos, nutracêuticos, chás, garrafadas, entre outros.

De acordo com os dados do gráfico 10, os medicamentos genéricos tiveram boa aceitação por parte do idoso, o que é uma conquista do Ministério da Saúde, uma vez que esse medicamento tem comprovada sua eficácia, segurança e qualidade, de acordo com a Lei nº 9787 de 10 de fevereiro de 1999 (BRASIL, 1999).

Conforme pode ser verificado no gráfico 11, a maioria dos idosos em estudo faz uso de fitoterápicos, remédios caseiros e chás. O uso dessas substâncias deve ser de conhecimento do médico e do farmacêutico, uma vez que podem proporcionar muitas interações, principalmente com fármacos anticoagulantes, anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, enfim, medicamentos de uso contínuo (ALEXANDRE *et al.*, 2008).

A Aguardente Alemã® é um fitoterápico com objetivos laxativos, porém é utilizada pelos idosos para diferentes patologias. O teor alcoólico da Aguardente Alemã® é muito alto, pois sua fórmula é composta de 10 g de Jalapa, 5 g de Escamônia e quantidade suficiente para 100 mL de solução hidroalcoólica, que pode chegar até 50% da formulação (FONTELES *et al.*, 2008). Esse elevado teor alcoólico pode atingir níveis séricos similares à ingestão de bebidas alcoólicas e desencadear várias interações, como com anti-hipertensivos, antidepressivos, antipsicóticos, ansiolíticos, AINE'S, anticoagulantes orais e muitas outras classes de medicamentos (WANNMACHER, 2007; VADEMÉCUM Software PR, 2005).

Quanto aos hábitos dos entrevistados, 80% relataram não consumir bebida alcoólica. Quanto ao uso de cigarro, apenas 20% do grupo afirmaram ser tabagistas. A fumaça produzida pelo cigarro forma radicais livres que agem no DNA (ácido desoxirribonucléico), impedindo que este realize a divisão celular, podendo causar mutação na célula, como o câncer, ou levando a morte celular (VIEGAS, 2007). Na pesquisa, um idoso afirmou fazer uso

passivo de drogas ilícitas como a maconha e pasta de cocaína, devido à existência de mais de um usuário de drogas em seu domicílio. Outro idoso afirmou ser usuário ativo de maconha. Sabe-se que a maconha possui diversos efeitos sistêmicos como antiespasmódico, redutor da pressão intra-ocular, anticonvulsivante, estimulante de apetite, relaxante muscular e outros. Seu uso concomitante com medicações pode potencializar os fármacos associados aos efeitos acima (SANTOS, 2009).

O uso de álcool em idosos é uma realidade mundial. Aira; Hartikainen e Sulkava (2005) ao estudarem a prevalência do uso de álcool por idosos de idade acima de 75 anos, na cidade de Kyoto na Finlândia, verificaram que de 523 idosos estudados, 44% faziam uso regular de bebidas alcoólicas sendo que desse percentual, 86,9% utilizavam medicamentos concomitantemente. Nos Estados Unidos, Pringle *et al.* (2005) ao estudarem as interações entre álcool e medicamentos em idosos participantes de um programa de Assistência Farmacêutica a idosos, verificaram que 77% das prescrições continham fármacos com potencial interação com álcool e que destes, 19% afirmaram usar bebidas alcoólicas regularmente. No Brasil, a cultura de uso de álcool é bastante popular entre as mais diversas classes sociais e faixas etárias. No entanto, em 2007, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) publicou o 1º Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Eles estudaram 3007 brasileiros e descobriram que da amostra de idosos, 68% eram abstêmios. Verificaram também a quantidade usual diária de consumo de álcool e 70% relataram beber até 2 doses por dia (BRASIL, 2007). De qualquer forma, mesmo que o idoso beba quantidades moderadas de álcool, o seu metabolismo é mais lento, o que pode potencializar a dose. Além disso, muitos medicamentos que são habituais nessa faixa etária, possuem riscos potenciais de interação com álcool (WANMACHER, 2007).

Vale destacar que nessa pesquisa, uma paciente estudada além de fazer uso de Aguardente Alemã® diariamente, era usuária regular de álcool em pequenas doses. Além disso, fazia uso diário de Clonazepam (Rivotril®) para insônia. Os benzodiazepínicos, assim como o álcool, são substâncias depressoras do sistema nervoso central (SNC), que potencializam as ações do GABA (ácido gama-aminobutírico). O uso concomitante desses dois fármacos potencializa a sedação, provocando sintomas como redução do tônus postural, dos reflexos e da memória. Além disso, ambos são altamente lipossolúveis e quando utilizados em idosos, que possuem aumento da taxa de gordura corporal, metabolismo

hepático reduzido e função renal prejudicada, tem como conseqüência o prolongamento do tempo de meia-vida dessas substâncias. Dessa forma, o fármaco fica mais tempo em circulação no organismo (KATZUNG, 2007; GALVÃO e FERREIRA, 2006; STITZEL, 2005; GRAHAME-SMITH e ARONSON, 2002; BERTI e MAYORGA, 1999).

Os medicamentos utilizados pelos idosos entrevistados foram contabilizados e analisados quanto a possíveis interações medicamentosas potenciais. Foram relatados 30 tipos diferentes de fórmulas de medicamentos. Sendo que, a maioria dos medicamentos, 70%, pertencia à classe dos Antiinflamatórios Não Esteroidais (AINES), onde se destaca o Ácido Acetilsalicílico (AAS) e o Diclofenaco de Sódio. Em segundo lugar ficaram os polivitamínicos com 50% dos usuários. Os inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (iECA), os analgésicos, diuréticos e antiulcerosos ficaram entre 20 e 50% de uso. Abaixo de 20% foram: broncodilatadores, antidiabéticos e hipoglicemiantes, antidepressivos, ansiolíticos, benzodiazepínicos, como demonstrado na tabela 1.

TABELA 1

Freqüência de uso de classes de medicamentos entre os idosos entrevistados.

Acima de 70%	Acima de 50%	Entre 20 e 50%	Até 20%
AINES (AAS e Diclofenaco)	Polivitamínicos	Cardiovasculares Analgésicos Trato digestivo	Antidiabéticos e Hipoglicemiantes Trato Respiratório Sistema Nervoso

Fonte: Questionário aplicado ao grupo de idosos estudados.

Como se observa na tabela 1, os fármacos mais usados pelos idosos foram os AINE'S. O uso destes por idosos deve ser cuidadoso e criterioso visto que inibem a síntese de prostaglandinas com ações protetoras nos rins e na mucosa gástrica. Dessa forma, um cuidado com esses pacientes idosos deve ser aumentado particularmente naqueles com história prévia de transtornos gástricos e alterações na função renal (KATZUNG, 2007; GALVÃO e FERREIRA, 2006; GRAHAME-SMITH e ARONSON, 2002).

Quanto às interações medicamentosas, 90% dos entrevistados apresentaram pelo menos 1 tipo de interação em potencial. Ainda, em 10% dos casos foram detectadas 7 possíveis interações, em 30% apresentaram de 3 a 4 tipos e em 50% apresentaram de 1 a 2

tipos de possíveis interações. Somente 1 (um) idoso (10%), não apresentou nenhum possível tipo de interação medicamentosa (gráfico 12).

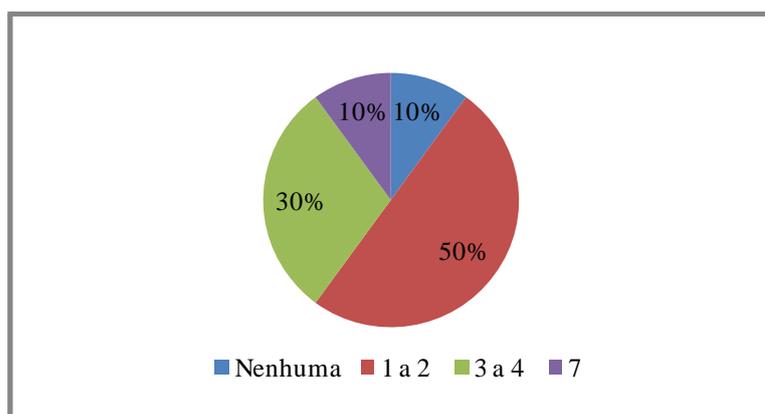


Gráfico 12: Quantidade de possíveis interações medicamentosas detectadas nos entrevistados.

Todas as interações medicamentosas encontradas foram analisadas e os pacientes foram devidamente orientados. No quadro 1, encontram-se as possíveis interações potenciais detectadas na amostra estudada, de acordo com a literatura.

Interações Medicamentosas Potenciais	Prováveis mecanismos de interação
Atenolol x Glicazida	Potencialização do efeito hipoglicêmico.
Hidroclorotiazida x Glicazida e metformina	A hidroclorotiazida aumenta a glicose no sangue.
Captopril x AAS	Redução do efeito anti-hipertensivo em pacientes com déficit de renina.
AAS x Varfarina	O AAS potencializa o efeito do anticoagulante.
Espironolactona x Ácido Acetilsalicílico	Pode diminuir o efeito anti-hipertensivo ao associar AINE.
Maleato de Enalapril x Espironolactona	Aumento de potássio sérico.
Olmesartana medoxomila x AAS	Hipercalemia.
Espironolactona X Diclofenaco de sódio	Diminuição do efeito anti-hipertensivo.
Furosemida x AINES	O AINE pode antagonizar a natriurese produzida pelos diuréticos de alça.
AAS x Paracetamol	Nefropatia.
AAS x Diclofenaco	Hemorragias devido à inibição adicional da agregação plaquetária.
Captopril x AINE	Redução do efeito anti-hipertensivo do captopril.

Quadro 1: Possíveis interações potenciais detectadas nos entrevistados.

Fonte: Osório de Castro e Teixeira, 2006; Software PR Vademécum.

O uso de AINES por parte dos entrevistados era indiscriminado e sem prescrição médica. Eles foram alertados que esses medicamentos poderiam prejudicar o tratamento anti-hipertensivo e até mesmo desencadear crises gástricas. De fato, vários autores concordam em afirmar que os AINES são recomendados apenas para situações de comprovada eficácia, na menor dose e pelo menor tempo possível, principalmente quando se trata de idosos e cardiopatas (GALVÃO e FERREIRA, 2006; STITZEL, 2005; GRAHAME-SMITH e ARONSON, 2002). Essa cautela não foi vista no esquema farmacoterapêutico desse grupo de idosos que afirmaram utilizar frequentemente diclofenaco de sódio sem qualquer restrição. O uso foi tão evidente, que a maioria das interações detectadas estava relacionada aos AINES.

A literatura confirma que a inibição da síntese de prostaglandinas, por parte dos AINES, pode alterar o controle da pressão arterial, pois as mesmas são importantes para a modulação da dilatação vascular renal e sistêmica, a filtração glomerular, a secreção tubular de sódio e água, a transmissão adrenérgica e o sistema renina-angiotensina-aldosterona. No caso de idosos, sabe-se que com a idade, ocorre uma redução fisiológica da filtração glomerular e, com isso, uma maior dependência das prostaglandinas para manter o fluxo plasmático renal. Assim, o uso prolongado desses fármacos em pacientes geriátricos pode produzir antidiurese com conseqüente aumento da volemia prejudicando a terapia anti-hipertensiva (JUNIOR *et al.*, 2008; BHATTACHARYA e SETH, 2008; WANMACHER e FERREIRA, 2006; FORTES e NIGRO, 2005). Na amostra estudada, 3 (três) pacientes faziam tratamento anti-hipertensivo com diuréticos de alça, diuréticos tiazídicos e iECA e simultaneamente usavam diclofenaco de sódio, com freqüência, que promove retenção de sódio, aumenta a volemia, diminuindo a ação redutora de volume dos diuréticos e iECA (WANMACHER e FERREIRA, 2006) e isso pode estar ocorrendo com esses idosos.

Outra interação observada foi o uso de Atenolol (beta-bloqueador) e Glicazida, um secretor de insulina. A Glicazida (Diamicron®) é um fármaco utilizado no tratamento de Diabetes tipo 2 que tem como mecanismo de ação a ativação de receptores SUR-1 (Receptores de Sulfoniuréias) nas células beta-pancreáticas. Esta ativação promove respectivamente o bloqueio do canal de K⁺, a despolarização da membrana, o influxo de Ca⁺⁺, a fusão das vesículas que contém insulina com a membrana plasmática e a extrusão de insulina. Dessa forma, a Glicazida aumenta a secreção de insulina pelas células beta e o seu principal efeito adverso é a hipoglicemia. O uso de Atenolol pode mascarar os efeitos

simpáticos da hipoglicemia causada por esses agentes e isso é pronunciado em pacientes de idade avançada, que podem ter comprometimento da função simpática. A dificuldade no reconhecimento dos sintomas hipoglicêmicos pode causar danos cerebrais, quedas, convulsões e até mesmo o óbito. Nesse caso, apesar do Atenolol ser benéfico na prevenção e progressão da nefropatia diabética, um iECA poderia substituí-lo na terapia anti-hipertensiva, pois também apresenta essa vantagem (MYERS e SHOELSON; SHU, 2008).

Observou-se também que 2 (dois) pacientes faziam uso de Hidroclorotiazida, Glicazida e Metformina. Sabe-se que a Hidroclorotiazida é um agente de primeira linha para o tratamento da hipertensão. Trata-se de um diurético tiazídico que inibe a reabsorção de sódio e cloreto no túbulo contornado distal. No entanto, ele diminui a tolerância à glicose e, portanto, pode comprometer o tratamento com Glicazida e Metformina em diabéticos (BHATTACHARYA e SETH, 2008).

Adicionalmente, outra interação que vale destacar é o uso de Enalapril x Espironolactona que foi verificado em 1 (um) paciente. O uso desses fármacos em conjunto pode causar hipercalcemia, pois a Espironolactona é um diurético poupador de potássio que antagoniza a aldosterona no ducto coletor. Seu uso prolongado provoca retenção de potássio e quando associado a um iECA, esse efeito é pronunciado, pois o Enalapril reduz a síntese de aldosterona no córtex adrenal (OSÓRIO DE CASTRO e TEIXEIRA, 2006).

Como foi exposto, o fator: interação medicamentosa é o tópico primordial com relação à atenção farmacêutica domiciliar. O fato de o farmacêutico estar tão próximo do paciente faz com que ele identifique com antecedência possíveis interações em meio a tantos medicamentos. Esse acompanhamento faz com que haja um uso racional de medicamentos, diminuição dos problemas relacionados a medicamentos e redução dos custos no tratamento (COSTA *et al.*, 2004).

Aos pacientes cujas interações medicamentosas potenciais foram detectadas sugeriu-se troca ou suspensão de um dos medicamentos ao médico e isso necessitaria de retorno do paciente às consultas médicas, mudanças nos horários de administração (reforçando um maior intervalo de tempo entre os medicamentos), evitar o uso de AINES de forma prolongada, restringindo-os somente para períodos de real necessidade. Em caso de dores, dar preferência aos analgésicos como Paracetamol, que não promove retenção hídrica.

Como parte da visita domiciliar, medidas de glicemia capilar e aferição de pressão arterial também foram realizadas. Com relação à pressão arterial, 30% dos idosos entrevistados apresentaram a pressão arterial acima do normal, mesmo com uso de medicamento anti-hipertensivo, conforme pode ser verificado no gráfico 13. Já a glicemia capilar de todos os entrevistados encontrou-se em níveis adequados.

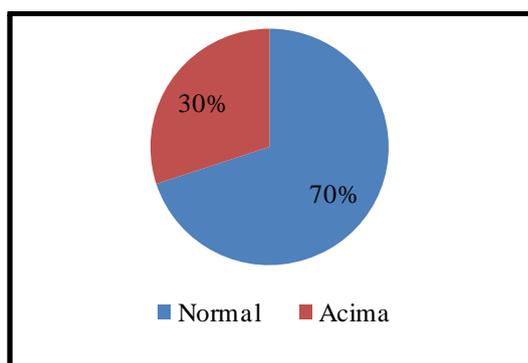


Gráfico 13: Frequência de normalidade na pressão arterial dos idosos na ocasião da visita domiciliar.

Com o envelhecimento do organismo, a pressão arterial tende a subir durante toda a vida. O tratamento com anti-hipertensivo constitui um problema freqüente nesta faixa etária. A escolha do anti-hipertensivo deve ser cuidadosa, atentando-se para o número diário de ingestão, interação medicamentosa e especialmente para os outros problemas de saúde do idoso. A maioria dos idosos necessita de mais de uma classe de anti-hipertensivos com mecanismos diferentes para que os níveis pressóricos ideais sejam atingidos (PERROTTI *et al.*, 2007). Como pode ser visto no gráfico 13, ainda há um índice de idosos que tem dificuldades no controle da pressão arterial, mesmo com uso de fármacos anti-hipertensivos. Algumas hipóteses podem ser inferidas referentes a essa porcentagem, como dificuldades por parte do idoso em seguir o esquema terapêutico, fármacos inadequados para seu controle pressórico, falta de consulta médica regular para monitoramento, interação medicamentosa com AINES, ou mesmo a hipertensão do jaleco branco¹, já que a aferição da pressão arterial ocorreu em uma única visita.

Estratégias foram usadas para aprimorar e facilitar o entendimento das orientações prestadas aos idosos a respeito do horário dos medicamentos e acondicionamento dos mesmos. Foram colocadas etiquetas nas embalagens dos fármacos, com cores relacionando o horário certo para administração dos mesmos. Além disso, foi montado um esquema escrito

¹ Expressão é empregada para descrever pacientes cuja pressão arterial sistêmica é elevada quando medida na presença de um profissional de saúde.

com letras grandes, visíveis e de fácil compreensão acerca do cumprimento da terapêutica. Orientações quanto à ingestão de alguns fármacos concomitantemente a alimentos foram salientadas. Os idosos foram também solicitados a repetirem as instruções para que fosse assegurada a legítima compreensão dos mesmos. Àqueles que moram com familiares, as instruções foram repassadas e eles foram incentivados a acompanharem os sintomas dos mesmos.

Os idosos também receberam informações referidas a Aguardente Alemã®, devido ao seu teor alcoólico, pois a maioria deles fazia uso desta. Entretanto, não houve tempo hábil para a realização de uma segunda visita no intuito de verificar os resultados da intervenção farmacêutica. Espera-se que esse seja um começo para a implantação de um programa de atenção farmacêutica domiciliar aos idosos clientes dessa drogaria em Taguatinga-DF.

Em suma, pôde-se perceber que a atenção farmacêutica domiciliar é uma ferramenta útil para aperfeiçoar a terapia medicamentosa e, portanto, a qualidade de vida dos pacientes. Essa ferramenta requer tempo de qualidade em cada visita de forma que o idoso possa adquirir confiança e estreitar as relações entre farmacêutico e paciente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção farmacêutica domiciliar em pacientes geriátricos permite que os pacientes compreendam o esquema terapêutico, utilizem os medicamentos corretos para suas enfermidades, recebendo tratamento adequado para seu diagnóstico, durante tempo correto, doses certas e redução de custos.

Durante as visitas, foram verificadas muitas interações medicamentosas potenciais, principalmente com fármacos não-prescritos e os idosos foram orientados e aconselhados quanto aos perigos dessas interações e as dúvidas quanto ao uso das medicações foram sanadas.

Foram tomadas medidas efetivas para melhorar a terapia medicamentosa como esquema de horário dos medicamentos e seu condicionamento adequado, visando o entendimento dos idosos.

Na amostra de estudo verificou-se que alguns idosos moravam sozinhos e a visita periódica do farmacêutico e de outros profissionais de saúde, portanto poderia melhorar a adesão à terapia medicamentosa, bem como, a qualidade de vida do mesmo.

Esse artigo foi resultado de uma única visita domiciliar, no entanto mais visitas estão sendo realizadas aos mesmos lares para dar continuidade ao acompanhamento dos pacientes. No entanto, não houve tempo hábil para comprovar os resultados da primeira intervenção, bem como a adesão por parte dos idosos às recomendações feitas pelos pesquisadores.

Sugere-se que para o acompanhamento ter resultados efetivos é necessário que as visitas domiciliares sejam constantes. Dessa forma, a adesão à terapia medicamentosa poderá ser mais efetiva assim como estreitará o relacionamento interpessoal entre paciente e farmacêutico.

REFERÊNCIAS

AIRA, M.; HARTIKAINEN, S.; SULKAVA, R. Community prevalence of alcohol use and concomitant use of medication-a source of possible risk in the elderly aged 75 and older? *Int J Geriatr Psychiatr.* V. 20 (7): 680-685, 2005.

ALEXANDRE, R.F; BAGATINI, F.; SIMÕES, C. M. O. Interações entre fármacos e medicamentos fitoterápicos à base de ginkgo ou ginseng. *Revista brasileira de farmacognosia.* v.18(1) João Pessoa Jan./Mar. 2008.

ANDRADE, M. A.; SILVA, M. V. S.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos, 2004. Conselho Regional de Farmácia – RJ. Disponível em: <http://www.crf-rj.org.br/crf/arquivos/file/AtencaoFarmaceutica/AF2.pdf>. Acesso em 18 de junho de 2009.

BERTI, A. R. e MAYORGA, P. A Terapêutica na Terceira Idade e o Uso Racional de Medicamentos. *Estud. interdiscip. envelhec. Porto Alegre*, v.2, p.89-102, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília: DST/AIDS, 1997.

BRASIL. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 11 fev. 1999.

BRASIL. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. Disponível em: www.obid.senad.gov.br. Acessado em 20 de outubro de 2009.

BRAUNWALD, E.; ZIPES, D. P.; LIBBY, P. Tratado da Medicina Cardiovascular. 6ª Edição. Volume 1. Editora Roca, 2003.

BHATTACHARYA, M.; SETH, L.A. Farmacologia da regulação do volume. In: GOLAN, D.; TASHJIAN, A.H.; ARMSTRONG, E.J.; ARMSTRONG, A.W. Princípios de Farmacologia: A base fisiopatológica da farmacoterapia. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. P.317-336.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Busca por médicos geriatras. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novoportal/index5.asp>. Acesso em 08 nov. 2009.

COSTA, L. M.; LINDOLPHO, M.C.; SÁ, S. P. C.; ERBAS, D.; MARQUES, D. L.; PUPPIN, M.; DELATORRE, P. O idoso em terapêutica plurimedicamentosa. Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, v.3, n.3, p. 261-266, set/dez, 2004.

COUTO, L. B. Aspectos farmacológicos do uso de medicamentos em idosos. Revista Racine. São Paulo, v.56, maio/jun., p.58-62, 2000.

COUTO, B. E.; ALBUQUERQUE, I. L.; MEDEIROS, M. A. S. Uso abusivo de medicamentos por idosos em comunidade de Fortaleza – Ceará. RBPS; 20 (1) : 12-16, 2007.

FLORES, V. B.; BENVENUTO, L. A. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil, Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(6): 1439-1446, jun, 2008.

FONTELES, M. M. F.; VENÂNCIO, E. T.; RIOS, E. R. V.; BESSA, B. M. B.; FRANCELINO, E. V.; CARVALHO, D. M. S.; COELHO, H. L. L. Vigilância pós-

Cenarium Farmacêutico, Ano 4, nº 4, Maio/Nov 2011, ISSN: 1984-3380

comercialização da Aguardente Alemã® (*Operculina macrocarpa* e *Convolvulus cammonea*). Revista Brasileira de Farmacognosia, 18 (Supl.): 748-753, Dez. 2008.

FORTES, Z.B.; NIGRO, D. Aspectos farmacológicos da interação anti-hipertensivos e antiinflamatórios não-esteróides. Revista Brasileira de Hipertensão. vol.12(2): 108-111, 2005.

GALVÃO, M. P. A.; FERREIRA, M. B. C. Prescrição de Medicamentos em Geriatria. In: FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. Farmacologia Clínica. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 949-964.

GRAHAME-SMITH, D. G.; ARONSON, J. K. Farmacoterapia do indivíduo jovem e do idoso. Tratado de Farmacologia Clínica e Farmacoterapia. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p 110-117.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. Perfil dos Idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: FIBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais, 2002

JARAMILLO, N. M. Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos. Brasília: OPAS, 2002. Disponível em <http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/RelatorioAtenfar20012002.pdf>. Acesso em 18 de junho de 2009.

JUNIOR, E. D. S.; SETTE, I. M. F.; BELÉM, L. F.; PEREIRA, G. J. S.; BARBOSA, J. A. A. Interação medicamentosa entre antiinflamatórios não-esteróides e anti-hipertensivos em pacientes hipertensos internados em um hospital público: uma abordagem em farmacovigilância. Revista Baiana de Saúde Pública. v.32, n.1, p.18-28. jan./abr. 2008

KATZUNG, B.G. Basic & Clinical Pharmacology. 10th Ed. Lange Medical Books/McGraw-Hill. Medical Publishing Division. New York, 2007, chapter 22 -36, e-book.

MATOS, F. J. Função do farmacêutico no apoio à estratégia de medicamentos. Infarma. Brasília, v.3, n.1/6, p.15-6, 1994.

MINAYO, M. C. S. Antropologia, saúde e envelhecimento. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.20(4):1127-1132, jul-ago, 2004.

MONTEIRO, P. P. Envelhecer: histórias, encontros, transformações. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. Disponível em: <http://www.netsaber.com.br/resumos/verresumoc3115.html>. Acesso em 18 de junho de 2009.

MOSEGUI, G. B. G.; ROZENFELD, S.; VERAS, R.P.; VIANNA, C. M. M. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. Revista Saúde Pública. 33 (5): 437-444, 1999.

NERI, A. L.; YASSUDA, M. S.; CACHIONI, M. Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos. Campinas: Papirus, p.143-154, 2004.

OSÓRIO DE CASTRO, C.G.S.; TEIXEIRA, C.C. Interações Medicamentosas. In: FUCHS, F.D; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M.B. Farmacologia Clínica: fundamentos da terapêutica racional. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. P.67-62.

OSHIMA-FRANCO, Y.; BERNARDES, A. C. A.; CHORILLI, M. Intoxicação medicamentosa no idoso. Saúde em Revista 56. Piracicaba, 7(15): 53-61, 2005.

PERROTTI, T.C.; FILHO, J.C.; UEHARA, C.A.; FILHO, C.M.A.; MIRANDA R.D. Tratamento farmacológico da hipertensão no idoso. Revista Brasileira de Hipertensão. vol.14(1): 37-41, 2007.

PRINGLE, K.E.; AHERN, F.M.; HELLER, D.A.; GOLD, C.H.; BROWN, T.V. Potential for Alcohol and Prescription Drug Interactions in Older People. J Am Geriatr Soc. V. 53 (11): 1930–1936, 2005.

QUEIROZ, Z. P. V. Cuidando do idoso: uma abordagem social. O Mundo da Saúde. São Paulo, v.24, n.4, jul./ago., p.246-248, 2000.

ROZENFELD, S. Prevalência de fatores associados ao uso incorreto de medicamento nos idosos: uma revisão. Caderno de Saúde Pública 19(3):717-724, 2003.

SANTOS, R.G. Um panorama sobre a maconha. Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (NEIP), 2009. Disponível em: www.neip.info.

SHU, A.D. ; MYERS, M.G.; SHOELSON, S.E. Farmacologia do pâncreas endócrino. In: GOLAN, D.; TASHJIAN, A.H.; ARMSTRONG, E.J.; ARMSTRONG, A.W. Princípios de Farmacologia: A base fisiopatológica da farmacoterapia. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. P.494-509.

SOARES, M. A. O medicamento e o idoso. Revista Pharmacia Brasileira. Ano III, Nº 18, fev, 2000.

STITZEL, R.E. Farmacologia Moderna com Aplicações Clínicas. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 26, p. 290-308.

TEIXEIRA, J. J. V.; ROMANO-LIEBER, N. S.; FARHAT, F. C. L. G.; RIBEIRO, E.; CROZATTI, M. T. L.; OLIVEIRA, G. S. A. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, 18(6):1499-1507, nov-dez, 2002.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do idoso. Revista Saúde Pública. 35(2), p. 207-213, 2001.

TERRA, N. L. Entendendo as queixas do idoso. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

TERRA, N. L. ; SILVA, R.; SCHIMIDT, O. F. Tópicos em geriatria II. Instituto de geriatria e gerontologia/PUCRS. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007. p.54-60.

VADEMECUM, PR software. Microsoft Corporation, 2005-2006. CD-ROM. Windows.

VIEGAS, C. A. de A. Tabagismo do diagnóstico à saúde pública. In: SAMPAIO, A. M. C. P. O cigarro e a pele. São Paulo: Atheneu, 2007. Cap. 9, p. 315-325.

WANMACHER, L. Interações de medicamentos com álcool: verdades e mitos. ISSN 1810-0791 Vol. 4, Nº 12. Brasília, novembro de 2007.

WANMACHER, L.; FERREIRA, M.B. 2006. Antiinflamatórios Não-esteróides. In: FUCHS, F.D; WANMACHER, L.; FERREIRA, M.B. Farmacologia Clínica: fundamentos da terapêutica racional. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. P.306-322.

APÊNDICE A Questionário de Atenção Farmacêutica Domiciliar a um Grupo de Idosos do DF

1. Dados Pessoais:

1.1 Nome: _____

1.2 Idade: _____ 1.3 Sexo: **Feminino** **Masculino**.

1.4 Grau de Instrução:

Fundamental completo

Fundamental incompleto

Médio completo

Médio incompleto

Superior completo

Superior incompleto

1.5 Mora com alguém: **Sim** **Não** Quem: _____.

2. Histórico:

2.1 Histórico familiar de doença:

Diabetes Cardiovasculares Dislipidemias Hipertensão Alzheimer

Parkinson. Outras: _____

2.2 Possui alguma doença:

Diabetes Cardiovasculares Dislipidemias Hipertensão Alzheimer

Parkinson. Outras: _____

2.3 Quais medicamentos usa: _____

2.4 Todos os Medicamentos foram prescritos pelo médico? Sim Não.

2.5 Você usa os Medicamentos no horário correto? Sim Não.

2.6. Recebeu orientação quanto ao esquema posológico? Sim Não.

2.7. Caso sim, quem o orientou? Médico Farmacêutico Balconista Parentes

Outros.

2.8 Precisa de ajuda para cumprir o esquema posológico? Sim Não.

2.9 Sente algum efeito colateral com o medicamento que utiliza: Sim Não.

2.5 Você faz uso de medicamentos genéricos? Sim Não.

2.6 Como acondiciona os medicamentos? Cozinha Banheiro Quarto Outros.

2.7 Faz uso de algum remédio caseiro, chás, garrafadas, fitoterápicos, nutracêuticos?

Sim Não. Quais _____.

2.8. Quando vai a uma drogaria, procura por um Farmacêutico? Sim Não.

3. Consulta:

3.1 Onde foi consultado: SUS Particular Convênio/Plano de saúde.

3.2 Especialidade do médico prescritor: Clínico geral Cardiologista

Endocrinologista Geriatra Outros: _____.

3.3. Costuma ir ao médico de quanto em quanto tempo? 6 meses 1 ano Só quando está doente.

4. Hábitos:

4.1 Consome álcool? **Sim** **Não.** Freqüência:_____.

Quantidade:_____.

4.2 Fuma? **Sim** **Não.** Quantidade:_____.

4.3 Faz uso de algum tipo de drogas ilícitas? **Sim** **Não.** Qual?

_____ Freqüência:_____.

4.4 Faz atividades físicas? **Sim** **Não.** Freqüência:_____.

4.5 Consome freqüentemente alguns desses alimentos?

Carne vermelha **Frituras** **Chocolate** **Doces em geral** **Refrigerantes.**

4.6 Consome freqüentemente os seguintes alimentos?

Carne branca **Verduras** **Legumes** **Frutas.**

5. Dados da coleta:

5.1 Peso:_____Kg.

5.2 Pressão Arterial:_____x_____mmHg.

5.3 Glicemia capilar:_____.

5.4 Circunferência abdominal:_____cm.

APÊNDICE B Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a) da pesquisa denominada “ATENÇÃO FARMACÊUTICA DOMICILIAR EM UM GRUPO DE IDOSOS DO DF” que será desenvolvida nesta instituição, pelas pesquisadoras Regina Alayne

Tarquinio Ribeiro e Wheslanny de Moraes Pereira, sob a responsabilidade da Profª. Msc. Pollyanna Barbosa Farias Corrêa, docente do Centro universitário Unieuro.

Sua participação não é obrigatória e não lhe trará despesas ou ônus. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O objetivo deste estudo é identificar o perfil de consumo de medicamentos desse grupo de idosos, bem como prestar cuidados farmacêuticos a esse grupo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em entrevista com um questionário com questões fechadas e abertas, doação de uma alíquota de sangue para glicemia capilar, verificação de peso, circunferência abdominal e pressão arterial. Também serão fotografados os locais de acondicionamento dos medicamentos no seu domicílio. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação, segundo a Resolução do Código de Ética da pesquisa com seres humanos, Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Os dados serão utilizados para publicação científica respeitando o anonimato, sua identidade não será revelada, sendo tratada de forma estritamente confidencial. Você não será identificado pessoalmente em nenhuma publicação sobre o estudo.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional e e-mail do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Atenciosamente,

Profª. Msc. Pollyanna Barbosa Farias Corrêa
Centro Universitário UNIEURO
Av. das Nações s/n
Telefone: (61) 9981- 3326
E-mail: pbfcorrea@gmail.com

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, afirmo que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado pelos pesquisadores dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso, confidencialidade da pesquisa e concordo em participar da mesma. Fui esclarecido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isso resulte em qualquer penalidade. Certo da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido em 02(duas) vias (via entrevistador e via entrevistado) e da proposta da pesquisa a mim apresentado declaro que autorizo aos pesquisadores à entrevista, coleta de sangue, aferição da pressão arterial, medida da circunferência abdominal e fotografia do local de acondicionamento dos medicamentos em meu domicílio. Assim, permito aos pesquisadores utilizarem os dados da entrevista e os resultados das amostras sanguíneas para fins da pesquisa. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Brasília, _____ de _____ de 2009.

Assinatura do voluntário

Nome do voluntário