

Atenção farmacêutica ao idoso: fundamentos e propostas

Pharmaceutical care of the elderly: basis and proposals

André Luis Lima de Meneses¹, Maria Lúcia Barreto Sá²

RESUMO

A Atenção Farmacêutica (AtenFar) foi reconhecida no Brasil como uma estratégia de atuação social e multidisciplinar do farmacêutico junto ao paciente e à sociedade. Sua prática deve estar orientada para educação em saúde, orientação farmacêutica, dispensa de medicamentos, atendimento, acompanhamento farmacêutico, registro sistemático de atividades e avaliação dos resultados, visando a terapias eficientes e seguras. O estudo tem como proposta apresentar estratégias facilitadoras para implantar o serviço de AtenFar, em farmácia comunitária, capaz de realizar cuidados e ações educativas, tanto em nível individual quanto coletivo, aos idosos usuários de medicamentos. O serviço engloba ações que visam a uma melhor qualidade de vida dos idosos referente a medicamentos e saúde como: utilização do método Dáder de seguimento farmacoterapêutico (SFT); orientações farmacêuticas impressas sobre medicamentos e riscos à saúde; serviços de informação ao paciente idoso; atividade para promoção do uso racional de medicamentos (URM); *workshops* voltados para as necessidades farmacoterapêuticas de idosos. Nesse contexto, pensamos que é possível oferecer atendimento diferenciado ao idoso com a implantação da AtenFar e demais serviços em farmácias comunitárias, tendo como adicional atividades de promoção à saúde, possibilitando a ele compreender a dinâmica do uso adequado de medicamento, como também promover a saúde dessa população usuária.

Palavras-chave: Idoso, farmácia comunitária, atenção farmacêutica.

ABSTRACT

The Pharmaceutical Care (AtenFar) was recognized in Brazil as a strategy of social and multidisciplinary engagement of the pharmacist in terms of the patient and the society. The practice of such activities as education in health, pharmacological drive, distribution of medicines, systematic registry with evaluation of the results, this occurred in order to achieve good and safe therapies. The survey has the objective of recognizing individual and social comparative education parameters in terms of community pharmacies. The study envisions education for the elderly in terms of lifestyle and treatment of various diseases. For this purpose, the utilization of Dáder method of pharmacological and therapy driven follow-up (SFT), so that a written document meant to instruct the community is distributed about therapy and dangers of medications, service of study of medications for the elderly and their effects, activity for the rational use of medications (URM), workshops for the need of pharmacological and therapy approaches for the elderly. In this way one can conceive that it is possible to give special attention to older people in the community pharmacy, so that the elderly few more integrated into their community as well as educated in terms of medicines for all.

Keywords: Elderly, community pharmacy, pharmaceutical care.

Recebido em 18/6/10

Aceito em 15/10/10

¹Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e Pós-Graduação em Saúde do Idoso da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

²Pós-Graduação em Saúde do Idoso da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

INTRODUÇÃO

A proporção de idosos na população brasileira vem crescendo rapidamente desde o início da década de 1960, quando a queda das taxas de fecundidade e o aumento da expectativa de vida começaram a alterar sua estrutura, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional e alargando seu ápice, o que ocasiona redefinição nas responsabilidades familiares e nas demandas por políticas públicas, alterando até mesmo as relações de gênero no seio familiar^{1,2}.

Estima-se que, em 2025, a população brasileira terá um aumento de cinco vezes em relação à de 1950, ao passo que o número de pessoas com idade superior a 60 anos terá aumentado aproximadamente 15 vezes. Como consequência, o Brasil assumirá a sexta posição entre os países mais envelhecidos do mundo³. Em geral, com o aumento da idade cronológica, ocorre uma maior prevalência de condições crônicas de saúde, o que predispõe os idosos a um maior consumo de medicamentos. Vale ressaltar que esse grupo etário apresenta peculiaridades em relação à utilização da farmacoterapia, se comparado ao restante da população⁴. Somada a essas peculiaridades, muitas vezes se observa falta de qualidade da terapia medicamentosa, com a presença de polifarmácia, do uso de medicamentos inadequados e da duplicidade terapêutica, o que contribui para um maior risco de reações adversas e interações medicamentosas⁵.

Estudos têm mostrado que a intervenção farmacêutica por meio de ações educativas e orientações sobre o regime terapêutico traz benefícios à saúde do paciente e ao processo de promoção da saúde. Essa orientação pode ser destinada ao paciente idoso, ao seu acompanhante, familiar, cuidador e, ainda, ao médico prescritor e demais profissionais de saúde envolvidos diretamente na assistência à saúde⁶⁻⁹.

A Atenção Farmacêutica (AtenFar), prática desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica, tem aumentado muito nos últimos anos e sua consolidação tem sido gradativa, sobretudo nos países em desenvolvimento. O objetivo da AtenFar não é intervir no diagnóstico ou na prescrição de medicamentos, atribuições do médico, mas garantir uma farmacoterapia racional, segura e custo-efetiva. Envolve macrocomponentes como a promoção e educação em saúde, orientação farmacêutica, dispensa, atendimento farmacêutico e seguimento farmacoterapêutico (SFT), além do registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados, incluindo todos os problemas relacionados aos medicamentos (PRMs),

erros de medicação e conciliação de medicamentos em idosos^{2,6,7}.

A proposta é apresentar estratégias facilitadoras para implantar o serviço de AtenFar ao paciente idoso e que essas estratégias sejam um referencial aos estabelecimentos farmacêuticos, nos quais o fator comercial deve ser substituído por uma concepção de serviços avançados de saúde para a realização de ações educativas, tanto individual quanto coletivamente, na prática da AtenFar. A AtenFar é um dos principais objetivos do programa, mas, ainda hoje, não se realiza a prática desse serviço no paciente idoso como deveria ser, o que reforça a importância dessa proposta.

CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO MUNDO

Em 1975, Mikeal *et al.*¹⁰ definem a AtenFar como o cuidado que um paciente recebe para alcançar o uso racional de medicamentos (URM). Também, em 1975, o Informe Millis (Farmacêuticos para o futuro) da Associação Americana de Faculdade de Farmácia (AACP) faz um resumo da situação profissional daquele momento, assinalando a necessidade de envolver os farmacêuticos no controle do URM¹⁰.

Já em 1990, Hepler e Strand publicam o artigo “*Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care*”, estabelecendo conceito e objetivos. Em 1992, há o desenvolvimento do *Minnesota Pharmaceutical Care Project*, projeto realizado em 20 farmácias, com 12.376 atos de *Pharmaceutical Care* identificando 2.434 PRMs, dos quais 43% apresentavam um PRM e 70% deles melhoraram com o SFT. Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publica o informe sobre o papel do farmacêutico no sistema de saúde e estabelece que ele deve cumprir funções orientadas ao paciente (controle da farmacoterapia) e à comunidade (promoção à saúde e à prevenção de enfermidades). Em 1993, a AtenFar é desenvolvida nos Estados Unidos e difundida e adaptada em outros países do continente americano e europeu. A Universidade de Granada, em 1993, cria um grupo de investigação em AtenFar, cujo objetivo é desenvolver programas de formação para treinar farmacêuticos para que implantem a AtenFar¹¹.

Em 1994, a rede europeia cria a *Pharmaceutical Care Network European* (PCNE) com a intenção de propagar a filosofia da AtenFar. Em 1995, celebra-se em Alcalá de Henares (Espanha) um simpósio sobre farmácia comunitária, no qual Hepler motiva a implementação da AtenFar e o envolvimento de todas as instituições.

Como avanço, em 1996, é publicado o primeiro livro sobre *Pharmaceutical Care*, com autoria de Knowton e Penna, presidentes da Associação Americana de Farmácia (APhA) e da AACCP, no qual enfatizam a importância do paciente como centro do *Pharmaceutical Care*. Também, nesse mesmo ano, é elaborada pela Conferência Nacional de Diretores das Faculdades de Farmácia da Espanha (Documento de Barcelona) a declaração na qual se afirma que se deve proporcionar a docência orientada às recentes tendências de AtenFar, fomentando o aprendizado do trabalho em equipe e em comunicação com os profissionais das ciências da saúde¹².

Em 1997, a Universidade de Granada cria um *Máster* presencial em AtenFar, no qual formam e capacitam farmacêuticos da Espanha e outros países para implementar serviços de AtenFar na farmácia comunitária e hospitalar e desenvolver projetos nessa área. Esse modelo de formação motivou outras universidades de outros países a criar esse tipo de programa de formação continuada e pós-graduação. No mesmo ano de 1997, o projeto TOMCOR, na Espanha, valoriza o novo modelo de atividade profissional empregado nas visitas à farmácia comunitária, na qual priorizam as enfermidades coronarianas. Um marco foi a criação do *Journal of Pharmaceutical Care*, em 1997, pela Universidade de Northeast Louisiana (EUA), primeira revista científica sobre AtenFar^{1,13}.

Em 1998, celebra-se o primeiro Consenso de Granada, que contribuiu com o conceito ajustado de PRM e sua classificação, com base nos requisitos básicos da farmacoterapia: necessidade, efetividade e segurança. Também, em 1998, Cipolle, Strand e Morley publicam o livro *O exercício da AtenFar*, dando os conceitos e ferramentas necessários para efetuar o SFT adaptado aos Estados Unidos. Nesse mesmo ano, cria-se a Fundação *Pharmaceutical Care*, na Espanha, cujo intuito é o desenvolvimento e a difusão da prática de *Pharmaceutical Care*, no sistema de saúde espanhol. Em 1999, é celebrado o primeiro Congresso Nacional de Atenção Farmacêutica, em San Sebastian, no qual ocorre uma difusão em massa do conceito e resultados de AtenFar, na Espanha e principalmente nos Estados Unidos^{1,13}.

Em 2000, cria-se o programa Dáder de SFT, na Universidade de Granada, com o seguinte lema: "Aprender fazendo". Esse programa foi uma retroalimentação na prática do SFT. De 2001 são os Documentos de Consenso sobre AtenFar e, de 2002, o Segundo Consenso de Granada: conceito de PRM a partir da prática de SFT e ajuste da proposta de classificação sobre PRM definida em 1998^{14,15}.

No ano de 2004 até a data atual, é a funcionalidade do Fórum de Atenção Farmacêutica (Ministério da Saúde e Consumo, Conselho Geral da COF, Sociedade Científica de Farmácia Comunitária, Farmacêuticos de Atenção Primária e Farmácia Hospitalar, Fundação *Pharmaceutical Care Espanha*, Real Academia Nacional de Farmácia e Grupo de Investigação e Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada)^{14,15}.

Em 2007, o Terceiro Consenso de Granada aborda PRMs e resultados negativos associados a medicamento (RNM), que adotam definições de PRM e RNM propostas pelo fórum, assim como a relação de PRM. É proposta uma classificação de RNM e adaptada a definição de Seguimento Farmacoterapêutico do Documento de Consenso de 2001¹⁵.

CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO BRASIL

Em 2002, é publicado o relatório intitulado *Atenção Farmacêutica no Brasil: Trilhando Caminhos*, que representa o registro do caminho trilhado até o momento para a promoção da AtenFar no Brasil, proposto pelo grupo coordenado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) e com a participação de profissionais de várias partes do país, que teve como finalidade divulgar os trabalhos realizados até a presente data, como um instrumento para ampliar a participação de entidades e profissionais interessados¹⁶.

O objetivo foi elaborar uma proposta de pré-consenso para a promoção da prática farmacêutica relacionada à promoção da AtenFar, elaborar e implementar recomendações e estratégias de ação e incentivar a criação de mecanismos de cooperação e fórum permanente¹⁶.

Entre as estratégias e recomendações propostas estão as que são voltadas para a formulação de políticas nacionais de medicamentos e do repensar o papel do farmacêutico no sistema da atenção à saúde, ilustrado pelo informe das reuniões promovidas pela OMS em Nova Délhi, Tóquio, Vancouver e Haia, além do Fórum Farmacêutico das Américas¹⁶.

Atenção Farmacêutica no Brasil: o caso do Ceará

A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará implantou, em 1988, com o advento do Sistema Descentralizado de Saúde e posteriormente do Sistema Único Saúde

(SUS), a área da Assistência Farmacêutica, iniciando a transformação por meio da Divisão de Assistência Farmacêutica, sendo, portanto, pioneira no país na oficialização de estrutura formal e organizacional nesse âmbito¹⁷.

O então Departamento de Assistência Farmacêutica, consciente de sua missão e do papel social como articulador e coordenador dessa política, influenciando o processo de mudança, propôs e efetivou o assessoramento da OPAS/OMS. A partir de 1993, foi estabelecido um modelo organizacional para essa área de abrangência no sistema de saúde do Ceará, fundamentada na Teoria de Sistemas, o que representou um *projeto piloto* para a OPAS/OMS e para o país, com o desenvolvimento do Sistema Integral de Assistência Farmacêutica mediante a promoção e a participação ampla em todos os níveis de atenção, propondo a estruturação farmacêutica em cada subsistema específico de saúde, com a participação de todos os atores envolvidos em uma avaliação permanente¹⁷.

Nesse contexto, mais uma vez, o estado do Ceará, por meio de sua Secretaria de Saúde, estabeleceu uma parceria com OPAS/OMS/Ministério da Saúde, Conselho Federal de Farmácia e Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar para a realização de uma oficina de trabalho para o desenvolvimento da AtenFar no país, caracterizando-se como o marco inicial para elaboração do Consenso Brasileiro. Esse momento configurou-se como referencial histórico na definição e consolidação de conceitos e harmonização de estratégias que visam difundir e efetivar ações de AtenFar no Brasil¹⁷.

USO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS

Embora o uso de medicamentos seja uma questão relevante em todas as faixas etárias, as pesquisas sobre o assunto têm se dedicado, com frequência, ao paciente idoso, em decorrência das peculiaridades desse grupo etário. Os idosos, de acordo com a farmacocinética clínica, possuem uma série de alterações que interferem diretamente nos processos de absorção, distribuição, metabolização e eliminação dos medicamentos. Os efeitos tóxicos nesses pacientes podem ocorrer de maneira mais proeminente devido à diminuição das funções hepática e renal, assim como a menor quantidade de água no organismo observada nos idosos, fatores que influenciam os resultados e efeitos esperados dos medicamentos. Os pacientes idosos são os principais consumidores e os maiores beneficiários da farmacoterapia moderna^{4,5,18}.

No Brasil, o consumo de produtos farmacêuticos aumenta com a idade, seja no interior ou nas principais capitais, e normalmente o número de produtos utilizados varia entre dois e cinco medicamentos. Os idosos chegam a representar 50% das pessoas que fazem uso de vários medicamentos ao mesmo tempo, sendo mais suscetíveis às reações adversas provocadas por eles^{4,5,18}.

Na realidade, há carência quase absoluta de estudos independentes na área de utilização de medicamentos no país, além da omissão do poder público no tratamento da questão. Esse dado, além de preocupante no que se refere à necessidade de adoção de novas medidas que previnam os agravos à saúde da população, gera reflexos sobre os custos inerentes às ações desenvolvidas no SUS¹⁸. Dados do SUS mostram que os idosos, em 1996, foram responsáveis por 23% dos custos hospitalares no Brasil e por 39% das internações hospitalares registradas no SUS em 2001^{18,19}.

O tratamento do idoso frequentemente exige intervenções de maior custo envolvendo tecnologia complexa para um cuidado adequado. A falta de serviços domiciliares e/ou ambulatoriais adequados, muitas vezes, faz com que o primeiro atendimento se dê em estágio avançado no hospital, aumentando os custos e diminuindo a possibilidade de um prognóstico favorável¹⁸.

O envelhecimento e o curso das doenças associadas que podem acometer o paciente idoso resultam em mudanças no organismo desses indivíduos, mudanças essas que podem interferir no processo de absorção, distribuição, metabolismo e excreção dos fármacos. Cabe lembrar que os fármacos podem apresentar muitas variáveis que influenciam na forma de serem absorvidos e também na sua atuação no organismo do usuário. Autores também refletem sobre a questão da absorção, distribuição, metabolismo e excreção dos medicamentos no organismo do idoso, que possuem características importantes de diferenciação em relação à população jovem, principalmente disfunções renais e hepáticas, que comprometem a farmacocinética e a farmacodinâmica dos fármacos. Esses são fatores fundamentais que devem ser considerados no momento da prescrição para esses usuários^{20,21}.

IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA AO IDOSO

No paciente idoso com múltiplas patologias, a tendência é levar o paciente a consumir mais medicamentos (polifarmácia). Falhas na aderência com o regime terapêutico e erro de administrações também

umentam com a idade, que derivam, em parte, da confusão causada por terapias múltiplas, distúrbios cognitivos, dificuldade visual e destreza manual prejudicada, e a semelhança na embalagem dos medicamentos também pode dificultar a aderência terapêutica do paciente idoso²².

O desvio do padrão normal da farmacocinética e farmacodinâmica ocorre com mais frequência em pacientes idosos do que em pacientes mais jovens. A perda da capacidade de reserva funcional do coração, fígado e rins e a deterioração do controle homeostático colaboram para alavancar a vulnerabilidade dos idosos aos fármacos. Assim, diante do que já foi citado, uma AtenFar adequada ao idoso é de suma importância no cenário atual que vivenciamos. A farmacoterapia ao idoso deve ser planejada de forma a promover o URM e consequentemente trazer benefícios à qualidade de vida dele^{2,20,22}.

ESTRATÉGIAS NECESSÁRIAS PARA A PRÁTICA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA

As estratégias propostas para a realização de AtenFar aos idosos serão baseadas na literatura e nas experiências dos participantes. Com relação ao SFT, será proposto o método Dáder, pois trata de um procedimento operativo simples que permite realizar esse seguimento em qualquer paciente, em qualquer âmbito assistencial, de forma sistematizada, continuada e documentada.

Adequação física/equipamentos/mobília/recursos

É necessário disponibilizar na farmácia uma sala exclusiva, com privacidade para os usuários do servi-

ço de AtenFar. Nessa área, que muitos consideram como consultório farmacêutico, será executada a prática da AtenFar. Basicamente, os equipamentos necessários são: aparelho telefônico, computador com *drive* para CD-ROM, estetoscópio, esfigmomanômetro, impressora multifuncional e termômetro clínico de vidro. Como mobília, serão necessários: arquivos para documentos, cadeiras, estantes para livros, mesa para computador e atendimento, lixeira com pedal e mesa para impressora. É necessária uma bibliografia atualizada para dar maior suporte ao serviço prestado.

Seguimento farmacoterapêutico: o método Dáder

O método Dáder de SFT foi desenvolvido pelo grupo de investigação em AtenFar da Universidade de Granada (Espanha), em 1999 e, atualmente, centenas de farmacêuticos em diversos países vêm utilizando esse método em seus usuários de medicamento. Esse método baseia-se na obtenção da história farmacoterapêutica do doente, isto é, nos problemas de saúde que se apresentam com os medicamentos que utiliza e na avaliação do seu estado numa determinada data, de forma a identificar e resolver os possíveis PRMs que o doente apresenta. Após essa identificação, realizam-se as intervenções farmacêuticas necessárias para resolver os PRMs e, posteriormente, avaliam-se os resultados obtidos.

O método Dáder seria recomendado por ser um método mais abrangente na análise situacional, no plano de seguimento, na adequada avaliação e por dar ênfase às preocupações do usuário e aos PRMs. As fases do método Dáder são apresentadas na figura 1:

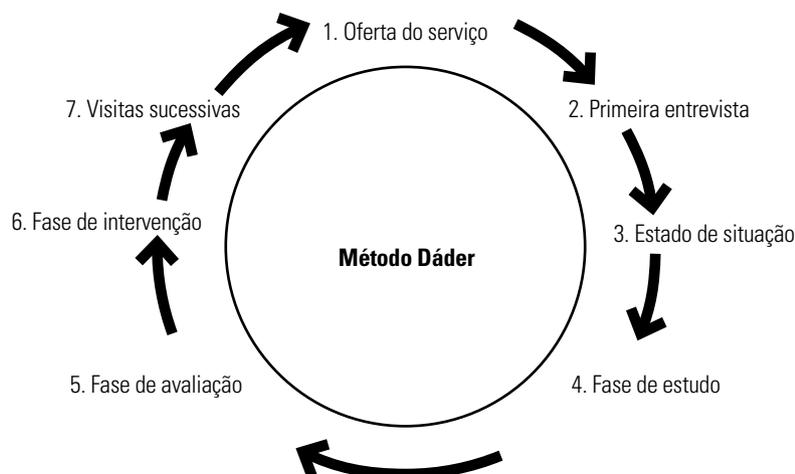


Figura 1. Fases do método Dáder de seguimento farmacoterapêutico (SFT).

O conceito de PRMs encontra-se definido no Segundo Consenso de Granada como: problemas de saúde, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados do tratamento farmacológico, que, produzidos por diversas causas, têm como consequência o não alcance do objetivo terapêutico desejado ou o aparecimento de efeitos indesejáveis²³.

Treinamento dos profissionais envolvidos

Propõe-se um treinamento para farmacêuticos e atendentes que dispensam os medicamentos e fazem parte desse projeto de AtenFar ao paciente idoso.

O treinamento seria acerca da metodologia empregada (método Dáder) e dos demais processos envolvidos na prática do serviço, sendo propostas também reuniões periódicas para a discussão de casos clínicos pertinentes que se apresentem na farmácia.

Padronização dos procedimentos

Adaptações de fichas utilizadas para os registros do usuário via sistema da farmácia em questão, intervenções e resultados clínicos seriam recomendadas. Essas adaptações ocorreriam de acordo com a realidade da farmácia.

Divulgação, convite de participação e sensibilização dos usuários idosos

São importantes divulgações do serviço de AtenFar via comunicação oral, *folders* explicativos na farmácia comunitária, entre outras estratégias, para captar usuários em potencial que necessitem do serviço a ser prestado, a exemplo: uma vez que o farmacêutico ou auxiliar identificar necessidades dessa ordem – não conhecer a patologia, não saber sobre a indicação dos medicamentos, não saber como administrar o medicamento, não obter melhora nos usuários que tomam dois ou mais medicamentos, entre outras necessidades. O idoso também poderá chegar à farmácia devido a queixas relacionadas ao medicamento, procurando o serviço de AtenFar.

Plano de cuidado ao idoso

Um plano de cuidado ao paciente-cliente idoso, a partir dos PRMs, ou a outros que o profissional farmacêutico possa resolver ou minimizar, é parte fundamental da AtenFar, assim como identificar alternativas para resolver os problemas encontrados utilizando intervenções, caso necessário. O usuário seria acompanhado até que todos os seus problemas fossem resolvidos. Enfatiza-se que geralmente as pa-

tologias que mais acometem idosos que procuram as farmácias comunitárias são doenças como hipertensão, diabetes e doenças do sistema osteomuscular.

DESENVOLVIMENTO

Realização e documentação dos atendimentos e intervenções farmacêuticas específicas para o idoso, tentar resolver os problemas de saúde e dos medicamentos que ele utiliza, como também avaliação de seu estado de saúde em uma data determinada, a fim de identificar e solucionar os possíveis PRMs apresentados por esse usuário de idade avançada. Para isso, é preciso seguir parâmetros para essa identificação, realização das intervenções farmacêuticas necessárias para resolver os PRMs e posteriormente avaliação dos resultados obtidos.

Por isso, optou-se pela utilização do método Dáder de SFT, que, segundo o Consenso de Granada, estabelece uma classificação em seis categorias, que, por sua vez, se agrupam em três subcategorias: Necessidade, Efetividade e Segurança, como demonstra o quadro 1 abaixo:

Quadro 1. Classificação de problemas relacionados a medicamento (PRMs), segundo Consenso de Granada (2002)

Necessidade

PRM 1 - O usuário apresenta um problema de saúde por não utilizar a farmacoterapia que necessita

PRM 2 - O usuário apresenta um problema de saúde por utilizar um medicamento que não necessita

Efetividade

PRM 3 - O usuário apresenta um problema de saúde por uma inefetividade não quantitativa da farmacoterapia

PRM 4 - O usuário apresenta um problema de saúde por uma inefetividade quantitativa da farmacoterapia

Segurança

PRM 5 - O usuário apresenta um problema de saúde por uma insegurança não quantitativa de um medicamento

PRM 6 - O usuário apresenta um problema de saúde por uma insegurança quantitativa de um medicamento

Orientações farmacêuticas, por meio de educação em saúde, ao idoso, melhorando o uso de medicamentos e reduzindo riscos à saúde. Esta orientação deverá ser verbal ou escrita para cada idoso, quando este adquire um medicamento que requer informações necessárias para melhorar o seu uso como também reduzir riscos à saúde.

Elaboração e disponibilização do serviço de informação ao paciente idoso cadastrado no programa. Este serviço é necessário porque, mesmo após a dispensação do medicamento, sempre há futuros questionamentos no tocante a medicamentos. Este serviço agendado com comunicação prévia deverá ser feito pessoalmente pelo farmacêutico quando o idoso ou o seu acompanhante se dirige à farmácia para esclarecimentos. Quando não for possível o deslocamento à unidade farmacêutica, poderá ser disponibilizado um número de telefone móvel do farmacêutico, possibilitando, assim, ao usuário esclarecer suas dúvidas pertinentes.

Realização de *workshops* voltados para as necessidades farmacoterapêuticas e sanitárias do grupo em estudo. Esta atividade poderá ser feita de acordo com a necessidade e o interesse do paciente idoso usuário de medicamentos. Nesses encontros serão abordados temas de interesse como cuidados a serem tomados com medicamentos, armazenamento de medicamentos, reações adversas que os medicamentos podem trazer quando administrados de forma errada, entre outros.

Poderão ser ministradas minipalestras para tentar deixar os idosos mais interessados a respeito do assunto. O tipo de informação repassada ao idoso será com vocabulário de fácil compreensão para que o entendimento seja o foco principal. Esses encontros poderão ser um momento ímpar de confraternização, conhecimento e educação, no tocante a medicamento e saúde.

Atividade de promoção do uso racional de medicamentos

A necessidade para essa atividade acerca do URM é prática importante para a população idosa, por causa da presença frequente de múltiplas patologias, reque-rendo diversas terapias, as quais podem resultar no uso concomitante de vários medicamentos. De fato, torna-se necessária uma estratégia que amenize os riscos de efeitos colaterais ou adversos e de interações medicamentosas.

Também há idosos que se utilizam da automedicação com produtos de venda livre, que são indicados e até fornecidos por pessoas próximas. Por isso, a não adesão ao tratamento de uso racional passa a aumentar com a idade^{2,21}.

Esse quadro pode ser agravado por alterações fisiológicas, tais como: redução da memória, da visão e da destreza manual; não acesso ao(s) medicamento(s); perda da capacidade de reserva funcional de órgãos vi-

tais; deterioração do controle homeostático; alterações na velocidade e extensão de metabolização do fármaco, com consequência na ação farmacológica^{24,25}.

RESULTADO ESPERADO

A proposta de AtenFar ao paciente idoso é ser um referencial para estabelecimentos farmacêuticos nos quais o fator comercial, mercantilista, seja substituído por uma concepção de serviços avançados de saúde, como também de realização de ações educativas, tanto individual quanto coletivamente, na prática da AtenFar.

A AtenFar é um dos principais objetivos do programa, mas, ainda hoje, não se realiza facilmente em farmácias comunitárias a prática desse serviço ao paciente idoso, o que reforça a importância das propostas de estratégias deste trabalho.

Divulgação dos futuros resultados da proposta nos meios científicos, técnicos e sociais que lidam com saúde do idoso, quando executados ou colocados em prática.

CONCLUSÃO

Neste cenário atual que vivemos no Brasil, estratégias para a implantação do serviço de AtenFar nas farmácias comunitárias são de suma importância para suprir a carência de informação, no tocante a medicamentos, em especial, da população com faixa etária avançada.

Essas estratégias facilitadoras, além de trazerem a ampliação dos serviços, trazem concomitantemente um farmacêutico diferenciado que necessitará de conhecimentos específicos relativamente ao paciente idoso, como também a necessidade incessante de promulgar seus conhecimentos para com os demais profissionais, sendo, assim, um desafio para a classe.

Esse profissional farmacêutico diferenciado, ao realizar a prática da AtenFar, aumentará a sua responsabilidade por responder, ética e legalmente, junto com os outros profissionais de saúde, pelos resultados obtidos pela farmacoterapia.

Nessa prática, os idosos são ouvidos e suas opiniões são relevantes, pois são motivados a exercerem um papel essencial na prevenção e cura de doenças. O farmacêutico, ao entender o contexto no qual está inserido o idoso que está em SFT, em uma abordagem mais holística, faz com que essa nova prática o torne mais humano (pois foi o que sempre quiseram

os novos estudiosos da área farmacêutica) e, ao mesmo tempo, comprometido com a saúde dos pacientes com idade avançada.

Essa proposta com estratégias facilitadoras para implantar a AtenFar, direcionada ao paciente idoso, servirá como uma base de sensibilização a gestores, farmacêuticos empresários, universidades de farmácia, entre outros. Servirá também para demonstrar que a sua implantação deve ser considerada primordial ou importante no contexto atual, tendo em vista uma legislação como a RDC nº 44/2009, que favorece a prática da AtenFar no Brasil.

É imprescindível que sejamos ousados para desenvolver e implantar experiências práticas para a realidade da população idosa brasileira, pois os grandes beneficiados são os que mais precisam desse serviço – os idosos.

REFERÊNCIAS

1. Novaes MRCG. Assistência farmacêutica ao idoso – uma abordagem multiprofissional. Brasília: Thesaurus; 2007, p. 245.
2. Romano-Lieber NS, Teixeira JJV, Farhat FCLG, Ribeiro E, Crozatti MTL, Oliveira GSA. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. *Cad Saude Publica*. 2002;18(6):1499-507.
3. Nóbrega OT, Karnikowski MGO. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. *Ciêns Saúde Coletiva* [online]. 2005;10(2):309-13.
4. Burton DG, Allen MC, Bird JL, Faragher RG. Bridging the gap: ageing, pharmacokinetics and pharmacodynamics. *J Pharm Pharmacol*. 2005;57:671-9.
5. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad Saude Publica* [online]. 2003;19(3):717-24.
6. Bergman A, Olsson J, Carlsten A, Waern M, Fastbom J. Evaluation of the quality of drug therapy among elderly patients in nursing homes. *Scand J Prim Health Care*. 2007;25(1):9-14.
7. Wilson IB, Schoen C, Neuman P, Strollo MK, Rogers WH, Chang H, et al. Physician-patient communication about prescription medication non adherence: a 50-state study of America's seniors. *J Gen Intern Med*. 2007;22(1):6-12.
8. Levenson SA, Saffel D. The consultant pharmacist and the physician in the nursing home: roles, relationships and a recipe for success. *Consult Pharm*. 2007;22(1):71-82.
9. Gourley DR, Gourley GA, Solomon DK, Portner TS, Bass GE, Holt JM, et al. Development, implementation and evaluation of a multicenter pharmacists care outcomes study. *J Am Pharm Assoc*. 1998;38:567-73.
10. Mikeal RL, Brown TP, Lazarous HL, Vinson MC. Quality of pharmaceutical care in hospital. *Am J Hosp Pharm*. 1975;32:567-74.
11. Hepler CD, Strand L. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990;47:533-43.
12. Knowlton CH, Penna RP. *Pharmaceutical care*. New York: Chapman & Hall; 1996.
13. Dader MJF, Munoz PA, Martinez F. *Atención farmacéutica – conceptos, procesos e casos prácticos*. 1. ed. Madrid: Ergon; 2008, p. 246.
14. Grupo de Experimentos. Ministerio de la Sanidad y Consumo. Consenso sobre atención farmacéutica. *Ars Pharm*. 2001;42:221-41.
15. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con los Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm*. 2007;48:5-17.
16. Ivama AM, Noblat L, Castro MS, Oliveira NVBV, Jamarillo N, Rech N. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
17. Ivama AM, Noblat L, Castro MS, Jaramillo NM, Oliveira NVBV, Rech N, et al. *Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos*. Relatório de Oficina de Trabalho. Fortaleza: Organização Pan-Americana da Saúde; 2001, p. 25.
18. Aguiar PM, Lyra JDP, Silva DT, Marques TC. Avaliação da farmacoterapia de idosos residentes em instituições asilares no nordeste do Brasil. *Lat. Am J Pharm*. 2008;27(3):454-9.
19. OPAS/OMS 2004. Disponível em: <http://portalweb02.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=17098>. Acessado em: 14/3/2004.
20. Nóbrega OT, Karnikowski MGO. Prescrição de medicamentos para idosos. *Cien Saude Colet*. 2005;10.
21. Araujo RC. Aconselhamento ao paciente sobre medicamentos: ênfase nas populações geriátrica e pediátrica. *Farmacoterapêutica*. 1999;4(6):1-3.
22. Luppi G, Carvalho MFC. Atenção farmacêutica em pacientes geriátricos: uma experiência no Centro de Referência do Idoso. *Cadernos*. Faculdades Integradas São Camilo; v. 11, p. 90-6, 2005.
23. Panel de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos. *Ars Pharmaceutica*. 2002;43(3-4):175-84.
24. Couto LB. Aspectos farmacológicos do uso de medicamentos em idosos. *Revista Racine*. 2000;56:58-62.
25. Coutinho ESF, Silva SD. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. *Cad Saude Publica*. 2002;18(5):1359-66.