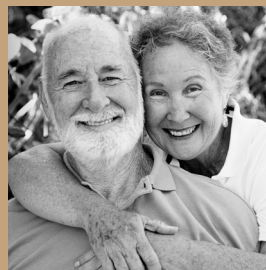




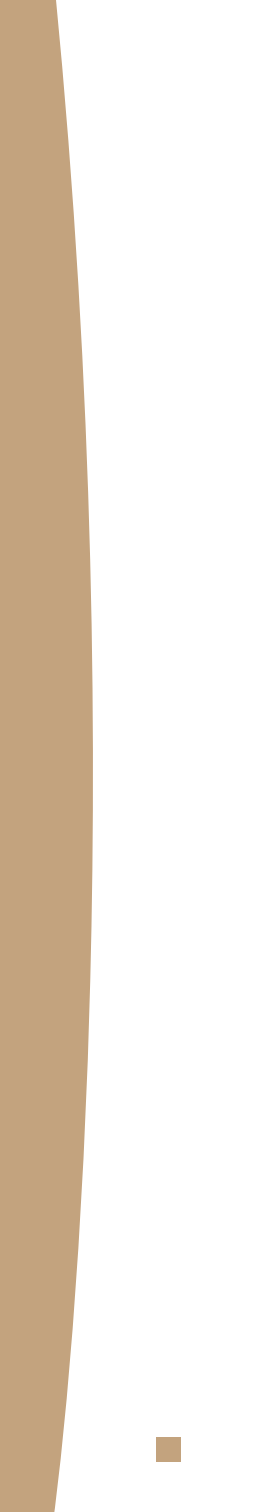
**CRF SP**  
CONSELHO REGIONAL  
DE FARMÁCIA  
DO ESTADO DE SÃO PAULO



# CUIDADO FARMACÊUTICO

---

## Ao IDOSO



# CUIDADO FARMACÊUTICO

---

# Ao IDOSO



DEPARTAMENTO DE APOIO TÉCNICO E EDUCAÇÃO PERMANENTE  
GRUPO TÉCNICO DE TRABALHO DE CUIDADO FARMACÊUTICO AO IDOSO  
SÃO PAULO  
2020



## Expediente

### Publicação do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - Abril/2020

#### ■ DIRETORIA

Marcos Machado Ferreira  
presidente

Marcelo Polacow Bisson  
vice-presidente

Luciana Canetto Fernandes  
secretária-geral

Danyelle Cristine Marini  
diretora-tesoureira

#### ■ ORGANIZAÇÃO

Grupo Técnico de Trabalho de  
Cuidado Farmacêutico ao Idoso

Gustavo Alves Andrade dos  
Santos  
Coordenador

Stéphanie de Souza Costa Viana  
Vice-coordenadora

#### ■ COMISSÃO TÉCNICA

Amouni Mohmoud Mourad  
Gustavo Alves Andrade dos Santos  
Lais Vieira Nowak

Mariana Gois Raponi Branco  
Michele Melo Silva Antonialli  
Renata Cristina Zanetti Della Betta  
Soraya Lima da Silva Souza  
Stéphanie de Souza Costa Viana  
Vanessa Boeira Farigo Mourad

#### ■ REVISÃO ORTOGRÁFICA

Nicole Medeiros Leal

#### ■ DIAGRAMAÇÃO

Giulia Mastroirosa Nascimento

---

C766c Brasil. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Departamento de Apoio Técnico e Educação Permanente. Grupo Técnico de Trabalho de Cuidado Farmacêutico ao Idoso. Cuidado Farmacêutico ao Idoso. / Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. – São Paulo: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, 2020.  
62 p.; 20 cm. - -  
ISBN 978-65-990679-3-8

I. Saúde do Idoso. 2. Assistência Integral à Saúde do Idoso. 3. Instituição de Longa Permanência para Idosos. 4. Serviços de Saúde para Idosos. 5. Adesão ao Tratamento. I. Departamento de Apoio Técnico e Educação Permanente. II. Grupo Técnico de Trabalho de Cuidado Farmacêutico ao Idoso. III. Título.

CDD-615

## PALAVRA DA DIRETORIA

A elaboração deste material representa a concretização de um projeto idealizado pela Diretoria do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF-SP) com o intuito de oferecer informações sobre as áreas de atuação do farmacêutico, em linguagem acessível.

O CRF-SP tomou a iniciativa de inscrever este rico material técnico na Agência Brasileira do ISBN – *International Standard Book Number*, vinculada à Câmara Brasileira do Livro. O ISBN é um sistema internacional que identifica numericamente os livros segundo título, autor, país e editora, o que faz dele uma publicação única no universo literário. Esperamos que a Cartilha de Cuidado Farmacêutico ao Idoso contribua para o fortalecimento da categoria nesse segmento.

As cartilhas são desenvolvidas por profissionais que atuam nas respectivas áreas abrangidas pelos Grupos Técnicos de Trabalho do CRF-SP, a saber: Acupuntura - Medicina Tradicional Chinesa, Análises Clínicas e Toxicológicas, Cuidado Farmacêutico ao Idoso, Educação Farmacêutica, Farmácia, Farmácia Clínica, Farmácia Estética, Farmácia Hospitalar, Farmácia Magistral, Homeopatia, Indústria, Logística de Produtos de Interesse à Saúde, Pesquisa Clínica, Plantas Medicinais e Fitoterápicos, Radiofarmácia, Resíduos e Gestão Ambiental, Saúde Pública e Suplementos Alimentares.

Nessas Cartilhas são apresentadas:

- As áreas de atuação;
- O papel e as atribuições dos profissionais farmacêuticos que nelas atuam;
- As atividades que podem ser desenvolvidas;
- As Boas Práticas;
- O histórico dos respectivos Grupos Técnicos de Trabalho.

Cada exemplar traz relações das principais normas que regulamentam o segmento abordado e de sites úteis para o exercício profissional. Se colocadas juntas, as cartilhas disponibilizam um roteiro geral e detalhado de praticamente todo o âmbito farmacêutico.

Por conta disso, tais publicações são ferramentas de orientação tanto para aqueles que estão iniciando sua vida profissional, como para quem decide mudar de área.

Aqui lhes apresentamos a Cartilha da área de Cuidado Farmacêutico ao Idoso.

*Boa leitura!*







## SUMÁRIO

---

Introdução .....	11
A Presença de Multimorbidades e o Uso de Medicamentos por Idosos .....	13
Alterações Farmacocinéticas e Farmacodinâmicas Comuns ao Envelhecimento.....	15
Síndromes Geriátricas .....	18
Iatrogenia e Medicamentos Potencialmente Inapropriados.....	20
Adesão ao Tratamento .....	22
Avaliação Geriátrica Ampla: Uma Visão Abrangente do Idoso .....	25
Demências: Uma Questão de Saúde Pública .....	29
Centros de Atendimento ao Idoso e o Papel do Farmacêutico em cada Centro....	32
Você Sabia? .....	38
Cuidados Paliativos .....	39
A Legislação em Prol do Idoso .....	42
Perfil do Farmacêutico no Cuidado ao Idoso .....	45
Atividades do Farmacêutico no Cuidado ao Idoso .....	46
O Grupo Técnico de Trabalho .....	48
Referências Bibliográficas .....	50



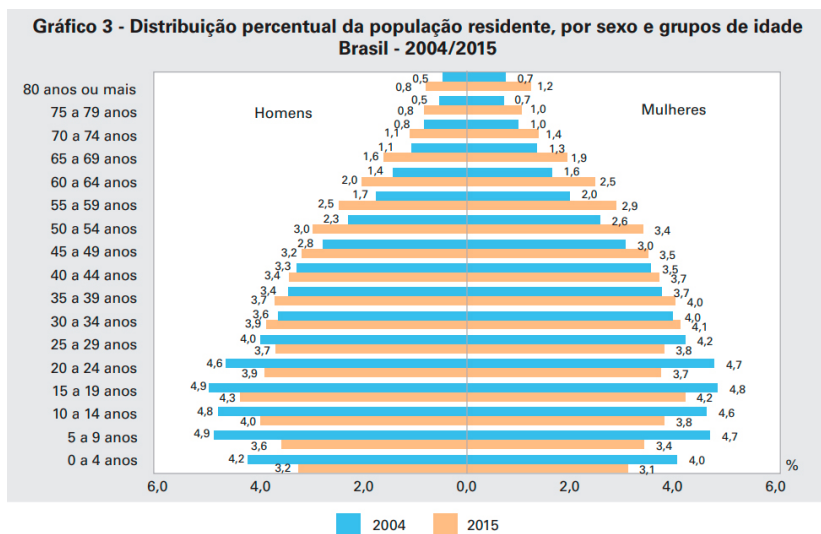
## INTRODUÇÃO

---

O envelhecimento populacional tem registrado números cada vez mais expressivos. Este fenômeno decorre dos efeitos da transição demográfica caracterizados pela redução nas taxas de mortalidade e fecundidade observadas nas últimas décadas e, conseqüente, aumento desta população, bem como dos efeitos da transição epidemiológica que tem como característica a mudança de um perfil de mortalidade por doenças infectocontagiosas pelo de doenças crônicas não-transmissíveis e causas externas (CHAIMOWICZ, 2013).

Conforme definido pela Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e pelo Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), no Brasil, é considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais. Estima-se que até 2025 o crescimento da população idosa em 16 vezes *versus* 5 vezes o da população total, nos classifique como a sexta população de idosos do mundo (IBGE, 2013). Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua demonstram que a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos com aumento de 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017 (IBGE, 2018). Além disso, a população idosa brasileira, que em 2004 era de 9,7%, representava em 2015 14,3% da população total do país, conforme demonstra o gráfico 1 (IBGE, 2016).

**Gráfico I** - Distribuição percentual da população residente, por sexo e grupos de idade Brasil - 2004/2015.



Fonte: IBGE, 2016.

A rapidez do envelhecimento da população no Brasil é notável, podendo-se dizer que já não somos mais um país jovem frente às modificações drásticas em nossa pirâmide populacional. Enquanto países como a França tiveram cerca de 150 anos para se adaptar ao envelhecimento de sua população, outros países como o Brasil, China e Índia passam pelo mesmo processo em pouco mais que 20 anos, refletindo em novas demandas específicas com impacto em diversos setores, incluindo os serviços de saúde (WHO, 2018).

## A PRESENÇA DE MULTIMORBIDADES E O USO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS

As características biopsicossociais que levam a heterogeneidade observada frequentemente com envelhecimento, resultam muitas vezes em maior vulnerabilidade e acúmulo de doenças crônicas não-transmissíveis, refletindo em necessidade de novas e mais eficazes intervenções nos serviços de saúde de modo a propiciar o envelhecimento ativo (BRASIL, 2014).

A transição de um período de alta para baixa mortalidade e fertilidade tem causado impacto na prevalência de doenças e mortes, com consequências diretas na população idosa. Os epidemiologistas descrevem este momento como parte de uma importante transição epidemiológica caracterizada pelo declínio de doenças infecciosas e doenças agudas e a importância emergente de doenças crônicas e degenerativas, caracterizadas pelo desenvolvimento lento, duração por longos períodos e efeitos a longo prazo, constituindo uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil (BRASIL, 2014; WHO, 2014).

Hoje, a população idosa passa por uma falta de integração e centralização do cuidado que tem como consequência o atendimento por diversas especialidades médicas e uso de múltiplos medicamentos. Trata-se, possivelmente, da população mais medicalizada da sociedade, representando cerca de 50% dos usuários de medicamentos no Brasil, com uso de 2 a 5 medicamentos por dia, o que requer maior cuidado e assistência perante o uso racional de medicamentos (ROZENFELD, 2003; LYRA JÚNIOR, 2006).

Dentre as doenças mais frequentemente relacionadas a causas de mortalidade entre os idosos destacam-se as doenças cardiovasculares (31,8%), câncer (21,6%), acidente vascular encefálico (7,9%), diabetes (3%) e doença de Alzheimer (3,2%) (CHRIST; DIWAN, 2008). Outros autores descrevem ainda o papel da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e as pneumonias como principais causas de

morte entre os idosos (SAHYOUN et al, 2001). Tais condições estão frequentemente ligadas às escolhas de estilo de vida que incluem o tabagismo, consumo de álcool, dieta inadequada, sedentarismo, além da predisposição genética, chamando a atenção para a necessidade de ações de promoção de saúde e de manutenção da capacidade funcional, visando redução de agravos (VERAS, 2011).

A farmacoterapia desempenha um importante papel na manutenção da saúde, seja no controle de sintomas, retardo da progressão de doenças e suas complicações ou prevenção de outras. Apesar dos benefícios, devido às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas comuns ao envelhecimento, os idosos se tornam mais vulneráveis a eventos adversos relacionados a medicamentos, que tornam o processo de prescrição ainda mais crítico e desafiador, visto que a presença de multimorbidades e o número de medicamentos em uso são considerados fatores de risco independentes para reações adversas a medicamentos (RAM) (ALHAWASSI et al, 2014).

Neste sentido, o farmacêutico possui um importante papel, desempenhando ações de identificação e, quando possível, resolução de problemas relacionados a medicamentos, através da revisão das prescrições médicas e auxílio na tomada de decisão em equipes multiprofissionais, garantindo a efetividade e segurança da farmacoterapia prescrita (JAMAL et al, 2015). A realização de um diagnóstico preciso e a identificação das necessidades de cada indivíduo são primordiais para uma farmacoterapia de sucesso (ROZENFELD, 2003; NÓBREGA; KARNIKOWSKI, 2005).

# ALTERAÇÕES FARMACOCINÉTICAS E FARMACODINÂMICAS COMUNS AO ENVELHECIMENTO

## Absorção

O intestino delgado é o local onde a maioria dos fármacos são absorvidos. Algumas modificações do tecido epitelial podem ocorrer a longo dos anos e podem interferir no processo de absorção, como perda parcial dos cílios, diminuição da área absorptiva, redução do peristaltismo; o que aumenta o tempo do esvaziamento gástrico e reduz o trânsito intestinal, aumento do volume e teor de ácido clorídrico e secreção gástrica, com elevação do pH. Poucos efeitos são observados quando a mucosa permanece intacta, sendo este parâmetro farmacológico o menos afetado pelo envelhecimento (KANE et al, 2015; SILVA et al, 2015).

## Distribuição

A diminuição da proporção de água corporal apresenta como consequência o aumento da biodisponibilidade de medicamentos hidrossolúveis, redução em seu volume de distribuição, aumento da concentração sérica e dos riscos de efeito tóxico (KANE et al, 2015; SILVA et al, 2015).

Já o aumento da proporção do tecido adiposo leva ao aumento do volume de distribuição de drogas lipossolúveis, o que favorece o aumento da meia-vida ou acúmulo nos tecidos, permanecendo por mais tempo no organismo (NÓBREGA; KARNIKOWSKI 2005; KANE et al, 2015; SILVA et al, 2015).

A redução de albumina sérica pode levar à diminuição da ligação fármaco-albumina de certos medicamentos, resultando maior fração livre da droga na circulação, elevando os riscos de toxicidade (KANE et al, 2015; SILVA et al, 2015).

## Biotransformação

A diminuição do tamanho do fígado e da perfusão hepática resultam na diminuição do metabolismo dos fármacos, elevando o tempo de meia-vida, aumentando o risco de toxicidade, sobretudo nas reações de fase I (NÓBREGA; KARNIKOWSKI 2005; KANE et al, 2015)

## Excreção Renal

O rim perde gradativamente a sua capacidade funcional, interferindo na velocidade de filtração glomerular e eliminação de medicamentos, levando ao aumento da meia-vida plasmática dos fármacos e da probabilidade de causar efeitos tóxicos. Entre os idosos, a redução da massa muscular resulta em menor produção endógena de creatinina, e assim, níveis de creatinina sérica normais podem mascarar alterações da função renal, reforçando a importância do uso de ferramentas para a estimativa da taxa de filtração glomerular a fim de possibilitar o ajuste de dose de medicamentos (KANE et al, 2015; SILVA et al, 2015).

As alterações farmacocinéticas justificam a necessidade de ajustes posológicos dos fármacos no paciente idoso.

## Alterações Farmacodinâmicas Comuns ao Envelhecimento

A redução da reserva fisiológica que acompanha o envelhecimento torna os órgãos mais sensíveis a determinados medicamentos. Entre os mecanismos sugeridos para essa possível modificação na sensibilidade aos fármacos estão a modificação no número de receptores, na afinidade dos receptores, alterações nos sistemas intracelulares e modificação de mecanismos homeostáticos (FREITAS; PY, 2011; FUCHS; WANNMACHER, 2017).

Estudos demonstram que independentemente de alterações farmacocinéticas, idosos são mais sensíveis aos benzodiazepínicos e mais responsivos aos efeitos dos opioides, assim como dos anticoagulantes, como a varfarina e heparina (SILVA et al, 2015).



É importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento e que o estado de saúde, participação e níveis de independência podem resultar em diferenças significativas entre pessoas que possuem a mesma idade (WHO, 2005).

## SÍNDROMES GERIÁTRICAS

---

A capacidade funcional do idoso relaciona-se com sua independência e autonomia ainda que seja portador de doenças (MORAES, 2008).

As grandes síndromes geriátricas são caracterizadas por condições de saúde multifatoriais que ocorrem quando o efeito cumulativo de prejuízos em múltiplos sistemas torna o indivíduo vulnerável a situações desafiadoras (MORIGUCHI et al, 2016). Compreendem um conjunto de situações que passam a ocorrer com certa frequência e com maior prevalência no envelhecimento, como consequência das alterações fisiológicas relacionadas ao processo de senescência (envelhecimento considerado normal) e senilidade (o envelhecimento patológico) (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

O “7 is” da geriatria são divididos em:

- Imobilidade;
- Instabilidade postural;
- Iatrogenia;
- Insuficiência cognitiva;
- Incontinência;
- Insuficiência familiar;
- Insuficiência comunicativa.

Uma síndrome pode levar ao surgimento de outra, resultando em “efeito dominó” e piora importante da condição de saúde do idoso. Uma das causas mais

comuns da admissão de idosos em serviços de saúde, por exemplo, são as quedas associadas diretamente à instabilidade postural, muitas vezes motivadas pelas reações adversas a medicamentos (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

As síndromes geriátricas evidenciam a importância da avaliação clínica dos idosos de maneira abrangente, possibilitando reconhecer todos os seus problemas e suas inter-relações. Por isso, as avaliações devem ser multidimensionais e incluir a orientação e o acompanhamento do farmacêutico de forma direta nessas situações, visando uma melhor qualidade de assistência à saúde perante as possíveis iatrogenias no paciente idoso (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

## IATROGENIA E MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS

Define-se como iatrogenia (LEFEVRE et al, 1992; SZLEJF et al, 2008):

*“um evento ou doença não-intencional causada por uma intervenção, justificada ou não, por parte da equipe multiprofissional de saúde, que resulte em dano à saúde do paciente. A iatrogenia também pode ser decorrente da omissão direta de uma intervenção bem estabelecida esperada ou de um procedimento de monitoramento”.*

Grande parte das queixas que levam o idoso à busca do sistema de saúde, como quedas, tremores, incontinências e confusão mental, se devem a reações adversas e interações medicamentosas. Esses eventos são muitas vezes confundidos com sintomas de novas doenças, o que leva a prescrição de novos medicamentos ou busca por novos diagnósticos e aumento da cascata iatrogênica, quando o ideal seria suspender ou reduzir a dose de determinado medicamento (RAMOS; CENDOROGLO, 2011).

Atualmente existem inúmeros protocolos, escalas ou manuais, elaborados com o intuito de racionalizar o processo de prescrição de medicamentos e minimizar os riscos do uso destes por idosos. Uma revisão sistemática identificou 14 diferentes instrumentos, publicados entre 2006 e 2015, que contemplam listas de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para idosos (MPI), dentre eles, a lista de Beers, a mais conhecida e utilizada no mundo (LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2017).

Elaborada pela primeira vez em 1991 por *Mark Beers* e atualizada periodicamente pela *American Geriatrics Society*, a lista de MPI conforme Critérios de *Beers* apresenta medicamentos cujo uso deve ser evitado ou feito com cautela pela maioria dos idosos ou naqueles com doenças específicas, devido à falta de evidências quanto à eficácia e segurança; presença de alternativas terapêuticas mais seguras. Levam em conta os riscos de quedas, prejuízo cognitivo e mortalidade em relação aos benefícios do tratamento (AGS, 2019).

Recursos como a lista de medicamentos potencialmente inapropriados conforme Critérios de Beers podem ser utilizados como um guia efetivo para a desprescrição em pacientes idosos, sendo a identificação dos MPI que estejam sendo utilizados uma das estratégias visando a melhoria da prescrição. Vale ressaltar que estas listas não possuem caráter proibitivo e em certas situações o uso destes medicamentos é considerado apropriado, devendo ser avaliado individualmente (COSSETE et al, 2017; AGS, 2019).

## ADESÃO AO TRATAMENTO

---

Muitos idosos apresentam múltiplas doenças crônicas, com necessidade de tratamentos complexos e a longo prazo, a fim de evitar fragilidades e incapacidades, sendo a adesão ao tratamento um componente do cuidado de extrema importância. Estudos apontam que esta população é a que mais consome medicamentos, apesar de não compreenderem a farmacoterapia prescrita em alguns casos. A falta de adesão ao tratamento afeta a todos os grupos etários, mas entre os idosos, a prevalência de prejuízo cognitivo e funcional aumentam as chances de baixa adesão (WHO, 2003; CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2010).

A percepção ilusória de que o paciente é o único responsável pelo cumprimento do tratamento, leva muitas vezes ao desconhecimento de que outros fatores podem influenciar de maneira significativa este processo, conforme ilustrado na Figura 1. Para elucidar os fatores citamos a baixa renda, analfabetismo ou baixa escolaridade (percebidos em grande parte da nossa população atual), falta de rede de suporte social efetiva, custos dos medicamentos, cultura e crenças acerca do tratamento e da doença (WHO, 2003; CARVALHO, 2012).

**Figura 1:** Cinco dimensões da adesão.



Fonte: OMS, 2003.

As deficiências do sistema de saúde, como a baixa capacidade de educar os pacientes, distribuição ineficiente de medicamentos e consultas médicas curtas, podem levar à incompreensão das informações transmitidas ao longo do atendimento médico, dificultando a adesão às orientações. Problemas de saúde como a depressão também foram relacionadas a baixa adesão (WHO, 2003; CARVALHO, 2012).

De maneira semelhante, a complexidade do regime terapêutico, duração do tratamento, número de tomadas diárias, falhas de tratamento, prévias, ocorrência de eventos adversos, bem como mudanças frequentes na prescrição impactarão na adesão ao tratamento, chamando a atenção para a necessidade de revisão das prescrições e desprescrição sempre que possível (WHO, 2003; CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2010; CARVALHO, 2012; CHAIMOWICZ, 2013).

Somados a estes fatores, o conhecimento do paciente acerca da sua doença e tratamento, sua motivação e confiança para mudanças e suas expectativas interferem significativamente em seu comportamento para a adesão às medidas propostas (WHO, 2003).

O uso racional de medicamentos é fundamental para evitar gastos excessivos com medicamentos e evitar internações desnecessárias, de modo a desonerar o sistema público de saúde bem como assegurar boa qualidade de vida a esses indivíduos (NOBREGA; KARNIKOWSKI, 2005).

Dentre as intervenções possíveis recomendadas pela OMS, cita-se a participação do farmacêutico na resolução de fatores interferentes e no processo de melhoria da adesão. Medidas como a orientação quanto à importância e indicação de cada medicamento prescrito, efeitos colaterais possíveis, melhores horários de tomada de cada item e facilidade de acesso podem reduzir as chances de descumprimento da farmacoterapia (WHO, 2003; CHAIMOWICZ, 2013).



## AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA: UMA VISÃO ABRANGENTE DO IDOSO

A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é um processo diagnóstico interdisciplinar e multidimensional, utilizado para caracterizar as capacidades físicas, psicossociais e funcionais de um idoso, a fim de desenvolver um plano de tratamento coordenado e integrado para seguimento a longo prazo (PAIXÃO; REICHENHEIM, 2005; MASON; GAZEWOOD, 2016; CONROY; PATHAK, 2017).

A aplicação da AGA envolve membros de uma equipe multiprofissional, como o médico geriatra, fisioterapeuta, assistente social, farmacêutico, nutricionista, enfermeira e terapeuta ocupacional ou a combinação destes, trabalhando por um objetivo comum, usando ferramentas de avaliação validadas, padronizadas e confiáveis, permitindo ver o idoso como um todo. A estrutura da avaliação geriátrica ampla permite acessar domínios físicos, mentais, sociais, funcionais e ambientais, sendo o propósito e o cenário em que a avaliação ocorrem fatores determinantes do seu foco e a extensão (PAIXÃO; REICHENHEIM, 2005; PERRACINI; GAZZOLA, 2009; KANE, 2015; MASON; GAZEWOOD, 2016).

Os objetivos da Avaliação Geriátrica Ampla envolvem a melhor acurácia do diagnóstico, otimização do tratamento e dos desfechos, melhora do status funcional e redução do uso desnecessário de serviços e complicações iatrogênicas, como fragilidade e institucionalização, por exemplo, por meio da identificação de problemas além das doenças e a resolução destes, auxiliando na tomada de decisão pelo uso criterioso dessas escalas, associados ao julgamento clínico correto (PERRACINI; GAZZOLA, 2009; MASON; GAZEWOOD, 2016; CONROY; PATHAK, 2017).

Exemplos de ferramentas:

- **Avaliação cognitiva** - o comprometimento cognitivo pode ser secundário a demência, depressão, afasia, entre outros. Há diversos instrumentos de rastreio

disponíveis, os mais utilizados e validados são Miniexame de Estado Mental, *Montreal Cognitive Assessment* e o Mini-Cog (MASON; GAZEWOOD, 2016).

- **Avaliação funcional** - corresponde à avaliação do status funcional de domínios de atividade física necessários à independência na sociedade. Estes domínios incluem as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) - avaliadas pelo índice de Katz (*The index of Independence in Activities of Daily Living*), e Atividades Instrumentais de vida diária (AIVD) - estas mais complexas - avaliadas pelas escalas de Lawton e Brody (*The Physical Self-Maintenance Scale* e *Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire*), por exemplo, conforme demonstra o quadro 1 (PAIXÃO; REICHENHEIM, 2005; PERRACINI; GAZZOLA, 2009; MASON; GAZEWOOD, 2016;). A incapacidade funcional é definida como dificuldade ou necessidade de auxílio na realização destas tarefas (PERRACINI; GAZZOLA, 2009).

**Quadro 1:** Exemplos de atividades básicas e instrumentais de vida diária.

<b>ABVD</b>	<b>AIVD</b>
Banhar-se, vestir-se, comer, realizar higiene pessoal e transferir-se de um lugar ao outro.	Lidar com finanças, utilizar o telefone, preparar refeições, arrumar a casa, mover-se fora de casa, utilizar meios de transporte, entre outros.

Fonte: PAIXÃO; REICHENHEIM, 2005.

- **Avaliação do estado e risco nutricional:** o estado nutricional do idoso, principalmente idosos frágeis, pode ser comprometido por diversos fatores, tais como: efeitos colaterais de medicamentos, problemas dentários, depressão, isolamento social, entre outros. A miniavaliação nutricional é composta por quatro partes, cuja somatória final permite classificar o estado nutricional.

nal como adequado, risco de desnutrição e desnutrição propriamente dita. Outra medida envolve o Índice de Massa Corpórea (IMC), cujos cortes são diferentes da população adulta em geral, conforme destaca o quadro 2 (PERRACINI; GAZZOLA, 2009).

**Quadro 2:** Classificação de IMC no envelhecimento.

<b>IMC</b>	<b>Classificação</b>
< 22,0 kg / m <sup>2</sup>	Desnutrição
> 22,0 < 27,0 kg / m <sup>2</sup>	Eutrofismo (Normal)
> 27,0 kg / m <sup>2</sup>	Obesidade

Fonte: Lipschitz, 1994.

- **Avaliação de depressão:** a fim de rastrear de modo rápido e facilitar a avaliação de sinais de depressão em idosos, a Escala de Depressão Geriátrica contém 30 perguntas dicotômicas (sim e não) com relação ao humor e sintomas específicos. Há também outra versão disponível, composta por 15 itens, denominada Escala de Depressão Geriátrica abreviada. A pontuação indica “não deprimidos”, “indícios de depressão leve a moderada”, “indícios de depressão grave ou intensa” (PERRACINI; GAZZOLA, 2009).
- **Avaliação social:** Uma boa avaliação sobre o suporte social permite ao profissional de saúde identificar o apoio disponível para a realização de intervenções em domicílio e promoção de melhoria da capacidade funcional. Dentre os instrumentos disponíveis, destaca-se o *Mapa Mínimo de Relações do Idoso* (MMRI), adaptado e validado para a população brasileira (PERRACINI; GAZZOLA, 2009).

Frente as demandas de cuidado e a necessidade de abordagens e ações qualificadas para o atendimento ao idoso em diversas regiões do município de São Paulo, foi elaborada a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica. A aplicação deste questionário deve ser feita por profissionais da Atenção Básica qualificados e permite identificar as necessidades do paciente e classificá-lo segundo o grau de fragilidade em “saudáveis”, “pré-frágeis” e “frágeis”, permitindo a organização na rede e elaboração de Plano de Cuidados (SÃO PAULO, 2016b).

A obtenção de resultados sugestivos de comprometimento cognitivo e/ou dependência funcional na AGA sugerem a necessidade de suporte para o cumprimento da farmacoterapia, favorecendo a adesão ao tratamento. A inclusão da abordagem dos medicamentos em uso frente as comorbidades apresentadas permite realizar a revisão da farmacoterapia em curso e a identificação de reações adversas e interações medicamentosas, além da necessidade de ajuste de dose ou otimização terapêutica e suspensão de medicamentos sem indicação (LAMPELA et al, 2010). A avaliação geriátrica ampla permite ao farmacêutico auxiliar a equipe de saúde na escolha da melhor estratégia farmacoterapêutica, subsidiando os ajustes necessários, favorecendo o alcance dos resultados desejados.

## DEMÊNCIAS: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

A demência é uma doença mental caracterizada por prejuízo cognitivo que pode incluir alterações de memória, desorientação em relação ao tempo e ao espaço, raciocínio, concentração, aprendizado, realização de tarefas complexas, julgamento, linguagem e habilidades visuais-espaciais. A Associação Brasileira de Alzheimer (2019) aponta que essas alterações podem ser acompanhadas por mudanças no comportamento ou na personalidade (sintomas neuropsiquiátricos). Além disso, podem trazer sérias consequências na qualidade de vida dos idosos, conforme o estágio do processo neurodegenerativo e as características de cada demência. Trata-se de uma das mais incapacitantes doenças que afligem os idosos, com escalonamento emocional e impacto econômico importante (SRIKANTH; NAGARAJA; RATNAVALLI, 2005).

Ao contrário do que muitos pensam, as demências não estão necessariamente associadas ao envelhecimento normal. A causa mais comum de demência em idosos é a Doença de Alzheimer, afetando mais de 10 milhões de pessoas adultas mundialmente (CUMMINGS et al, 2008). Alguns autores afirmam que a demência, junto à incontinência urinária, instabilidade postural e quedas, *delirium* e depressão, constituem os “pilares” da geriatria (GORDILHO et al, 2000).

Quanto à sua classificação, as demências podem ser reversíveis ou irreversíveis, e os sinais e sintomas característicos de cada distúrbio estarão diretamente relacionados à autonomia, independência e comprometimento fisiológico dos pacientes (CARVALHO, 2000; WANINMACHER, 2005):

### **Demências reversíveis:**

- Psiquiátricas: depressão e Síndrome de Ganser;
- Tóxicas: causadas por medicamentos (sedativos, benzodiazepínicos, outros), álcool e por intoxicação (metais e solventes);

- Metabólicas: azotemia, hiponatremia, encefalopatia hepática, Síndrome de *Cushing*, hipotireoidismo, Doença de Wilson e porfiria intermitente aguda;
- Anemia;
- Desordens do Sistema Nervoso Central, como acidente vascular encefálico, traumatismo crânioencefálico; infecção pelo HIV e outras infecções como neurosífilis, meningite crônica; neoplasias, esclerose múltipla, entre outras.

### **Demências irreversíveis:**

- Doença de Alzheimer e Doença Cerebrovascular (“Demência Vascular”) são as mais comuns;
- Demências dos Corpos de Lewy;
- Doença de Parkinson;
- Doença de Pick;
- Doença de Huntington.

A farmacoterapia utilizada nas demências é ampla, com mecanismos de ação variados e com resultados significativos para o controle dos distúrbios. É imprescindível lembrar que além dos fármacos utilizados como base para o tratamento das demências, haverá outras drogas de suporte, o que torna a farmacoterapia bastante complexa. Citamos como exemplo os antidepressivos em pacientes com Alzheimer, os antipsicóticos em pacientes com Lewy ou os analgésicos em portadores de doença de Pick (TAMAI, 2002; FORLENZA; CRETAZ; DINIZ, 2008). Neste aspecto, o farmacêutico atua decisivamente para melhorar a adesão aos esquemas terapêuticos e cumprimento correto dos tratamentos. A pe-

cularidade das drogas utilizadas, reações adversas, interações medicamentosas e demais problemas relacionados aos medicamentos, bem como o processo para o uso correto posiciona o farmacêutico como profissional de saúde imprescindível na farmacoterapia desta população.

## CENTROS DE ATENDIMENTO AO IDOSO E O PAPEL DO FARMACÊUTICO EM CADA CENTRO

### Ambulatório Médico de Especialidades

Conforme Estatuto do Idoso, Lei 10.741/03, artigo 15, parágrafo II, “é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos, onde a prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios”.

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, os atendimentos ambulatoriais voltados à população idosa podem incluir mais de 23 especialidades médicas e não-médicas, com equipe multidisciplinar voltada a este público estimulando o envelhecimento ativo e saudável, na reabilitação física e cognitiva, e na redução de agravos à saúde, permitindo aos idosos viver com independência e autonomia (SÃO PAULO, 2019).

- Especialidades médicas disponíveis nos ambulatórios: Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Geriatria, Ginecologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Reumatologia e Urologia;
- Especialidades não-médicas disponíveis nos ambulatórios: Assistência Social, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutrição, Odontologia, Podologia, Psicologia, Terapia Ocupacional;
- Serviços de Apoio Diagnóstico: Análises Clínicas, Audiometria, BERA, Dioptria, Ecocardiograma, Eletrocardiograma, Endoscopia, Fundo de Olho, Holter, Laboratório de Próteses Dentárias, MAPA, Nasofibroscopia, Raio-X



Odontológico, Raio-X Simples, Teste Ergométrico, Testes Vestibulares, Ultrassonografia Simples e com Doppler.

### **Papel do Farmacêutico**

No serviço ambulatorial, o farmacêutico realiza atendimentos individualizados e nas linhas de cuidados específicos de cada serviço, por meio de atenção farmacêutica em consultório com foco nas necessidades individuais, visando o restabelecimento da saúde e o uso racional de medicamentos. Dentre as ações realizadas pelo farmacêutico na consulta, podemos destacar a reconciliação medicamentosa, a avaliação da adesão ao tratamento, acompanhamento e monitoramento de reações adversas e interações medicamentosas.

Nos ambulatórios especializados no atendimento ao idoso, além das atividades de atenção farmacêutica já mencionadas, o farmacêutico desenvolve ações de assistência farmacêutica, dentre elas ações educativas para a população relacionadas a medicamentos: acesso, uso, armazenamento e descarte. Também é membro permanente de Comissões Multiprofissionais e desempenha funções relacionadas à gestão de compras e logística dos estoques de medicamentos do ambulatório, conforme legislação vigente.

### **Centro de Referência ao Idoso (CRI)**

O CRI segue a mesma linha de cuidados que os ambulatórios, conforme descrito no Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003).

Além de pessoal especializado nas áreas de geriatria, conta com profissionais de gerontologia social, atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural, promovendo

reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde. Conta com atendimentos médicos e não-médicos, serviços de diagnósticos e centros de convivência em que são desenvolvidas oficinas por voluntários idosos com objetivo de promover atividades contemplando os pilares do Envelhecimento Ativo proposto pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005).

### **Papel do Farmacêutico**

Neste ambiente, merecem destaque as atividades do grupo do Curso de Cuidadores formado pela equipe de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, odontólogos e farmacêuticos, com palestras de orientação para o cuidado ao idoso; orientações para o uso correto e adesão ao tratamento; participação nas comissões de resíduos e controle de infecção hospitalar, além das ações de assistência farmacêutica (SÃO PAULO, 2016a).

### **Hospital-Dia Geriátrico**

Os primeiros Hospitais-Dia Geriátricos surgiram em meados de 1960 no Reino Unido, como parte de uma série de mudanças relacionadas ao cuidado do idoso frágil. Estes locais foram originalmente estruturados com o intuito de ofertar serviços relacionados à reabilitação, mas ao longo dos anos acabaram por assumir outros papéis, com foco na provisão de serviços geriátricos abrangentes por membros de equipes multidisciplinares no mesmo dia ou no dia seguinte, provendo resolução imediata de problemas de saúde e sociais, prevenindo incapacidades, de modo a facilitar uma vida independente aos idosos em comunidade (BLACK, 2005; BEYNON; PADIACH, 2009; BORGES, 2009).

Atualmente, nestes locais o paciente pode receber intervenções de educação em saúde, avaliação de domínios de saúde integradas, além de rápido acesso a exames e procedimentos (ALIBERTI et al, 2016).

## Papel do Farmacêutico

Conforme o modelo proposto por Aliberti et al (2016), frente ao atendimento de idosos com doenças crônicas descompensadas, o farmacêutico pode desempenhar ações de educação quanto ao regime terapêutico, com foco na adesão ao tratamento e resolução do agravo.

## Home Care - Atenção Domiciliar ao Idoso

A atenção domiciliar é uma modalidade de prestação de serviço em saúde que está em fase de expansão em todo Brasil, isto porque essa prática proporciona melhoria na qualidade de vida dos pacientes e otimiza a utilização de leitos hospitalares, tendo como consequência a diminuição de custos e a continuidade do tratamento. Pode-se afirmar que é um segmento em ascensão para o farmacêutico (OLMEDILHA; CAPPELARO, 2013).

A atenção domiciliar envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio, enquanto a assistência domiciliar promove atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio. Conta com profissionais técnicos para exercer a função da prestação da assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio por curto ou longo período. Muitas vezes, o domicílio precisa ser adaptado à necessidade do doente, no caso específico do idoso, algumas precauções devem ser adotadas, principalmente para diminuir riscos de quedas (OLMEDILHA; CAPPELARO, 2013).

## Papel do Farmacêutico

Em serviços de Home Care o Farmacêutico poderá ser o responsável técnico da farmácia e suas responsabilidades abrangem a gestão da cadeia da assistência farmacêutica: padronização, compra, recebimento, armazenamento, separação, dispensação ao paciente; garantindo a rastreabilidade, qualidade e eficiência em todas as etapas. Além dessas atribuições, também pode realizar a atenção farmacêutica domiciliar,

através do acompanhamento farmacoterapêutico dos doentes, a fim de prevenir possíveis erros de prescrições e problemas relacionados ao uso de medicamentos. Sua atuação pode também ser estendida para a residência dos doentes, com o intuito de orientar a família e cuidadores sobre aspectos relacionados ao armazenamento e à administração dos medicamentos, criando ferramentas que os auxiliem no dia a dia, promovendo o uso racional de medicamentos (OLMEDILHA; CAPPELARO, 2013).

Na equipe multidisciplinar, o farmacêutico pode elaborar protocolos para padronizar algumas tarefas da assistência domiciliar e, assim, otimizar e diminuir chances de erros nos atendimentos. Exemplos: protocolo de diluição dos medicamentos, administração de medicamentos e dietas via sonda nasoenteral, gerenciamento de resíduos, prevenção e controle de infecções e eventos adversos. Importante salientar que, além da competência técnica para atuação nesse tipo de serviço, é fundamental a atualização constante por meio de treinamentos e programas de educação continuada (OLMEDILHA; CAPPELARO, 2013).

Ainda conforme descrito na RDC nº 11/2016, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar (SAD):

*“o SAD que mantiver em estoque medicamentos sujeitos ao controle especial deve contar com farmacêutico habilitado, conforme Portaria SVS/MS nº 344 de 1998” e caso o SAD esteja inserido em um serviço de saúde, pode contar com o apoio do profissional da farmácia do mesmo.”*

## Instituições de Longa Permanência para Idosos

O envelhecimento da população, somado aos novos arranjos familiares, fatores socioeconômicos e a necessidade de moradias adaptadas às necessidades dos idosos, tem contribuído para o aumento do número de residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (AGUIAR et al, 2008).

Segundo definição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, publicada na Resolução da Diretoria Colegiada nº 283/2005, as ILPI, são:

*“instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania”.*

### **Papel do Farmacêutico**

Em ILPI, os farmacêuticos podem desempenhar diversas atribuições, responsabilizando-se pela revisão periódica de prescrições levando em conta a necessidade de ajustes técnicos relativos aos medicamentos, sugestões de alterações posológicas, realização de atividades educacionais junto à equipe multiprofissional acerca do uso de medicamentos e provisão de informações, participação na elaboração de protocolos, entre outras, que podem resultar na diminuição do número de medicamentos prescritos e ocorrência de desfechos desfavoráveis, como quedas e hospitalizações (VERRUE et al, 2009; ZERMANSKY et al, 2006).

Adicionalmente, no aspecto logístico, a adoção de estruturas para o armazenamento e controle adequados dos medicamentos, bem como a adoção de rotinas e padronização de processos, apresentam impacto direto na qualidade dos serviços farmacêuticos prestados, propiciando melhores condições de armazenamento dos medicamentos utilizados na instituição, garantindo a integridade dos mesmos, contribuindo para os efeitos terapêuticos desejados e redução de eventos adversos (SILVA et al, 2015).

Estudos complementares têm demonstrado o impacto positivo das práticas farmacêuticas em ILPI, entretanto, sob o aspecto legal, estas ações carecem de políticas que regulamentem essas práticas no Brasil.

## VOCÊ SABIA?

---

Os ambientes de atendimento ao idoso devem contar não somente com a presença dos membros de uma equipe multiprofissional e profissionais treinados, mas também com requisitos de acessibilidade e segurança visando o atendimento humanizado e a redução de riscos em casos de redução de mobilidade. São eles: rampas de acesso, corrimãos, cadeiras com encosto e apoio para os braços, cadeiras de rodas disponíveis, além de espaço amplo de circulação e estratégias para mitigação de riscos para queda nos recintos de atendimento.

Informações adicionais e detalhadas podem ser obtidas na ABNT NBR 9050:2015 - acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.

## CUIDADOS PALIATIVOS

---

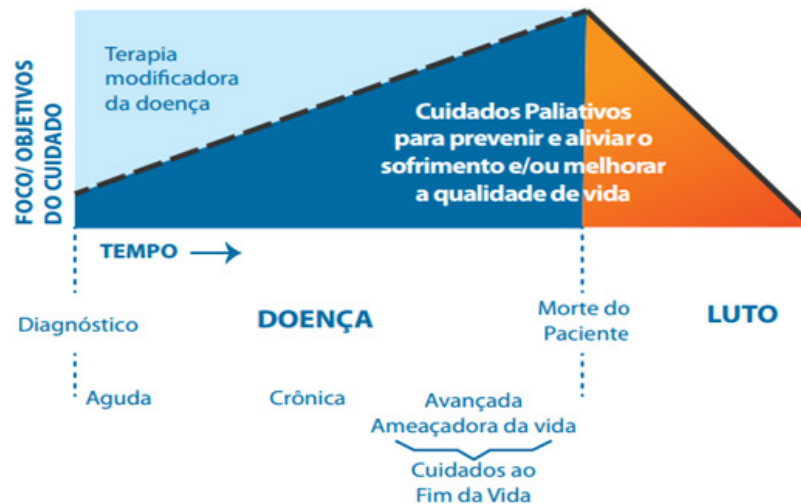
A Organização Mundial da Saúde define cuidado paliativo como (OMS, 2002 apud ANCP, 2012):

*“uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.*

Não dizem respeito primordialmente a cuidados institucionais, mas constituem-se fundamentalmente de uma filosofia de cuidados que pode ser utilizada em diferentes contextos e instituições, através de uma abordagem interdisciplinar (PESSINI; BERTACHINI, 2005).

As diretrizes de cuidados paliativos compreendem a existência de uma transição gradual durante o processo de doença, com necessidade de equilíbrio entre as tentativas legítimas de prolongar a vida (quando se têm chances reais de recuperação) e a gestão paliativa dos sintomas, com aceitação de um processo que não tem mais cura, reforçando o conceito de que os cuidados curativos e paliativos devem coexistir desde o diagnóstico, conforme demonstra a Figura 2 (PESSINI; BERTACHINI, 2005). Esses cuidados se aplicam a todos os pacientes com doença ameaçadora da continuidade da vida independente do diagnóstico, prognóstico ou idade (SBGG, 2015).

**Figura 2:** O papel dos cuidados paliativos durante a doença e o luto.



Fonte: SBGG, 2015.

Dentre os princípios dos cuidados paliativos, destacam-se a *promoção do alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis* por meio de medidas farmacológicas, não farmacológicas e abordagem de aspectos psicossociais e espirituais; destacando a *afirmação da vida, considerando a morte como um processo natural desta*, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida e *oferecendo um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte*, respeitando suas necessidades e desejos de modo a melhorar o curso de sua doença e prolongar sua sobrevida (ANCP, 2012).

Os cuidados paliativos requerem a colaboração de diversos profissionais, que incluem frequentemente médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas e capelães. De acordo com a *American Society of Health-System Pharmacists (ASHP)*, a avaliação da adequação das prescrições, orientação e apoio a ou-



tros membros da equipe, educação do paciente e seus familiares, manejo e prevenção de reações adversas a medicamentos e interações medicamentosas constituem algumas das principais atribuições do farmacêutico dentro da equipe interdisciplinar (HERNDON et al, 2016; PRUSKOWSKI; ARNOLD; SKLEDAR, 2017).

Neste cenário, principalmente, a adoção de planos terapêuticos deve levar em conta os objetivos, desejos e necessidades individuais a cada paciente. A adoção de vias de administração alternativas é vital para o cuidado efetivo do paciente em cuidado paliativo e são propiciadas frequentemente pelas preparações magistrais, que possibilitam ajustes de sabor e de formas farmacêuticas adequadas a cada caso. Na presença de dificuldades na punção de acesso venoso e impossibilidade de administração de medicamentos por via oral, a hipodermóclise se apresenta como uma opção. A utilização de alternativas terapêuticas adequadas ao cuidado melhora a adesão ao tratamento, reduzindo custos e uso de medicamentos desnecessários (BARBEE et al, 2016).

A descontinuação ou redução de medicamentos prescritos também deve ser encorajada. O uso excessivo de medicamentos (polifarmácia) pode levar ao surgimento de eventos adversos, sendo a conciliação medicamentosa e a educação do paciente medidas essenciais para evitá-los. Estudos demonstram que descontinuar o uso de certos medicamentos em idosos ou indivíduos em cuidados paliativos não piora os desfechos, mas reduz os riscos de eventos adversos e os custos associados. Nesta fase, os tratamentos devem ter como prioridade o conforto e promoção da qualidade de vida, e devem ser reavaliados continuamente (BARBEE et al, 2016).

Em resumo, a abordagem cuidadosa do paciente e suas queixas em conjunto com a equipe interdisciplinar, propicia a prescrição de itens essenciais ao cuidado e a provisão de medicamentos indispensáveis ao seu tratamento. Neste mesmo sentido, a educação da equipe por meio do fornecimento de informações, ajuda a desmistificar o uso de determinados medicamentos, propiciando o uso adequado destes, reduzindo o desconforto e melhorando a qualidade de vida.

## A LEGISLAÇÃO EM PROL DO IDOSO

O desenvolvimento pleno de uma nação está inquestionavelmente relacionado à sua capacidade de adotar políticas públicas voltadas aos idosos. A proteção dos direitos dos idosos, ainda que por força de Lei, representa o ponto fundamental para proporcionar dignidade e qualidade de vida àqueles que tanto contribuíram para o desenvolvimento de seu país.

Conforme vimos nesta cartilha, o Brasil vivencia o rápido envelhecimento de sua população, reforçando a necessidade de maior agilidade e eficiência na implantação destas políticas, sejam elas sociais, no campo da saúde, entre outras.

A Constituição Brasileira, além de outros instrumentos legais, prevê muitos destes benefícios, os quais foram consolidados no Estatuto do Idoso, aprovado em 2003 pela Lei 10.741, que naquele momento já alertava a sociedade civil, o Estado, os idosos e seus familiares, quanto à necessidade de proteger e valorizar a pessoa idosa.

Em se tratando de garantias fundamentais dos idosos, o Estatuto do Idoso, em seu artigo 4º, parágrafo 1º, legisla sobre negligência, discriminação, crueldade e opressão, dentre outras questões relacionadas, conforme disposto a seguir:

*Art. 4º Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.*

*§ 1º É dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso.*

Neste sentido, o Estatuto estabelece como direitos fundamentais:

- Direito à vida;

- Direito à liberdade, ao respeito e à dignidade;
- Direito aos alimentos;
- Direito à saúde;
- Direito da educação, cultura, esporte e lazer;
- Direito da profissionalização e do trabalho;
- Direito da previdência social;
- Direito da assistência social;
- Direito da habitação;
- Direito do transporte.

Todas as políticas de atendimento ao idoso serão executadas por meio de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais da União, do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios.

O parágrafo 2º, do artigo 5º, do capítulo IV do Estatuto do Idoso favorece o cumprimento da farmacoterapia prescrita:

*§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.*

A garantia de dignidade ao idoso no Brasil é de responsabilidade de vários entes: família, comunidade, sociedade, o Estado e o próprio idoso.

Dentre as outras leis que garantem os direitos dos idosos, destacam-se:

- Constituição Federal (garante os direitos fundamentais do idoso no artigo 230, § 1º e § 2º);
- Lei Orgânica da Assistência Social – Lei nº 8.742/1993;
- Política Nacional do Idoso – Lei nº 8.842/1994;
- Lei Federal do Atendimento Prioritário – Lei nº 10.048/2000, regulamentada pelo Decreto Federal nº 5.296/2004;
- Lei Federal da Acessibilidade – Lei nº 10.098/2000, regulamentada pelo Decreto Federal nº 5.296/2004;
- Lei Municipal do Atendimento Prioritário – Lei nº 10.189/2014;
- Lei Brasileira de Inclusão – Lei nº 13.146/2015.

O conhecimento de tais legislações é essencial para a garantia dos direitos e deveres no cuidado desta população.

## PERFIL DO FARMACÊUTICO NO CUIDADO AO IDOSO

O farmacêutico que busca atuar no cuidado ao idoso deve reunir algumas características fundamentais, muitas delas até incomuns se comparadas a funções inerentes à sua profissão. Destacamos a empatia, proatividade, dinamismo, habilidades em comunicação e de gerenciamento de situações complexas, além de facilidade de interação com membros da equipe multiprofissional.

As atividades do farmacêutico devem ser pautadas em princípios morais e éticos, respeitando-se as diversidades sociais, econômicas, de gênero, sexo, idade, visando sempre a proteção, promoção e recuperação da saúde.

Dentre as competências essenciais ao farmacêutico para o cuidado ao idoso estão os conhecimentos em farmacologia clínica e farmacoterapia aplicadas a esta faixa etária, bem como conhecer com profundidade os parâmetros farmacocinéticos e suas prováveis alterações durante o envelhecimento. A interpretação de exames laboratoriais e aspectos fisiopatológicos; além do conhecimento das políticas públicas relacionadas ao idoso e escalas para avaliação geriátrica ampla facilitarão o acompanhamento destes pacientes.

## ATIVIDADES DO FARMACÊUTICO NO CUIDADO AO IDOSO

A presença de multimorbidades que tem como consequência o uso de polifarmácia favorece a ocorrência de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM), como os erros de administração, discrepâncias e duplicidades na terapia, baixa efetividade dos tratamentos, ocorrência de eventos adversos e dificuldades para a adesão aos tratamentos. Somados a isso, a redução da capacidade de reserva comum ao envelhecimento resulta em maior vulnerabilidade no uso de tais medicamentos e riscos de eventos adversos, justificando a necessidade de acompanhamento farmacêutico aos idosos nos diferentes níveis de complexidade (LUCCHETTI et al, 2018).

O farmacêutico auxilia no manejo dos PRM a partir da atenção especial para a identificação de medicamentos potencialmente inapropriados, interações medicamentosas, uso de doses subterapêuticas ou sobredosagem, reações adversas a medicamentos, uso inadequado, automedicação e administração incorreta das doses, verificados por meio da anamnese e da avaliação dos medicamentos em uso. Neste contexto, é função do farmacêutico fornecer informações sobre as doenças e os medicamentos prescritos, bem como alertar o prescritor quanto aos PRM identificados, visando a melhoria na adesão do paciente ao tratamento e redução dos riscos associados com monitoramento ao longo do seguimento farmacoterapêutico (QUINALHA; CORRER, 2019). Todas essas informações devem ser registradas em prontuário e contribuirão para a elaboração do plano terapêutico.

A participação do farmacêutico na discussão dos casos clínicos de forma integrada com os demais membros da equipe de saúde, traz como consequência maior adesão e melhor resolatividade dos tratamentos, redução de morbidades relacionadas a reações adversas e interações medicamentosas, além de impacto farmacoeconômico positivo na farmacoterapia adotada.

Em resumo, a heterogeneidade e complexidade dos tratamentos comumente identificadas entre os idosos, justificam a necessidade do farmacêutico clínico na

atenção a essa população por reunir competências e habilidades inerentes à sua atuação profissional, consideradas fundamentais para o acompanhamento dos medicamentos em uso, identificação de eventos adversos evitáveis, bem como de fatores que podem interferir na adesão ao tratamento e cumprimento correto das farmacoterapias, resultando na interação com o paciente e a equipe multiprofissional, a fim de favorecer o uso racional dos medicamentos, buscando como resultado a melhor qualidade de vida dos idosos.

## O GRUPO TÉCNICO DE TRABALHO

O Grupo Técnico de Trabalho de Cuidado Farmacêutico ao Idoso do CRF-SP foi criado em 2016, com o principal objetivo de auxiliar a Diretoria nos assuntos relativos à área da saúde ao idoso e também promover maior integração entre os colegas que atuam no setor.

Reúne-se periodicamente para desenvolver discussões sobre o papel do farmacêutico na atenção ao idoso, bem como promover ações que visem prepará-lo para as atividades clínico-assistenciais. Também para conscientizar e despertar o farmacêutico quanto às alterações relacionadas a senilidade e senescência. E destacar a importância do cuidado farmacêutico humanizado, estimulando o uso racional de medicamentos e adesão ao tratamento. Vale ressaltar ainda a discussão e a proposição de novas normas, bem como mudanças nas legislações vigentes que contribuam na melhoria dos serviços prestados.

A participação nas reuniões do Grupo Técnico de Cuidado Farmacêutico ao Idoso do CRF-SP é voluntária e aberta aos farmacêuticos inscritos no CRF-SP. Para mais informações acesse a página do Grupo Técnico de Trabalho no portal do CRF-SP: <http://www.crfsp.org.br/>.

### Objetivos

De acordo com a Deliberação CRF-SP nº 02/2020, que aprova o regulamento dos Grupos Técnicos de Trabalho do CRF-SP, os objetivos do Grupo Técnico de Trabalho de Cuidado Farmacêutico ao Idoso são:

- Assessorar o CRF-SP;
- Realizar estudos e emitir pareceres;



- Propor e revisar normas;
- Propor atividades e eventos técnicos e científicos;
- Propor temas de matérias a serem veiculadas na Revista do Farmacêutico e no portal do CRF-SP;
- Desenvolver e propor materiais e publicações técnicas;
- Desenvolver ações educativas para a Sociedade sobre o uso racional de medicamentos;
- Desenvolver ações para demonstrar à sociedade a importância e âmbito de atuação da profissão farmacêutica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABNT. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. Norma Brasileira ABNT NBR 9050:2015. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 2015.

ABRAZ. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER. **Demência**. 2019. Disponível em: <<http://abraz.org.br/web/sobre-alzheimer/demencia/>>. Acesso em: 30 out. 2019.

AGS, AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Nova York, v. 67, n. 4, p. 674-694, abr. 2019.

AGUIAR, P.M. et al. Avaliação da farmacoterapia de Idosos Residentes em Instituições Asilares no Nordeste do Brasil. **Latin American Journal of Pharmacy**, Sergipe, v. 27, n. 3, p. 454-59, 2008. Disponível em: <[http://www.latamjpharm.org/trabajos/27/3/LAJOP\\_27\\_3\\_3\\_3\\_Z8FICZMB32.pdf](http://www.latamjpharm.org/trabajos/27/3/LAJOP_27_3_3_3_Z8FICZMB32.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2019.

ALHAWASSI, T.M. et al. **A systematic review of the prevalence and risk factors for adverse drug reactions in the elderly in the acute care setting**. Australia: Dovepress, v. 3, n. 9, p.2079–2086, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4257024/pdf/cia-9-2079.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2019.

ALIBERTI, M.J. et al. The Geriatric Day Hospital: Preliminary Data on an Innovative Model of Care in Brazil for Older Adults at Risk of Hospitalization. **Journal of the American Geriatrics Society**, São Paulo, v. 64, n. 10, p. 2149-2153, out. 2016.

ANCP. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2ª edição. 2012. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2019.

BARBEE, J. et al. Palliative Care: The role of the pharmacist. **Pharmacy times**, mai. 2016. Disponível em: <<https://www.pharmacytimes.com/publications/health-system-edition/2016/november2016/palliative-care-the-pharmacists-role>>. Acesso em: 31 out. 2019.

BEYNON, J.H.; PADIACHY, D. The past and future of geriatric day hospitals. **Reviews in Clinical Gerontology**, Reino Unido, v. 19, n. 1, p. 45–51, fev. 2009.

BLACK, D.A. The geriatric day hospital. **Age and Ageing**, Reino Unido, v. 34, n. 5, p. 427–429, set. 2005.

BORGES, M.C.M. Cuidados diurnos em gerontologia: Hospital- Dia e Centro- Dia. In: PERRACINI, M.R.; FLO, C.M. **Funcionalidade e Envelhecimento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2009. p. 513-523.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada nº 283, de 26 de setembro de 2005. Aprovar o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial, na forma do Anexo desta Resolução. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 de set. 2005. Seção 1, p. 58-9. Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC\\_283\\_2005\\_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df)>. Acesso em: 30 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 de jan. 2006, Seção 1, p. 78. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011\\_26\\_01\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html)>. Acesso em: 30 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral. In: XXX Congresso Nacional

de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_cuidado\\_pessoa\\_idosa\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf)>. Acesso em: 29 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Subchefia para assuntos jurídicos da Casa Civil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Seção 1, p. 77. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18842.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm)>. Acesso em: 29 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Subchefia para assuntos jurídicos da Casa Civil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 03 set. 2003, Seção 1, p. 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm)>. Acesso em: 30 out. 2019.

CARVALHO, A.M. **Demência como fator de risco para queda seguida de fratura grave em idosos**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2000. 82 p. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5017>>. Acesso em: 30 out. 2019.

CARVALHO, M.F.C. et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 817-27, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n4/13.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2019.

CHAIMOWICZ; F. **Saúde do Idoso**. 2 ed. Minas Gerais: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3836.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2019.

CHRIST, G.; DIWAN, S. Chronic Illness and Aging: Section I. The Demographics of Aging & Chronic Diseases. **Council on Social Work Education (CSWE)**, 2008. Disponível em <<https://www.cswe.org/getattachment/Centers-Initiatives/Gero-Ed-Center/Initiatives/Past-Programs/MAC-Project/Resource-Reviews/Health/CI-Sec I-Demographics.pdf.aspx>>. Acesso em: 29 out. 2019.

CINTRA, F.A.; GUARIENTO, M.E.; MIYASAKI, L.A. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Campinas, v. 15, supl. 3, p. 3507-3515, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a25.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2019.

CONROY, S.; PATHAK, O. Comprehensive geriatric assessment. In: SPRIGINGS, D.; CHAMBERS, J.B. **Acute Medicine: A Practical Guide to the Management of Medical Emergencies**. 5. ed. Reino Unido: Wiley Blackwell, 2017.

COSSETE, B. et al. Reduction in targeted potentially inappropriate medication use in elderly inpatients: a pragmatic randomized controlled trial. **European Journal of Clinical Pharmacology**, Canadá, v. 73, n. 10, p. 1237-1245, out. 2017.

CUMMINGS, J.L. et al. Behavioral effects of current Alzheimer's disease treatments: A descriptive review. **Alzheimer's & Dementia**, Califórnia, v. 4, n. 1, p. 49-60, jan. 2008.

FORLENZA, O. V.; CRETAZ, E.; DINIZ, B. S. O. O uso de antipsicóticos em pacientes com diagnóstico de demência. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 265-270, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n3/a14v30n3.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2019.

FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 1750 p.

FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L. **Farmacologia clínica e terapêutica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no Terceiro Milênio pelo setor na Atenção ao Idoso**. Rio de Janeiro: UnATI, 2000. Disponível em: <[http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/textos\\_Unati/unati1.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/textos_Unati/unati1.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2019.

HERNDON, C.M. et al. ASHP Guidelines on the Pharmacist's role in Palliative and Hospice Care. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 73, n. 17, p.1351-67, set. 2016.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. Outubro, 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>. Acesso em: 29 out. 2019.

\_\_\_\_\_. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004/2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. p. 108. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2019.

\_\_\_\_\_. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060**. Agosto, 2013. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?edicao=9116&t=resultados>>. Acesso em: 27 jan. 2019.

JAMAL, I. et al. Pharmacist's interventions in reducing the incidences of drug related problems in any practice settings. **International Current Pharmaceutical Journal**, Paquistão, v. 4, n. 2, p. 347-52, 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/natalial/Downloads/21483-Article%20Text-77001-1-10-20150107.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2019.

KANE, R. L. et al. **Fundamentos de geriatria clínica**. 7ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.

LAMPELA, P. et al. Effects of Medication Assessment as Part of a Comprehensive

Geriatric Assessment on Drug Use over a 1-Year Period A Population-Based Intervention Study. **Drugs & Aging**, Finlândia, v. 27, n. 6, p. 507-521, jul. 2010.

LEFEVRE, F. et al. Iatrogenic complications in high-risk, elderly patients. **Arch Intern Med.**, Chicago, v. 152, n. 10, p. 2074-80, out. 1992.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, Philadelphia, Saunders, v. 21, n. 1, p. 55-67, mar. 1994.

LUCCHETTI, et. al. Polifarmácia e adequação no uso de medicamentos. In: FREITAS, E.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. Inappropriate prescribing in older persons: A systematic review of medications available in different criteria. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Minas Gerais, v. 68, p. 55-61, jan./fev. 2017.

LYRA JÚNIOR; D. P. L. et al. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 435-41, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a19.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2019.

MASON, R.; GAZEWOOD, J.D. Comprehensive Geriatric Assessment. In: BUSBY-WHITEHEAD, J. et al. **Reichel's Care of the elderly: clinical aspects of aging**. 7. ed. Reino Unido: Cambridge Medicine, 2016. p. 28-45.

MORAES, E.N. et al. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**, Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 700 p.

MORAES, E. N.; MARINO, M.C.A.; SANTOS, R.R. Principais síndromes geriátricas. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/383>>. Acesso em: 31 out. 2019.

MORIGUCHI, Y. et al. **Entendendo as Síndromes geriátricas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016. 187p.

NOBREGA, O. T.; KARNIKOWSKI, M. G. O. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. **Ciência e saúde Coletiva**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 309-313, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a08v10n2>>. Acesso em: 29 out. 2019.

OLMEDILHA, R.S.; CAPPELARO. A.M.S. O papel do farmacêutico na atenção domiciliar. **Revista Pesquisa Inovação Farmacêutica**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 31-37, 2013.

PAIXÃO J.R., C.M.; REICHENHEIM, M.E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 7-19, jan./fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/02.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2019.

PERRACINI, M.R.; GAZZOLA, J.M. Avaliação Multidimensional do Idoso. In: PERRACINI, M.R.; FLO, C.M. **Funcionalidade e Envelhecimento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 26- 53.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O Mundo Da Saúde**, São Paulo, v. 29, n. 4, 2005. Disponível em: <[http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/32/03\\_Novas%20pers.ectivas%20cuida.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/32/03_Novas%20pers.ectivas%20cuida.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2019.

PRUSKOWSKI, J.; ARNOLD, R.; SKLEDAR, S.J. Development of a health-system palliative care clinical pharmacist. **American Journal of Heath-System Pharmacy**, Pensilvânia, v. 74, n. 1, jan. 2017.

QUINALHA, J.V.; CORRER, J.C. Instrumentos para avaliação da farmacoterapia do idoso: uma revisão. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de



Janeiro, v. 13, n. 3, p. 487-499, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v13n3/a14v13n3.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2019.

RAMOS, L.R.; CENDOROGLO, M.S. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM: Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2011

ROZENFELD; S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 717-724, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15875.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2019.

SAHYOUN; N. R. et al. Trends in Causes of Death among the elderly. **Center For Disease Control And Prevention**, mar. 2001. Disponível em <[https://starlightcaregivers.com/assets/downloads/CDC\\_aging-trends-death.pdf](https://starlightcaregivers.com/assets/downloads/CDC_aging-trends-death.pdf)>. Acesso em: 29 out. 2019.

SÃO PAULO. Centro de Referência do Idoso da Zona Norte. OSS Associação Congregação de Santa Catarina. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. **Centro de Referência do Idoso da Zona Norte – Cri Norte**. São Paulo, 2019. Disponível em: <<http://www.crinorte.org.br/quem-somos>>. Acesso em: 30 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. **Alckmin inaugura ambulatório médico exclusivo para idosos na zona Sul**. São Paulo, 2016a. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/noticias/2016/julho/alckmin-inaugura-ambulatorio-medico-exclusivo-para-idosos-na-zona-sul>>. Acesso em: 30 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Coordenação da Atenção Básica; Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. **Documento norteador unidade de referência à saúde do idoso URSI**. São Paulo, 2016b. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DOCUMENTONORTEADORURSI21122016.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2019.

SBGG. SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Vamos falar de cuidados paliativos**. 2015. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/05/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2019.

SILVA, D.T. et al. Implantação estrutural de serviços farmacêuticos em instituições de longa permanência para idosos: estudo piloto. **Geriatrics Gerontology and Aging**, Sergipe, v. 9, n. 3, p. 93-9, 2015. Disponível em: <<http://www.ggaging.com/details/50/pt-BR/implantacao-estrutural-de-servicos-farmaceuticos-em-instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos--estudo-piloto>>. Acesso em: 30 out. 2019.

SILVA, P.A. et al. Aspectos Relevantes da Farmacoterapia do Idoso e os Fármacos Inadequados. **InterScientia**, João Pessoa, v.3, n.1, p.31-47, jan./jun. 2015.

SRIKANTH, S.; NAGARAJA, A.V.; RATNAVALLI, E. A prospective study of reversible dementias: Frequency, causes, clinical profile and results of treatment. **Neurology India**, Singapura, v. 53, n.3, p. 291-294, 2005.

SZLEJF, C. et al. Fatores relacionados com a ocorrência de iatrogenia em idosos internados em enfermaria geriátrica: estudo prospectivo. **Einstein**, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 337-42, 2008. Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/966-v6n3aAO966portp337-42.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2019.

TAMAI, S. Tratamento dos transtornos do comportamento de pacientes com demência. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 15-21, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s1/8852.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2019.

VERAS; R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 779-786, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgb/v14n4/a17v14n4.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2019.

VERRUE, C.R.L. et al. Pharmacists' Interventions for Optimization of Medication Use in Nursing Homes: A Systematic Review. **Drugs Aging**, v. 26, n. 1, p. 37-49, 2009.

WANNMACHER, L. **Demência: evidências contemporâneas sobre a eficácia dos tratamentos**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, v. 2, n. 4, p. 16-20, 2005. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=472-demencia-evidencias-contemporaneassobre-a-eficacia-dos-tratamentos-v-2-n-4-2005-2&category\\_slug=uso-racional-medicamentos-685&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=472-demencia-evidencias-contemporaneassobre-a-eficacia-dos-tratamentos-v-2-n-4-2005-2&category_slug=uso-racional-medicamentos-685&Itemid=965)>. Acesso em: 30 out. 2019.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies - Evidence for action**. Janeiro, 2003. Disponível em: <[https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_introduction.pdf?ua=1](https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf?ua=1)>. Acesso em: 30 out. 2019.

\_\_\_\_\_. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ageing and Health: Key facts**. Fev. 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>>. Acesso em: 29 out. 2019.

\_\_\_\_\_. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2019.

\_\_\_\_\_. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health and Aging**. Maio, 2014. Disponível em <[https://www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf](https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf)>. Acesso em 29 out. 2019.

ZERMANSKY, A.G. et al. Clinical medication review by a pharmacist of elderly people living in care homes-randomised controlled trial. **Age and Ageing**, v. 35, n. 6, p. 586-591, 2006.

## TELEFONES

[www.crfsp.org.br](http://www.crfsp.org.br)

### SEDE

Rua Capote Valente, 487 – Jd. América  
São Paulo – SP  
CEP 05409-001  
Tel.: (11) 3067.1450

### SECCIONAIS

**Araçatuba:** Tel.: (18) 3624.8143

**Araraquara:** Tel.: (16) 3336.2735

**Bauru:** Tel.: (14) 3224.1884

**Bragança Paulista:** Tel.: (11) 4032.8617

**Campinas:** Tel.: (19) 3251.8541 / (19)  
3252.4490

**Fernandópolis:** Tel.: (17) 3462.5856

**Franca:** Tel.: (16) 3721.7989

**Guarulhos:** Tel.: (11) 2468.1501

**Jundiaí:** Tel.: (11) 4586.6065

**Marília:** Tel.: (14) 3422.4398

**Mogi das Cruzes:** Tel.: (11) 4726.5484

**Osasco:** Tel.: (11) 3682.2850 / (11) 3685.9063

**Piracicaba:** Tel.: (19) 3434.9591 / (19) 3434.9591

**Presidente Prudente:** Tel.: (18) 3223.5893

**Ribeirão Preto:** Tel.: (16) 3911.9016 / (16)  
3911.5054

**Santo André:** Tel.: (11) 4437.1991 / (11)  
4990.7449

**Santos:** Tel.: (13) 3233.5566

**São João da Boa Vista:** Tel.: (19) 3631.0441

**São José do Rio Preto:** Tel.: (17) 3234.4043 /  
(17) 3234.4971

**São José dos Campos:** Tel.: (12) 3921.4644 /  
(12) 3942.2792

**Sorocaba:** Tel.: (15) 3233.8130 / (15)  
3233.3022

### SECCIONAIS NA CAPITAL

**Zona Leste:** Tel.: (11) 2361.9152

**Zona Sul:** Tel.: (11) 5181.2770





**CRF SP**  
CONSELHO REGIONAL  
DE FARMÁCIA  
DO ESTADO DE SÃO PAULO

## **Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo**

Sede: Rua Capote Valente, 487 - Jardim América - São Paulo-SP - CEP 05409-001  
Fone 11 3067.1450 – [www.crfsp.org.br](http://www.crfsp.org.br)