

MIRNA POLIANA FURTADO DE OLIVEIRA

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA A IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS DO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA, 2008.

MIRNA POLIANA FURTADO DE OLIVEIRA

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA A IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS DO DISTRITO FEDERAL**

**Dissertação de Mestrado
apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Ciências da Saúde,
da Faculdade de Ciências da
Saúde, da Universidade de
Brasília, como requisito para
obtenção do título de Mestre em
Ciências da Saúde.**

**Orientadora: Ph.D Maria Rita
Carvalho Garbi Novaes**

BRASÍLIA, 2008.

FOLHA DE APROVAÇÃO

**Profa. Ph.D Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Orientadora**

Profa Dra Margô Gomes de Oliveira Karnikowski

Profa Dra Janeth de Oliveira Silva Naves

Profa Dra Eliana Mendonça Vilar Trindade

Dedico aos meus pais pelo amor e incentivo incondicionais;

Ao meu eterno amor Kelb, meu porto seguro e parte essencial do que me faz forte;

A todos os idosos, inspiração do meu trabalho e futuro de todos nós!

Agradecimentos

A Deus, Senhor da minha vida e Pai generoso que me permitiu tantas graças.

Aos meus pais, Mestres da minha vida, maiores exemplos de sabedoria e amor, que muito renunciaram de suas vidas em prol da minha, que compreenderam e apoiaram cada um dos meus sonhos. Vocês me fizeram sonhadora, guerreira e forte e tudo que tenho e Sou devo a vocês. Obrigada! Amo vocês! Espero que ao envelhecer possam desfrutar não apenas dos aprendizados técnicos deste trabalho, mas sobretudo, pessoais .

Ao meu esposo; meu amor, meu grande amor... companheiro fiel. Obrigada por me amar, pela santa paciência, pela compreensão infinita e pelo incentivo irrestrito. Cada dia ao seu lado me faz mais forte e cada passo da nossa vida é para mim, um sucesso. Quero envelhecer ao seu lado e eternamente, te amar!

Ao meu irmão, minha paixão! E a cada um da minha família, alicerce perene da minha caminhada! Sem vocês eu nada seria, eu nada teria...

À minha orientadora e professora Maria Rita, pelo exemplo de mulher, de profissional e mestre. Obrigada por me compreender, acreditar e apostar no meu potencial, principalmente quando o desânimo tomou conta de mim. Não há palavras para agradecer-lhe pelas portas que se abriram no meu caminho...

Aos alunos da ESCS e UnB que participaram da coleta de dados e muito colaboraram com o sucesso desse trabalho.

Às professoras Margô, Janeth e Eliana, que aceitaram com tanto carinho meu convite e enriqueceram meu trabalho.

A todos os cuidadores e profissionais das Instituições de Longa Permanência de Idosos que me abriram as portas da “casa”, acreditaram e abrilhantaram o meu trabalho.

A todos os idosos que muito me ensinaram com palavras, gestos e ações... Exemplos de superação, inspiração do meu trabalho; razão de me apaixonar ainda mais pela vida e pela minha profissão!

Ao CNPq pelo apoio financeiro a esta pesquisa através do processo 402515/2005-06 e de bolsas de Iniciação Científica aos estudantes de graduação.

**“Se nunca abandonas o que é importante para ti,
Se te importas tanto a ponto de estares disposto a
obtê-lo.**

**Asseguro-te que tua vida estará plena de êxito.
Será uma vida dura, porque a excelência não é fácil;
mas valerá a pena!”**

(R. Bach)

RESUMO

O envelhecimento é acompanhado por mudanças no perfil de morbidade da população e como consequência, um crescente consumo de medicamentos por esse grupo da população tornando-o mais suscetível aos problemas relacionados à farmacoterapia. Esses problemas incluem prescrição e uso irracionais, redução da adesão ao tratamento, prática de automedicação, aumento do número de interações medicamentosas e incidência de reações adversas (RAM) comprometendo a eficácia e segurança da terapia. Nesse contexto, este trabalho avaliou a Assistência Farmacêutica aos idosos de cinco Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) do Distrito Federal e a influência que os aspectos sócio-demográficos, econômicos, biopsicossociais e epidemiológicos exercem sobre a farmacoterapia identificando possíveis pontos de intervenção do farmacêutico. O grupo estudado é em sua maioria proveniente do nordeste e sudeste brasileiro, solteiro e viúvo, com baixo nível de instrução e renda mensal. Os idosos tomam de 4 a 5 medicamentos sendo que a prevalência de uso de medicamentos considerados impróprios para a faixa etária e a presença de interações medicamentosas entre as prescrições desses idosos são significativas. Quanto aos problemas relacionados a medicamentos (PRM) foi identificado que 53,3% dos idosos apresentam PRM 1 e 54,6% PRM 2 segundo o II Consenso de Granada, 2002. Em geral os idosos apresentam problemas que comprometem a adesão ao tratamento, como baixo nível de conhecimento e recusa em tomar a medicação. A prática de automedicação e os problemas de acesso a medicamentos são mínimos nessa população em virtude da institucionalização, porém, foram identificados vários problemas que comprometem a qualidade da Assistência Farmacêutica a essa população. Resultados apontaram para a necessidade urgente de inclusão do farmacêutico nas ILPI através da prática

da Atenção Farmacêutica buscando, no contexto da Assistência Farmacêutica, a integralidade das ações de saúde e minimização dos problemas encontrados proporcionando melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Palavras-chaves: Idoso, Instituições de Longa Permanência, Atenção Farmacêutica, Assistência Farmacêutica, Farmacoterapia.

ABSTRACT

Aging is accompanied by changes in the profile of morbidity of the population and as a consequence, a growing consumption of drugs by this group of people making it more susceptible to problems related to pharmacotherapy. These problems include irrational prescription and use, reduction of adherence, practice of self-medication, increasing the number of drug interactions and incidence of adverse reactions (ADRs) compromising the efficacy and safety of the therapy. In that context, this study evaluated the Pharmaceutical Assistance to the elderly of five Institutions for the Elderly Long Stay (ILPI) of the Distrito Federal and the influence that the socio-demographic, economic, biopsychosocial and epidemiological exercise in pharmacotherapy identifying possible points of intervention by the pharmacist. The group is mostly from the northeast and southeast of Brazil, single and widow, with low education and monthly income. The elderly take 4 to 5 drugs and the prevalence of drug use as unsuitable for their age and the presence of drug interactions between the requirements of the elderly are significant. As for problems related to drugs (PRD) was identified that 53.3% of elderly have PRD 1 and 54.6% in the PRD 2 according to the II Consensus of Granada, 2002. In general, the elderly have problems that compromise the adherence to treatment, such as low level of knowledge and refusal to take the medication. The practice of self-medication and the problems of access to medicines are minimal in this population because of institutionalization, however, were identified several problems that compromise the quality of the Pharmaceutical Assistance to the population. Results pointed to the urgent need for inclusion of the pharmacist in ILPI through the practice of pharmaceutical care seeking, in the context of Pharmaceutical Assistance, the entire

stock of health and minimize the problems encountered providing better quality of life for the institutionalized elderly.

Key words: Elderly, long-stay institutions, Pharmaceutical Services, Pharmaceutical Assistance, Pharmacotherapy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1- Pirâmide populacional do Brasil - 2000	09
Figura 2.2 - Projeção da pirâmide populacional do Brasil - 2050	09
Figura 2.3- Pirâmide populacional do Distrito Federal – 2000	17
Figura 2.4 – Ciclo da Assistência Farmacêutica	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 - Proporção de idosos na população brasileira no século XX	06
Tabela 2.2 - Indicadores demográficos implícitos na projeção da população, Brasil, 1991/2030	07
Tabela 2.3 - Evolução da população do Distrito Federal, 1960-2000	16
Tabela 2.4 - Principais causas de mortes no Brasil, 1930-1990	19
Tabela 2.5 - Fármacos que podem causar prejuízos funcionais a idosos.....	35
Tabela 2.6 - Fármacos impróprios para idosos e justificativas	36
Tabela 2.7 - Classificação de Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM) segundo o II Consenso de Granada	45
Tabela 5.1 - Distribuição dos idosos por faixa etária	63
Tabela 5.2 - Aspectos sócio-econômicos dos idosos	64
Tabela 5.3 - Enfermidades mais prevalentes nos idosos	67
Tabela 5.4 - Principais fármacos utilizados pelos idosos segundo grupo farmacológico ou nome genérico	72
Tabela 5.5 - Percentual do uso de medicamentos impróprios e justificativas	75
Tabela 5.6 - Avaliação da adesão e automedicação entre idosos	76
Tabela 5.7 - Principais PRM 1 e 2 encontrados nas prescrições dos idosos	78
Tabela 5.8 - Possíveis interações medicamentosas encontradas nas prescrições dos idosos	79
Tabela 5.9 - Possíveis interações medicamentosas encontradas, e suas principais conseqüências clínicas.....	81

Tabela 5.10 - Nível de informação dos idosos com discernimento sobre a prescrição médica atual	84
Tabela 5.11 - Principais problemas relacionados à armazenagem de medicamentos das instituições pesquisadas	86

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 2.1 - Taxas de mortalidade, crescimento vegetativo e fecundidade total, Brasil 1900 – 2000	05
Gráfico 2.2 - Processo de envelhecimento, Brasil 1900-2000	05
Gráfico 2.3 - Projeção de crescimento da população de 60 anos ou mais de idade, segundo o sexo, Brasil 2000-2020	07
Gráfico 2.4 - Distribuição percentual da população idosa, em relação à população total, segundo os grupos de idade, Brasil 1991/2000	10
Gráfico 2.5 - Percentual de idosos por grupo de idade, Brasil, 1995/2005.....	10
Gráfico 2.6 - Projeção da população maior de 70 anos por sexo, Brasil, 2010/2050	11
Gráfico 2.7 - Avaliação do rendimento mensal dos idosos nas regiões Nordeste e Sudeste (por %), Brasil 1995/2005	13
Gráfico 2.8 - Percentual de idosos sem instrução e com mais de 9 anos de estudo nas regiões Nordeste e Sudeste, Brasil 1995/2005	14
Gráfico 2.9 - Percentual da população idosa por estado brasileiro, Brasil, 1995/2005	15
Gráfico 5.1 - Percentual de idosos com e sem discernimento por sexo	62
Gráfico 5.2 - Principais responsáveis pela institucionalização do idoso	66

Gráfico 5.3 - Principais alterações fisiológicas (por % de idosos).....	67
Gráfico 5.4 - Relação entre idade e número de medicamentos utilizados por homens e mulheres idosas	71
Gráfico 5.5 - Frequência de uso de psicofármacos pelos idosos	74
Gráfico 5.6 - Percentual dos principais medicamentos e grupos farmacológicos envolvidos em interações encontradas nas prescrições médicas (PM) de idosos	80
Gráfico 5.7 - Relação entre número de medicamentos prescritos e número de interações encontradas nas prescrições de homens e mulheres	83
Gráfico 5.8 - Avaliação da lembrança quanto à prescrição médica atual por sexo	84

LISTA DE ABREVIATURAS

AAS = ácido acetilsalicílico

AF = Atenção Farmacêutica

AINE's = antiinflamatórios não-esteroidais

ANVISA = Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ATC = antidepressivos tricíclicos

AVC = Acidente vascular cerebral

AVD = atividades de vida diárias

BZD = benzodiazepínicos

Ceme = Central de Medicamentos

CNS = Conselho Nacional de Saúde

CODEPLAN = Companhia de Planejamento do Distrito Federal

CV = sistema cardiovascular

CYP = isoenzimas do sistema citocromo P450

DF = Distrito Federal

DM = Diabetes mellitus

DNA = ácido desoxirribonucléico

DP = desvio-padrão

END = sistema endócrino

FR = frequência relativa

GI = sistema gastrintestinal

H2 = receptor histaminérgico tipo 2

HAS = hipertensão arterial sistêmica

IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICC = insuficiência cardíaca congestiva

IECA = inibidores da enzima conversora de angiotensina

ILPI's = instituições de longa permanência de idosos

ISRS = inibidores seletivos da recaptação de serotonina

M = média

MIP = Medicamentos isentos de prescrição

OMS = Organização Mundial de Saúde

OPAS = Organização Panamericana de Saúde

p = Coeficiente de Pearson (Teste qui-quadrado)

PDAD = Pesquisa Distrital por Amostras de Domicílios

PNAD = Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAF = Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM = Política Nacional de Medicamentos

PRM = Problemas relacionados a medicamentos

PSF = Programa Saúde da Família

RAM = reações adversas a medicamentos

Rename = Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RESP = sistema respiratório

SAS = Secretária de Assistência à Saúde

SEAS = Secretaria de Estado de Ação Social

SIA/SUS = Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

SNC = sistema nervoso central

SUS = Sistema Único de Saúde

SUST = sistema de sustentação/locomoção

UNIFESP = Universidade Federal de São Paulo

Vd = volume de distribuição

SUMÁRIO

Resumo	i
Abstract	iii
Lista de Figuras	v
Lista de Tabelas	vi
Lista de Gráficos	viii
Lista de Abreviaturas	x
1. Introdução	01
2. Revisão Bibliográfica	
2.1. Aspectos demográficos e epidemiológicos no Brasil e no Distrito Federal	03
2.2. Políticas Públicas de Assistência ao Idoso	21
2.3. Aspectos Fisiológicos e Farmacológicos dos Idosos	31
2.4. Assistência Farmacêutica ao Idoso.....	39
2. Proposição	55
3. Métodos	
3.1. Tipo de estudo	56
3.2. Casuística	56
3.3. Critérios de inclusão e exclusão	57
3.4. Coleta de dados	58
3.5. Alocação e Análise dos dados	59

3.6. Aspectos éticos	60
3.7. Aspectos multiprofissionais da pesquisa	60
3.8. Financiamento e recursos envolvidos	61
4. Resultados	62
5. Discussão	90
6. Conclusões	99
Referências Bibliográficas	102
Anexos	
Anexo 1: Ficha de avaliação da instituição	117
Anexo 2: Ficha de avaliação da qualidade da Assistência Farmacêutica.....	119
Anexo 3: Ficha Farmacoterapêutica individual	122
Anexo 4: Termo de Concordância da instituição	130
Anexo 5: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o idoso	132
Anexo 6: Artigo publicado: Perfil epidemiológico, sóciodemográfico, e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal	133

1. INTRODUÇÃO

Estudos têm mostrado o aumento da expectativa de vida da população mundial devido às melhores condições de vida, moradia, saneamento e saúde nos últimos anos. Isto ocasionou um aumento rápido e significativo da população idosa, fato que exigiu uma adequação política e socioeconômica internacional. Tais mudanças ocorreram sobretudo, nas políticas de saúde uma vez que, o aumento da idade está diretamente relacionado ao aumento da procura pelos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados devido ao aumento do número de doenças crônico-degenerativas nessa faixa etária.¹⁻⁸

Nos países desenvolvidos essa mudança no perfil demográfico foi acompanhada por mudanças nas políticas nacionais adaptando os serviços de saúde à nova realidade da população. Nos países em desenvolvimento, como no Brasil, esse processo ocorreu mais lentamente resultando em desigualdade entre demanda e oferta de assistência aos idosos.^{9,10}

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a medicamentos é um dos principais fatores responsáveis pela não-adesão ao tratamento.¹¹⁻¹³ Nos idosos esse fato é ainda agravado pelo estado psicológico e pela presença de outras patologias comuns da idade. As doenças crônicas não-transmissíveis associadas ao processo de envelhecimento são responsáveis pela incapacidade de muitos idosos em compreender e seguir o esquema terapêutico prescrito pelo médico. Aliado a isso, a falta de aconselhamento individualizado, de informação escrita personalizada, de reforço das instruções orais e falta de um auxiliar na hora de tomar a medicação, são fatores que contribuem para diminuir a adesão do paciente idoso ao tratamento.^{2,14,15}

Além disso, a polifarmacoterapia, comum entre os idosos, acarreta aumento do número de reações adversas a medicamentos (RAM's) e conseqüente aumento nas internações hospitalares, onerando os custos dos serviços de saúde.¹⁻
^{8,16} Estudos têm mostrado que a ocorrência de todos esses problemas são minimizados quando o trabalho de uma equipe multidisciplinar é inserido no atendimento ao idoso nos âmbitos domiciliar, institucional, hospitalar e ambulatorial. Em países desenvolvidos, como nos Estados Unidos, já é conhecido que o trabalho de um profissional farmacêutico em conjunto com outros profissionais de saúde, promove redução do número de medicamentos prescritos, do número de hospitalizações decorrentes das RAM's e dos custos além de melhoria da adesão ao regime terapêutico e do estado geral do paciente idoso.^{15,17-25}

Nesse contexto, esse trabalho propôs avaliar a assistência farmacêutica aos idosos institucionalizados do Distrito Federal seguindo uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional. A pesquisa avaliou a quantidade, qualidade e conservação dos medicamentos disponíveis nas Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI's) do Distrito Federal; a oferta de assistência multiprofissional, o nível de informação sobre os medicamentos utilizados, a adesão ao tratamento, a freqüência da automedicação e os possíveis problemas decorrentes do uso irracional de medicamentos por seus idosos.

Além do caráter técnico, este projeto visou à iniciação científica de estudantes de graduação dos cursos de Farmácia e Medicina de instituições de ensino do Distrito Federal de forma a sensibilizá-los para questões referentes à saúde coletiva e contribuir para o crescimento das Ciências da Saúde e bem-estar geral humano.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento no Brasil e no Distrito Federal

A Organização Mundial de Saúde (OMS) assim como a legislação brasileira define que, nos países em desenvolvimento, devem ser considerados idosos os indivíduos com 60 anos ou mais. Essa classificação é diferente para os países desenvolvidos, onde o limite é 65 anos.²⁶

O Brasil junto com China, Índia, Estados Unidos, Japão, Rússia, Alemanha, Itália e França possuem hoje, 62% da população idosa mundial sendo que 2,0% dos idosos do mundo são brasileiros. 17,6 milhões de brasileiros são maiores de 60 anos correspondendo a 9,7% da população total brasileira.²⁷⁻²⁹

O aumento do número de idosos numa população é conseqüência da queda das taxas de natalidade e de mortalidade.³⁰ O envelhecimento da população é um fenômeno mundial. Em 1950 existiam cerca de 204 milhões de idosos no mundo, passando para 579 milhões em 1998. Projeções indicam que em 2050 esse número poderá chegar a 1,9 bilhão.⁹

Essa tendência é observada nos países desenvolvidos desde o final do século XIX e deu-se pelos avanços nas ciências médicas e tecnológicas que contribuíram para menores taxas de mortalidade em todas as etapas da vida e melhores condições sanitárias mudando assim, o estilo de vida da população.⁹ Com a inserção da mulher no mercado de trabalho e com o aumento do uso de métodos contraceptivos e dos custos para criação dos filhos, as taxas de natalidade sofreram redução.³¹⁻³⁴

Nesses países, essa transição demográfica ocorreu lentamente, o que lhes deu tempo para promover ações médico-sociais que atendessem à demanda da nova configuração populacional.^{9,10}

Nos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, essa transição demográfica tem ocorrido de forma muito rápida desde a década de 60.¹⁰ Entre os fatores que concorrem às causas dessa mudança estão o aumento do acesso aos serviços de saúde e ao saneamento básico, implantação de cuidados básicos de saúde e higiene, acesso aos benefícios do progresso científico e às campanhas de vacinação em massa e o melhor atendimento pré-natal e neonatal contribuindo assim para redução das taxas de mortalidade infantil.^{9,10}

Durante as primeiras quatro décadas do século XX, o Brasil apresentava estabilidade na estrutura etária de sua população, devido à pequena oscilação nas taxas de natalidade e mortalidade. No período de 1940 a 1970, a mortalidade sofreu quedas progressivas, a expectativa de vida aumentou e, aliadas às altas taxas de fecundidade, ainda existentes, ocasionaram no Brasil uma explosão demográfica (ver gráfico 2.1). A população aumentou de 41 milhões, em 1940 para 93 milhões, em 1970. Nesse período não houve mudanças significativas na composição etária, sendo a porcentagem média de jovens de 42,3% e de idosos de 2,5% da população. A partir de 1960 a taxa de fecundidade sofreu um sensível declínio e o envelhecimento da população tornou-se mais acentuado.⁹ (Gráficos 2.1 e 2.2, Tabela 2.1).

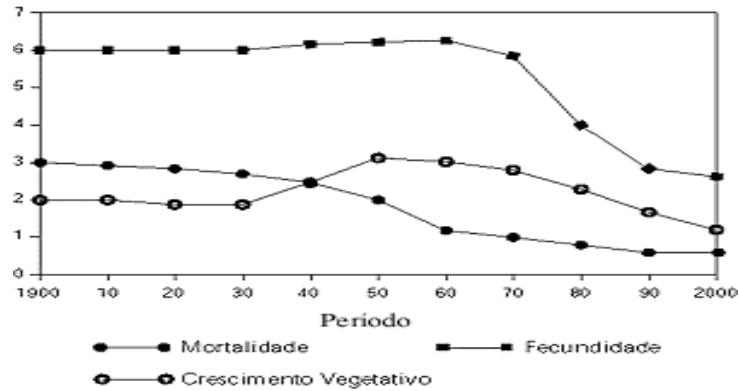


Gráfico 2.1- Taxas de mortalidade, crescimento vegetativo e fecundidade total, Brasil 1900 - 2000

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Informações demográficas e socioeconômicas, 1980, 1985, 1991, 1996, 1997, 1999 e 2000

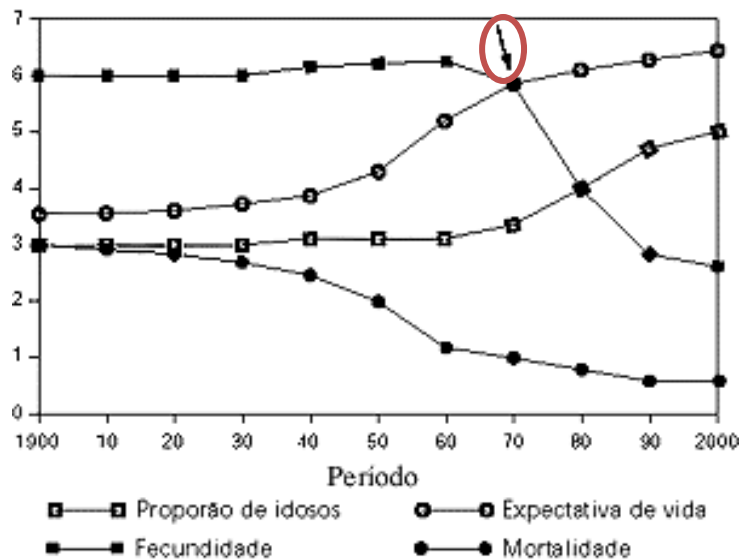


Gráfico 2.2 - Processo de envelhecimento, Brasil 1900-2000

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Informações demográficas e socioeconômicas, 1980, 1985, 1991, 1996, 1997, 1999 e 2000

Nota: a proporção de idosos começa a crescer a partir de 1960, em consequência da queda da taxa de fecundidade (seta).

O censo demográfico de 1991 mostrou que naquela época o Brasil possuía 7.085.487 idosos passando em 2000 para 9.935.100, indicando um crescimento de 3,86%; muito maior que da população brasileira total (1,64%) e das

outras faixas etárias. Em 2005, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) indicou que o Brasil possuía mais de 18 milhões de pessoas maiores de 60 anos correspondendo a quase 10% da população total e em 2007 essa proporção já era de 10,5%. A proporção de idosos na população brasileira cresceu conforme apresentado na tabela 2.1.³²⁻³⁵

Tabela 2.1 - Proporção de idosos na população brasileira no século XX

Ano	Proporção de idosos (%)
1900	3,3
1920	4,0
1940	4,1
1950	4,2
1960	4,9
1970	5,1
1991	7,3
2000	8,6
2007	10,5

Fonte: IBGE: Censo demográfico 2000, PNAD 2005 e 2007

Se a tendência atual mantiver-se, estima-se que em 2020 os idosos serão 13% da população brasileira, atingindo a marca de 30 milhões de pessoas (gráfico 2.3).²⁸ Em 1950 o Brasil tinha a 16º maior população idosa do mundo. Em 2000 ele ocupava a 13º posição e projeções indicam que em 2025 atingiremos o 6º lugar.^{9,32}

O gráfico 2.3 apresenta o crescimento da população idosa a partir de 2000 e projeções até 2020.

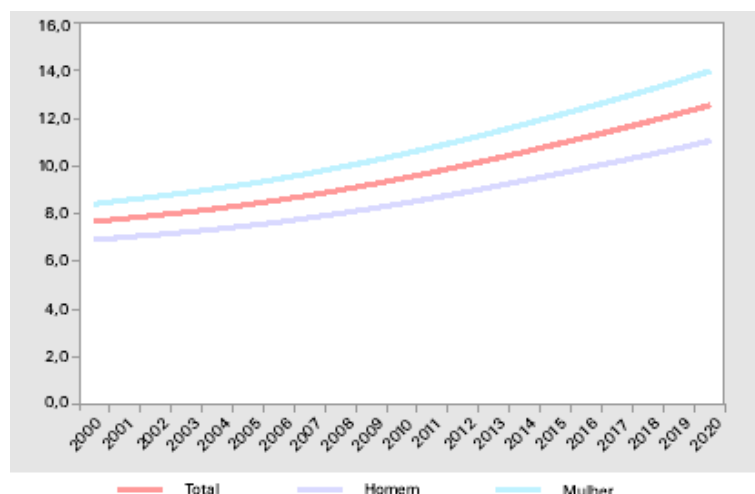


Gráfico 2.3 - Projeção de crescimento da população de 60 anos ou mais de idade, segundo o sexo, Brasil 2000-2020

Fonte: IBGE, Censo demográfico 2000.

Os indicadores demográficos indicam que essa tendência continuará refletida pela redução das taxas de natalidade e fecundidade e aumento da expectativa de vida ao nascer e da expectativa aos 60 anos. No entanto, a taxa de mortalidade aumentará em virtude do aumento da longevidade da sua população.

(Tabela 2.2)

Tabela 2.2 – Indicadores demográficos implícitos na projeção da população, Brasil, 1991/2030

Indicador	1991	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Natalidade	24,67	23,65	21,37	17,97	15,24	13,88	13,06	12,09	11,02
Fecundidade	2,89	2,72	2,41	2,02	1,76	1,64	1,6	1,59	1,59
Mortalidade	7,03	6,75	6,41	6,25	6,24	6,36	6,61	6,98	7,51
Esperança de vida ao nascer	66,93	68,5	70,44	72,05	73,53	74,9	76,16	77,3	78,33
Esperança de vida aos 60 (Homens)	17,41	18,02	18,85	19,31	19,77	20,22	20,66	21,07	21,47

Indicador	1991	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Esperança de vida aos 60 (Mulheres)	19,96	20,76	21,75	22,42	23,09	23,74	24,35	24,93	25,46

Fonte: IBGE: Indicadores sóciodemográficos, prospectivos para o Brasil 1991-2030.

Uma forma de caracterizar o crescimento relativo da população idosa é avaliar a relação idoso/criança, chamada índice de envelhecimento, descrita pela fórmula:

$$\frac{\text{População > 60 anos}}{\text{População 0-14 anos}} * 100$$

Este parâmetro passou de 15,9% em 1980 para 21,0% em 1991 e em 2000 encontrava-se em 28,9%, significando que naquele ano, para cada 100 jovens de até 15 anos, existiam 29 idosos, caracterizando um envelhecimento da população brasileira em relação aos anos anteriores em que esse proporção era de 16:100 em 1980 e 21:100 em 1991.²⁸

Outro parâmetro que reflete o processo de transição demográfica da população brasileira é a forma das pirâmides etárias ao longo do século XX. A forma piramidal expressa uma população em crescimento, com bases largas devido ao alto contingente de crianças e jovens e decorrência da alta fecundidade. À medida que a proporção entre as diferentes faixas etárias diminuem, a pirâmide toma forma retangular, expressando um crescimento estabilizado, com redução das taxas de mortalidade.⁹

A pirâmide etária brasileira de 2000 apresentou estreitamento da base e tendência à retangularização. As projeções futuras indicam estabilização da população. (Figuras 2.1 e 2.2)

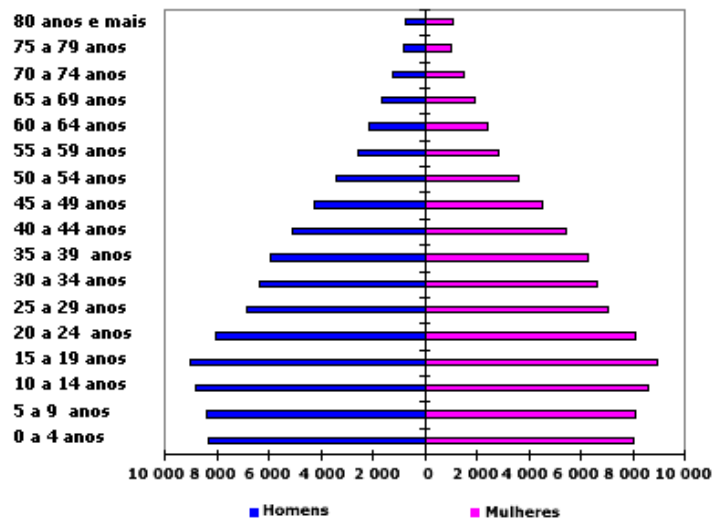


Figura 2.1 - Pirâmide populacional do Brasil - 2000

Fonte: IBGE, censo demográfico 2000.

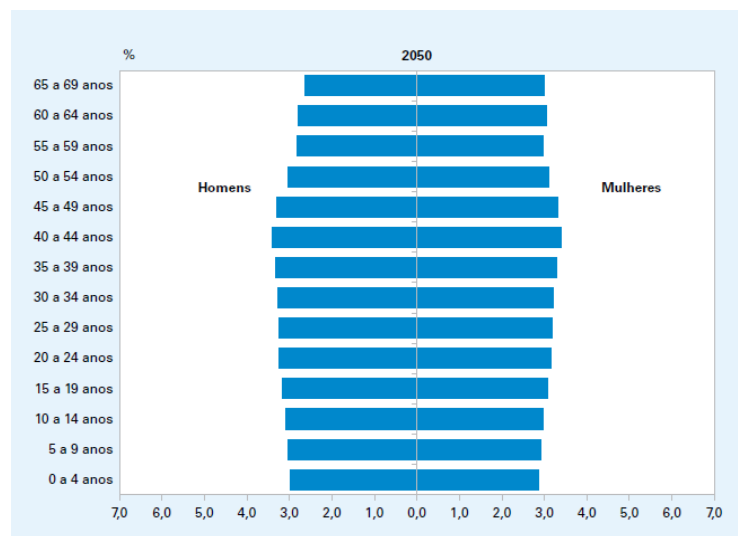


Figura 2.2– Projeção da pirâmide populacional do Brasil - 2050

Fonte: IBGE: Projeção da população do Brasil, 1980-2050

Um fato observado é que a população idosa não cresce homogeneamente. O segmento que mais cresceu entre 1991 e 2000 foi o de pessoas com 75 anos ou mais. O crescimento relativo nesse período foi de 49,3%

indicando que, além do envelhecimento da população, há um envelhecimento da própria população idosa.³² (Gráfico 2.4)

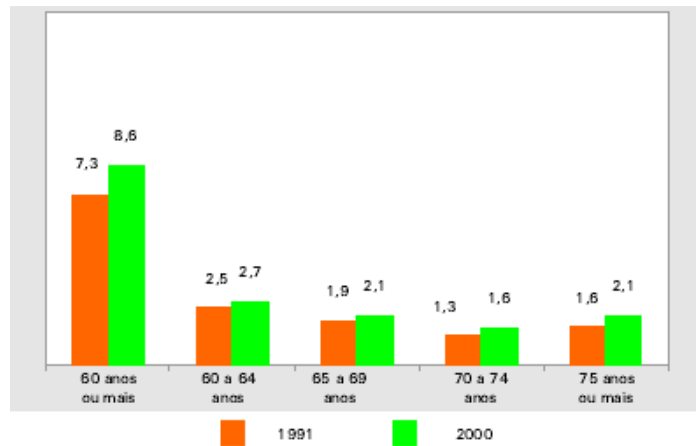


Gráfico 2.4 - Distribuição percentual da população idosa, em relação à população total, segundo os grupos de idade, Brasil 1991/2000

Fonte: IBGE, censo demográfico 2000.

A PNAD 2005 mostrou que 8,1 milhões brasileiros tinham mais de 70 anos de idade (4,4% da população) e a projeção da população para 2050 revela que esse número pode alcançar os 34,3 milhões (13,2% da população total).³³ (Gráficos 2.5 e 2.6)

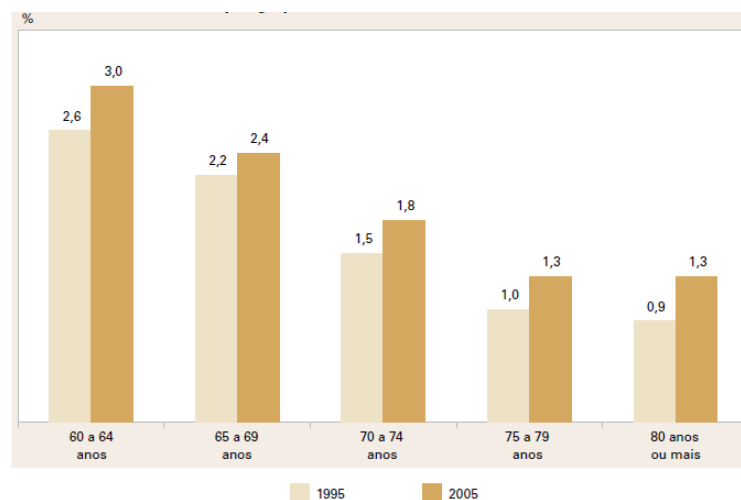


Gráfico 2.5 – Percentual de idosos por grupo de idade, Brasil, 1995/2005

Fonte: IBGE: Indicadores sociais, 2006

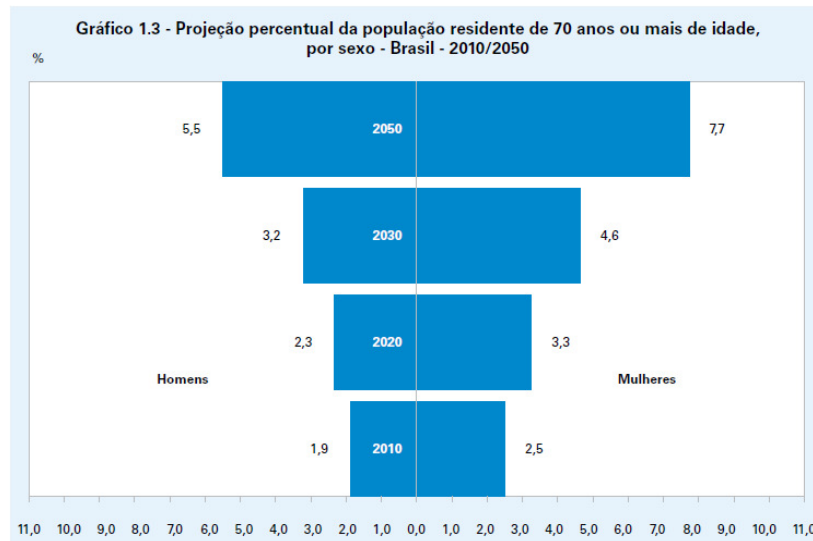


Gráfico 2.6 – Projeção da população maior de 70 anos por sexo, Brasil, 2010/2050

Fonte: IBGE: Indicadores sociais, 2006

Os idosos maiores de 70 anos eram 2,4 milhões de brasileiros em 2005 sendo as mulheres a maioria nesse grupo numa proporção de 62 homens para cada 100 delas. Esse grupo sofre com mais doenças crônicas, incapacidades funcionais, e possui menor autonomia exigindo maior atenção e adaptação da família e da sociedade.³²

Outra característica observada no processo de envelhecimento da população idosa brasileira é a predominância do número de mulheres. Em 1991 elas eram 54% da população idosa brasileira passando para 55,1% em 2000. A expectativa de vida para as mulheres é 8 anos maior que para os homens (Tabela 2.2) devido por exemplo ao menor envolvimento delas com tabagismo, etilismo e em acidentes de trabalho. Além disso, as mulheres são mais cautelosas com a saúde, procuram assistência médica mais precocemente e realizam mais exames preventivos que os homens.^{28,36} A PNAD 2007 revelou que embora nasçam mais homens, no Brasil, as mulheres vivem mais.³⁵

Os dados da PNAD têm mostrado uma maior participação dos idosos na família e na sociedade e têm revelado o perfil das famílias brasileiras. Em 2005, 65,3% dos idosos eram considerados as pessoas de referência da família na comunidade onde moravam. O Norte (70,5%) e o Nordeste (68,3%) do país possuíam mais idosos morando com filhos e/ou outros familiares devido ao menor poder aquisitivo dos idosos dessas regiões. Ao contrário a região Sul possuía maior contingente de idosos independentes morando sozinhos ou com seus cônjuges (> 15%). Em geral, as mulheres são as que mais moram sozinhas (> 20%), em especial aquelas com mais de 70 anos de idade; evidenciando a maior longevidade da população feminina.³³

O censo de 2000 mostrou que 62,4% dos idosos daquele período eram responsáveis por domicílios, um crescimento de 2% em relação a 1991. Foi observado que 20% dos domicílios brasileiros tinham idosos como principais mantenedores e que os homens eram a maioria: 60%.³⁴

Em 2005 a proporção de idosos ocupados era de 30,2% do total, totalizando 5,6 milhões de brasileiros. Entre esse grupo, a maior proporção era dos mais jovens (60 a 64 anos) e de homens (43%). As mulheres ocupadas de acordo com a PNAD 2005 era de 20%.³³

O rendimento médio dos idosos também aumentou ao longo dos anos. Em 1991 eles recebiam em torno de R\$ 403,00 enquanto em 2000 a renda média passou para R\$ 657,00 devido ao reajuste do salário-mínimo e melhorias das políticas de Previdência Social. Nessa época foi verificado que a maior renda era dos idosos do Distrito Federal (R\$ 1.796,00) e a menor dos maranhenses (R\$ 287,00); refletindo as desigualdades existentes entre as regiões brasileiras.³⁴ Em 2005 os resultados foram semelhantes: o Distrito Federal (23%) possuía idosos com

maior renda *per capita*, superior a cinco salários-mínimos seguido pelo Rio de Janeiro (15,3%). Os maiores crescimentos nesse período foram na região Sudeste e Nordeste, onde a proporção de idosos cuja renda é inferior a ¼ de salário-mínimo diminuiu expressivamente. (Gráfico 2.7) ³³

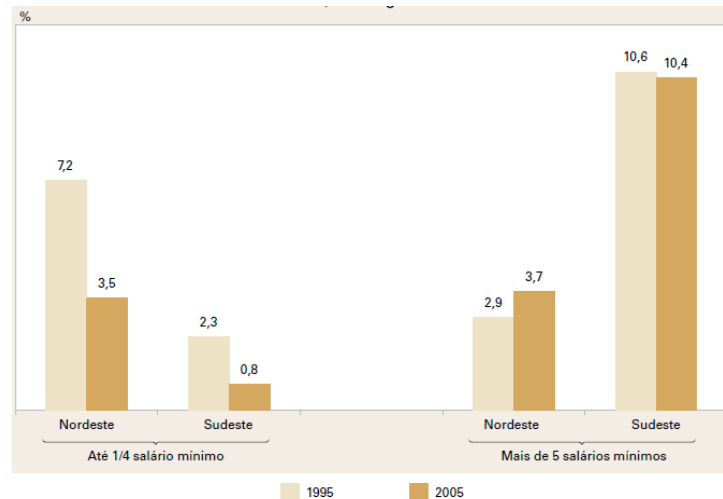


Gráfico 2.7 – Avaliação do rendimento mensal dos idosos nas regiões Nordeste e Sudeste (por %), Brasil 1995/2005

Fonte: IBGE: Indicadores sociais, 2006

A proporção de idosos aposentados e pensionistas em 2005 era de 78,2% e de aposentados 65,3%. Entre os pensionistas a maioria são as mulheres: 33,3% contra 2,2% dos homens. A proporção de idosos aposentados e ocupados também cresceu entre 1995 e 2005: 19% dos idosos; sendo a maioria entre 60 e 69 anos de idade. ³³

No período de 1995 a 2005 também foi observada uma melhoria nas condições educacionais dos idosos brasileiros. O censo de 2000 mostrou que 64,8% dos idosos brasileiros eram alfabetizados, representando um aumento significativo em relação a 1991 (55,8%). Dentre os alfabetizados, houve um predomínio das mulheres: 62,4%. Essa tendência também foi observada nos anos seguintes em virtude da melhoria das políticas de educação e ao aumento de faculdades públicas

e privadas. O Distrito Federal e o Rio de Janeiro possuíam em 2000 a maior proporção de idosos com mais de 9 anos de estudo: 29,1% e 26,7% respectivamente. Essa tendência prevalece até o presente.³³ (Gráfico 2.8)

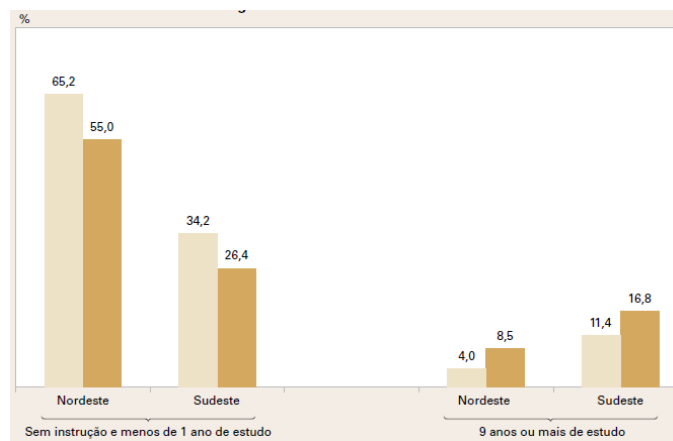


Gráfico 2.8 – Percentual de idosos sem instrução e com mais de 9 anos de estudo nas regiões Nordeste e Sudeste, Brasil 1995/2005

Fonte: IBGE: Indicadores sociais, 2006

Observa-se ainda que o processo de envelhecimento da população brasileira difere entre os Estados, sobretudo, em virtude das desigualdades socioeconômicas entre as regiões do país. A região Norte apresenta índices de envelhecimento variável entre 0,07 e 0,18 enquanto nas regiões mais desenvolvidas esse índice é bem maior sendo o Rio de Janeiro o Estado com maior percentual de idosos em relação a sua população total: 43 idosos para cada 100 jovens de até 15 anos.^{9,29,37} Em números absolutos, São Paulo é o Estado com maior contingente de idosos: 4 milhões, correspondendo a 10% da população idosa brasileira. No período de 1995 a 2005 esses números aumentaram refletindo o envelhecimento da população brasileira em todos os Estados.³³ (Gráfico 2.9)

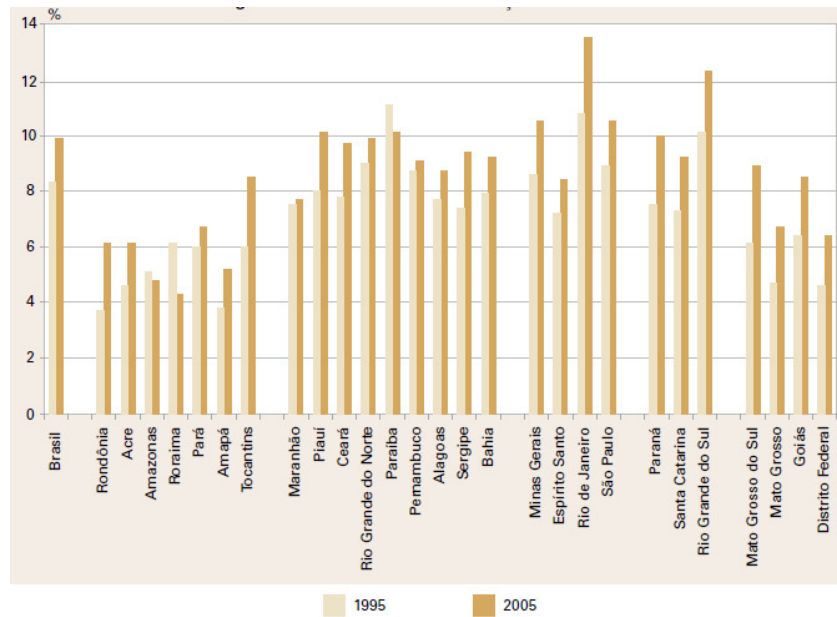


Gráfico 2.9 – Percentual da população idosa por estado brasileiro, Brasil, 1995/2005

Fonte: IBGE: Indicadores sociais, 2006

No Distrito Federal observa-se a mesma tendência, porém, mais lentamente. Até a década de 50, o Distrito Federal era uma região pouco habitada. A partir desse ano tiveram início as primeiras correntes migratórias para essa região, trazendo trabalhadores jovens para participar da construção da nova cidade,^{38,39} Assim, até alguns anos atrás, a população do DF caracterizava-se por ser essencialmente jovem, como mostrou o censo de 1960.¹⁰ Nesse ano, a população total era de 139.796, sendo 67,7% representados por indivíduos com idade entre 15 e 59 anos e 1,2% por indivíduos com 60 anos ou mais. (Tabela 2.3)

Nos anos seguintes a população da nova capital brasileira continuou crescendo e o censo de 1970 mostrou quase 538 mil habitantes. Nesse período a taxa de natalidade aumentou o que ocasionou um aumento principalmente de pessoas entre 0 e 14 anos. Nos próximos anos, a população do Distrito Federal

continuou aumentando e, por conseguinte, envelhecendo. Em 1980 os idosos já eram 2,8% da população total do DF e em 2000 5,3%. (Tabela 2.3)

Tabela 2.3 - Evolução da população do Distrito Federal, 1960-2000

Ano	População residente	Taxa de crescimento anual	Proporção segundo faixa etária (%)		
			0 a 14	15 a 59	60 e mais
1960	139.796	-	31,1	67,7	1,2
1970	537.492	14,42	42,4	55,4	2,2
1980	1.176.935	8,15	37,8	59,4	2,8
1991	1.601.094	2,84	33,9	62,1	4,0
1996	1.821.946	2,62	30,4	65,0	4,6
2000	2.051.146	3,01	28,5	66,2	5,3

Fonte: CODEPLAN, 1998; IBGE: censo 2000.

Nota: observe o aumento da proporção de pessoas de 60 anos e mais

Os dados mostram que mesmo sendo caracteristicamente jovem, a população do Distrito Federal está passando por um lento processo de envelhecimento. Assim, essa região também segue a transição demográfica que vem ocorrendo no Brasil.³⁸ Alguns dos fatores que contribuem para ocorrência desse fenômeno são: desenvolvimento de melhores técnicas de saúde, saneamento básico, elevação das condições de vida, urbanização e industrialização, maior participação feminina no mercado de trabalho, melhor escolarização da população e orientação quanto a melhor alimentação e higiene.³⁸

O envelhecimento da população do DF também é visualizado pela conformação das pirâmides populacionais. A tendência ao longo dos anos é adquirir uma forma mais retangular, indicando aumento da população mais velha. A pirâmide

de 2000 apresenta, nitidamente, sua base mais estreita em relação às décadas anteriores (figura 2.3)

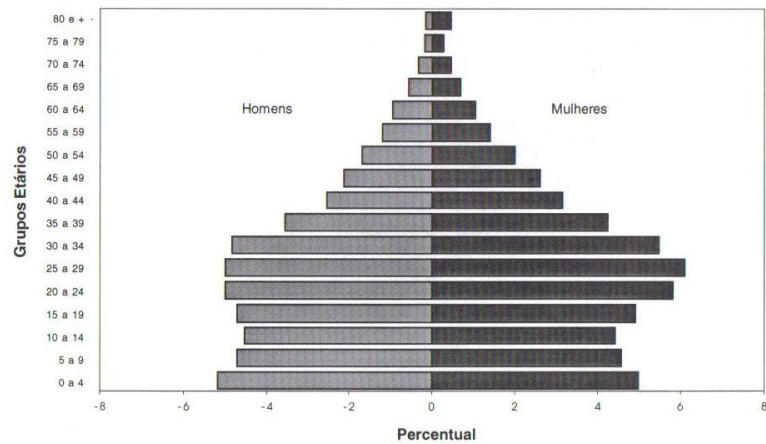


Figura 2.3- Pirâmide populacional do Distrito Federal – 2000

Fonte: CODEPLAN, 1998

Uma característica observada é que no DF, há um predomínio da população idosa urbana muito maior que a média brasileira. 96,5% dos idosos vivem na área urbana, enquanto apenas 3,5% vivem na área rural.^{39,40}

Em 1960, a população idosa do DF era, em sua maioria, masculina. Essa fração era de 51,7%. Durante os anos procedentes, essa proporção foi sofrendo alterações devido às mudanças do sexo predominante nas correntes migratórias. Em 1970 a fração idosa feminina já era de 53,9%. Nas décadas seguintes as mulheres continuaram a ser maioria entre a população idosa.³⁸⁻⁴¹ A Pesquisa Distrital por Amostras de Domicílios (PDAD) 2004 mostrou 154.280 idosos correspondendo a 7,4% da população do Distrito Federal sendo a maioria mulheres (53,9%).⁴⁰

Quanto à escolaridade, os dados indicam superioridade do nível de instrução dos idosos do Distrito Federal em relação aos dos demais Estados

brasileiros. Em 1970, 70,8% dos homens e 50,6% das mulheres maiores de 60 anos eram alfabetizados. Em 1980, essas proporções eram de 73% e 56%, respectivamente, o que se deu pela ampliação de cursos de alfabetização para adultos. Nas décadas seguintes, houve aumento dessas proporções sendo que em 1991, 78% dos idosos e 65% das idosas eram alfabetizados.^{33,38-41}

A população economicamente ativa de 60 anos ou mais do DF era 44,4% da população total em 1960. Em 1970, essa taxa caiu para 28,8%, apresentando valor ainda menor em 1991: 26,6%.³⁸ Essa redução da participação dos idosos no mercado de trabalho reflete a precariedade do ensino público brasileiro, mais acentuada anos atrás. Os idosos de hoje não conseguem competir por oportunidades com o grande contingente de jovens, que receberam melhor educação. Assim a inatividade dos idosos traz grande prejuízo para sua situação socioeconômica, obrigando-os a viver com menor renda familiar.³⁸ Além disso, diminui sua interação social e sua auto-estima ocasionando doenças como depressão.

Essa transição sóciodemográfica vivenciada pelos idosos é acompanhada por mudanças significativas no perfil epidemiológico dessa população. O aumento da expectativa de vida em decorrência da melhoria das condições sanitárias, higiênicas e da assistência médica a partir da segunda metade do século XX, acarretou aumento das doenças crônico-degenerativas em relação às infecto-contagiosas, predominantes anteriormente.

Essa transição epidemiológica envolve, sobretudo, mudança das causas de mortes e predomínio da morbidade em relação à mortalidade principalmente dos grupos mais velhos da população.

A tabela 2.4 indica as principais causas de morte no Brasil ao longo dos anos. Observe que em 1930 as doenças infecto-contagiosas eram a principal causa de mortes e em 1990 já representava o 5º lugar. Ao mesmo tempo doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças do aparelho respiratório tornaram-se as principais causas de mortes entre os brasileiros.^{9,36,42,43}

Tabela 2.4 – Principais causas de mortes no Brasil, 1930-1990

	1930	1960/70	1980	1990
1ª	Infecto-contagiosas	Cardiovasculares	Cardiovasculares	Cardiovasculares
2ª	Cardiovasculares	Infecto-contagiosas	Causas externas	Causas externas
3ª	Respiratórias	Neoplasias	Infecto-contagiosas	Neoplasias
4ª	Digestivas	Respiratórias	Neoplasias	Respiratórias
5ª	Neoplasias	Digestivas	Respiratórias	Infecto-contagiosas
6ª	Causas externas	Causas externas	Causas perinatais	Causas perinatais
7ª	Causas perinatais	Causas perinatais	Digestivas	Digestivas

Fonte: Freitas et al, 2002 e Holsbach, 2007.

No Distrito Federal, observa-se a mesma tendência epidemiológica. Entre 1979 e 1996, 36% das mortes eram de indivíduos de até 14 anos, 40% de indivíduos na faixa entre 15-59 anos e 24% de pessoas acima de 60 anos. Ainda ao longo desse período, a mortalidade de indivíduos de 15-59 anos permaneceu elevada, porém, a de indivíduos de até 14 anos reduziu para 14% enquanto a dos maiores de 60 anos aumentou para 40%.^{38,41}

Nesse mesmo período as doenças cardiovasculares foram as de maior prevalência representando também a principal causa de morte entre idosos. As mortes por doenças cardiovasculares aumentaram de 40 para 47% enquanto as por neoplasias reduziu de 18,4 para 17,2%, ocupando ainda, o 2º lugar.^{38,41} Essa

tendência continuou nos anos seguintes porém as mortes por causas externas ocuparam o 2º lugar no ranking das causas de mortes entre os brasileiros e as neoplasias o 3º lugar.

Essa transição epidemiológica também ocorreu nos países desenvolvidos, porém, de uma maneira mais lenta sendo possível reestruturação das políticas de saúde adequadas à nova realidade. Nos países em desenvolvimento, a explosão demográfica de idosos ocorreu rapidamente, sobretudo a partir da segunda metade do século XX e não houve tempo suficiente para reestruturar a assistência médica.⁴³

O resultado inicial foi precariedade na assistência aos idosos acarretando redução da qualidade de vida e aumento da mortalidade desses cidadãos onerando assim, os custos com serviços de saúde. Ao longo dos anos, esses países, inclusive o Brasil, tiveram a necessidade de criar políticas públicas que minimizassem esses problemas garantindo assim respeito aos direitos dos idosos, cidadania, inclusão social, liberdade, acesso aos serviços de saúde, educação, lazer, Previdência Social e, por conseguinte, melhoria da qualidade de vida.

2.2 Políticas Públicas de Assistência ao idoso

No Brasil, políticas públicas foram criadas para estabelecer os direitos dos idosos. Na Constituição Federal de 1988 artigo 1º inciso III e artigo 3º incisos III e IV é estabelecido o direito à igualdade e ausência do preconceito, entretanto essa se refere a toda a população brasileira não apenas aos idosos. Porém, o artigo 230 refere-se exclusivamente aos idosos determinando que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”.⁴⁴

A Constituição Federal ao determinar em seu artigo 203 que a “Seguridade Social garante os direitos à saúde, à previdência e à assistência social” criou um novo modelo de política social a fim de garantir melhores condições de vida à população brasileira, inclusive aos aposentados contribuintes da Previdência Social e aos necessitados e desamparados através da Assistência Social.⁴⁴

A partir daí, a legislação brasileira reconheceu e ampliou a assistência ao idoso criando em 04 de janeiro de 1994 por meio da Lei 8.842 a Política Nacional do Idoso e em 01 outubro de 2003 através da Lei 10.741 o Estatuto do Idoso.⁴⁵

A Política Nacional do Idoso foi criada segundo o seu artigo 1º para “assegurar os direitos sociais dos cidadãos brasileiros maiores de 60 anos criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na comunidade.”

Segundo o artigo 3º dessa Lei a garantia desses direitos é dever da família, da sociedade e do Estado. Suas principais diretrizes (artigo 4º) são a viabilização de alternativas para integração do idoso às outras gerações,

representatividade através dos Conselhos do Idoso nas políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos pelo governo e comunidade além de apoio a estudos e pesquisas em Geriatria e Gerontologia e capacitação de recursos humanos nessa área.

A Lei 8842/1994 determinou ainda que a gestão e coordenação da Política Nacional do Idoso é competência do Ministério da Assistência Social com participação dos Conselhos Nacional, estaduais, do Distrito Federal e municipais do Idoso (artigo 5º).

O capítulo IV artigo 10º determina as diversas competências dos órgãos e entidades públicos garantindo assim, os direitos dos idosos nas áreas de assistência social, saúde, educação, justiça, trabalho e previdência social, urbanismo e habitação, cultura, esporte e lazer. Na área de saúde é garantida a assistência à saúde do idoso nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde, a criação de programas para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde dos idosos, entre outros.

O Decreto 1.948 de 03 de julho de 1996 regulamentou a Lei 8.842/94 e determinou no artigo 2º inciso VIII como competência do Ministério da Previdência e Assistência Social fomento junto aos Estados, Distrito Federal, municípios e organizações não governamentais para a assistência social aos idosos nas modalidades asilar e não-asilar.⁴⁶

Segundo o artigo 3º desse Decreto, modalidade asilar é “o atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social”. Assim, entende-se que o idoso não deve ser afastado da família e do seu convívio familiar, só devendo ocorrer

institucionalização em caso de inexistência de família, abandono, carências de recursos financeiros próprios ou da família (parágrafo único artigo 3º).

Segundo a Art. 4º do Decreto 1.948/96 entende-se por modalidade não-asilar:

- I – Centro de Convivência: local destinado a permanência diurna do idoso, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania;
- II – Centro de Cuidados Diurnos: Hospital-Dia e Centro-Dia: local destinado à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional;
- III – Casa - Lar: residência, em sistema participativo, cedida por instituições públicas ou privadas, destinada a idosos detentores de renda insuficiente para sua manutenção e sem família;
- IV – Oficina Abrigada de Trabalho: local destinado ao desenvolvimento, pelo idoso, de atividades produtivas, proporcionando-lhe oportunidade de elevar sua renda, sendo regida por normas específicas;
- V – Atendimento domiciliar: é o serviço prestado ao idoso que vive só e seja dependente, a fim de suprir suas necessidades de vida diária. Esse serviço é prestado em seu próprio lar, por profissionais da área de saúde ou por pessoas da própria comunidade;
- VI – Outras formas de atendimento: iniciativas surgidas na própria comunidade, que visem à promoção e à integração da pessoa idosa na família e na sociedade”.

Nesse contexto, as instituições de longa permanência surgiram para atender a demanda de idosos que necessitam de cuidados contínuos e cuja família não possui condições financeiras, emocionais e sociais para mantê-los. Essa nova modalidade de serviço a idosos foi definida pela Portaria SEAS 2.874 de 19 de julho

de 2000, que entre outras disposições, estabeleceu valores mensais de referência a serem cobrados para idosos dependentes e independentes.⁴⁷

As ILPI's são consideradas unidades de saúde de baixa complexidade cujo funcionamento foi normatizado pela ANVISA através da RDC 283 de 26 de setembro de 2005, seguindo diretrizes da Política Nacional do Idoso. De acordo com essa resolução, as ILPI's devem possuir estrutura física, equipamentos e recursos humanos de acordo com a complexidade dos cuidados ofertados. Essa classificação é feita baseada no grau de dependência dos idosos atendidos. Segundo essa norma eles são classificadas em quatro grupos:⁴⁸

- a) Grau de Dependência I: idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda;
- b) Grau de Dependência II - idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;
- c) Grau de Dependência III - idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.
- d) Indivíduo autônomo - é aquele que detém poder decisório e controle sobre a sua vida.

Em observância a essa classificação, o número de cuidadores é definido:

- Grau de Dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia;
- Grau de Dependência II: um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno;
- Grau de Dependência III: um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno.

Além disso, essas instituições devem possuir recursos humanos com vínculo formal de trabalho para as áreas de lazer, limpeza, lavanderia e alimentação, além de responsável técnico na área de saúde devidamente registrado no órgão de classe. Quanto à infra-estrutura é exigida presença de dormitórios separados por sexo com no máximo quatro idosos, dotados de banheiro obedecendo à área mínima estabelecida.⁴⁸

O responsável técnico da instituição é responsável pela guarda e administração dos medicamentos dos idosos sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica. Além disso, o responsável técnico deve notificar a autoridade sanitária local a ocorrência de doenças consideradas de notificação compulsória e de eventos sentinela como quedas com lesão e tentativas de suicídio entre os internos.⁴⁸

As ILPI's podem ser governamentais e não-governamentais de caráter filantrópico, beneficente ou com fins lucrativos. Segundo pesquisa feita pela UNIFESP 35% delas são filantrópicas ou beneficentes enquanto os 65% restantes possuem fins lucrativos.⁴⁹ As instituições que visam lucro cobram de quatro a sete salários mínimos por paciente.^{47,49,50} Segundo a RDC 283/05 cada quarto deveria ter no máximo quatro leitos, mas em 70% das instituições beneficentes isso não é respeitado privando o idoso à liberdade e privacidade.^{48,49,51}

O artigo 9º do Decreto 1.948/96 em observância ao artigo 196 da Constituição Federal determina as competências do Ministério da Saúde em relação às políticas de saúde do idoso passando a ser da responsabilidade desse Ministério a garantia da assistência integral à saúde por equipe multiprofissional e interdisciplinar em Unidades básicas e de referência, do acesso à assistência hospitalar, do fornecimento de medicamentos, órteses e próteses necessários à

recuperação e reabilitação da saúde do idoso e do desenvolvimento de políticas de prevenção para que a população envelheça mantendo um bom estado de saúde.

Nesse contexto são garantidos os direitos dos idosos a fim de promover um envelhecimento com bom estado de saúde física e mental, o convívio familiar, a integração à sociedade livre de discriminação, abusos e maus-tratos desempenhando assim, um papel social ativo com autonomia e independência.

Em conformidade com o que determina a Lei Orgânica de Saúde 8.080/90 e a Lei 8.842/94 e considerando a necessidade brasileira de criação de uma política específica para a saúde do idoso, o Ministério da Saúde criou em dezembro de 1999 a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria 1.395/GM de 10 de dezembro de 1999) como parte essencial da Política Nacional de Saúde. Essa política tem como diretrizes essenciais:⁵²

- Promoção de um envelhecimento saudável estimulando hábitos de vida saudáveis;
- Manutenção da capacidade funcional prevenindo agravos na saúde e detecção precoce de doenças;
- Assistência às necessidades de saúde do idoso tanto no âmbito ambulatorial, hospitalar e domiciliar;
- Reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- Capacitação de recursos humanos especializados;
- Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais buscando o apoio de pessoas próximas ao idoso que não são necessariamente profissionais de saúde;
- Apoio a estudos e pesquisas.

A promoção do envelhecimento saudável envolve ações que promovam melhoria constante das habilidades funcionais do idoso mediante adoção de hábitos saudáveis de vida como manutenção de alimentação adequada e balanceada, prática regular de atividades físicas, convivência social, mecanismos de redução do estresse e; eliminação de comportamentos nocivos à saúde como tabagismo, etilismo e automedicação.⁵²

A Política Nacional de Saúde do Idoso tem como paradigma a perda da capacidade funcional decorrente do estilo de vida e das enfermidades prevalentes nessa população que representa fator limitante para execução de atividades rotineiras determinando a perda de autonomia e independência do idoso. A prevenção de perdas funcionais segundo essa norma deve ser desenvolvida em dois níveis específicos: prevenção e detecção precoce.

O primeiro nível de manutenção da capacidade funcional envolve a vacinação da população idosa contra tétano, pneumonia pneumocócica e influenza, segundo recomendação da OMS.

O segundo nível envolve ações para detecção precoce de doenças crônicas e prevalentes nessa população como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e osteoporose além da detecção de danos sensoriais, alterações de humor, perdas cognitivas, afecções bucais e perdas dentárias, deficiências nutricionais, isolamento social, perda de independência e autonomia.

A operacionalização dessas medidas, em sua maioria, dar-se-á nas unidades básicas de saúde. A prestação da assistência às necessidades de saúde do idoso é garantida nos âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar.

No âmbito ambulatorial essa Política institui o acompanhamento por equipe multiprofissional e interdisciplinar inclusive por médicos geriatras tendo como

princípios a abrangência, a sensibilização diagnóstica dos profissionais quanto às questões sociais envolvidas no bem-estar do paciente e a orientação terapêutica.

A orientação terapêutica envolve ações farmacológicas e não-farmacológicas destinadas a idosos e acompanhantes. As ações não-farmacológicas incluem mudanças de hábitos de vida e as farmacológicas incluem prescrição e uso racionais de medicamentos.

No âmbito hospitalar, a prevalência de doenças e o estado funcional é o parâmetro que orienta o atendimento ao idoso. Igualmente é instituída a assistência multiprofissional por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, dentistas e nutricionistas. Para atendimento a idosos dependentes, as instituições públicas e privadas, conveniadas ou contratadas pelo SUS, devem possuir obrigatoriamente uma equipe composta por no mínimo um médico geriatra.

Segundo a Política Nacional de Saúde ao Idoso a assistência domiciliar é uma alternativa obrigatória à internação prolongada em hospitais por ser menos onerosa e por manter o convívio familiar.

O cuidado domiciliar não visa redução dos custos nem transferência de responsabilidades.⁴³ Nesse tipo de assistência, tanto a família quanto o Estado têm seus papéis bem definidos. Cabe à família fornecer suporte financeiro, mas, principalmente emocional a seus idosos enquanto é responsabilidade do Estado criação e manutenção de programas de assistência domiciliar garantindo atendimento e acompanhamento por profissionais capacitados e acesso irrestrito a medicamentos, exames, materiais médico-hospitalares e serviços de saúde em geral cumprindo assim, seu papel de gestor na promoção, proteção e recuperação da saúde; em observância à Constituição Brasileira.

Em 1º de outubro de 2003 foi aprovado o Estatuto do Idoso, maior conquista dentre as políticas destinadas à Terceira Idade, que reafirmou ao longo dos seus 118 artigos os direitos dos idosos e determinou obrigações da família, da sociedade e do Poder Público. Segundo o Estatuto é dever de todos, a garantia com absoluta prioridade à vida, saúde, alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito e convivência social aos brasileiros maiores de 60 anos estabelecendo ainda, penalidades quando não ocorrer.⁵³

Segundo Holsbach, “o Estatuto representa o arcabouço de proteção legal, cível e criminal ao idoso”.⁴³

O capítulo IV artigo 15º desse Estatuto assegura “atenção integral à saúde do idoso por intermédio do SUS garantindo acesso universal e igualitário às ações e conjuntos para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde”. Dentre essas ações estão o cadastramento da população idosa em base territorial, atendimento em ambulatórios e centros de referencia por profissionais especializados, atendimento domiciliar e reabilitação para redução de seqüelas decorrentes de agravos à saúde. Além disso, o § 2º desse mesmo artigo “incumbe o Poder Público de fornecer aos idosos gratuitamente, medicamentos especialmente os de uso contínuo, órteses e próteses e outros recursos necessários para tratamento, habilitação e reabilitação de sua saúde.

O artigo 19º estabelece que as suspeitas ou confirmações de maus-tratos contra os idosos devem ser encaminhadas à autoridade policial, Ministério Público e/ou Conselhos Municipal, Estadual, do Distrito Federal ou Nacional do Idoso. Os agressores serão punidos com multa em dinheiro e reclusão de até 12 anos caso ocasionem morte do idoso.

O capítulo II, artigo 48 refere-se às entidades de atendimento ao idoso incluindo as ILPI's. Segundo o artigo 49 os princípios desses serviços são:

- I – preservação dos vínculos familiares;
- II – atendimento personalizado e em pequenos grupos;
- III – manutenção do idoso na mesma instituição, salvo em caso de força maior;
- IV – participação do idoso nas atividades comunitárias, de caráter interno e externo;
- V – observância dos direitos e garantias dos idosos;
- VI – preservação da identidade do idoso e oferecimento de ambiente de respeito e dignidade.

As entidades que não respeitarem as exigências da legislação estão sujeitas à multa, afastamento de seus dirigentes, interdição do funcionamento das mesmas além de suspensão do repasse de verbas públicas para as entidades não-governamentais.

Apesar do avanço das políticas públicas brasileiras destinadas ao idoso, o maior desafio, sobretudo para os gestores, é a efetivação das mesmas representando um longo caminho a trilhar. A implantação da assistência básica aos idosos torna-se viável com o trabalho das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e dos Centros de Referência à Saúde do Idoso, minimizando assim, as internações hospitalares e seus custos, além de promover redução das incapacidades funcionais e dos impactos sociais e emocionais negativos provocados por uma hospitalização ou institucionalização.

2.3 Aspectos Fisiológicos e Farmacológicos dos Idosos

O envelhecimento é um processo complexo e devido ao quadro epidemiológico atual, a Geriatria e a Gerontologia são áreas da Medicina que estão em franca expansão de conhecimento.

Há grande dificuldade em se definir envelhecimento, duas das definições que podem ser destacadas são:⁵⁴

“O envelhecimento é um processo contínuo, heterogêneo, universal e irreversível, que determina uma perda progressiva da capacidade de adaptação”

“O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte.”

Com o envelhecimento da população mundial, a Gerontologia passou por uma rápida expansão nos últimos anos, mas o processo de envelhecimento continua sendo uma incógnita para cientistas do mundo inteiro. Várias teorias tentam explicar o processo de envelhecimento embora a maioria delas ainda careça de uma base científica segura. Em geral evidenciam a influência do tempo e do ambiente aliados à genética para explicar o envelhecimento do nosso organismo. Algumas delas reportam aos radicais livres e ao próprio DNA a origem desse processo.

Ao envelhecer o organismo passa por uma série de transformações morfológicas e funcionais que afetam vários sistemas. Essas alterações são decorrentes de mudanças moleculares que ocorrem no interior das células afetando a quantidade, a estrutura e, por conseguinte, a função de macromoléculas como as proteínas e os ácidos nucleicos, sobretudo o DNA.

Essas alterações são acompanhadas por alterações fisiológicas importantes no intuito de restabelecer a homeostasia. As alterações incluem diminuição do número de células, aumento da porcentagem de gordura corporal, perda da massa muscular, diminuição da água intracelular, aumento da eliminação de substâncias úteis e retenção de substâncias tóxicas para as células; mutações no DNA nuclear e mitocondrial, insensibilidade dos tecidos à ação da insulina e redução do metabolismo basal com a conseqüente redução da utilização de oxigênio. Durante o processo de envelhecimento há uma redução do tamanho dos órgãos, exceto do coração, que geralmente sofre uma hipertrofia. As funções mais prejudicadas durante o processo de envelhecimento são a renal e a respiratória.

Como conseqüências ocorrem alterações na farmacodinâmica e farmacocinética. As alterações farmacocinéticas incluem mudanças no perfil de absorção, distribuição, metabolismo e excreção.

Apesar de pouca afetada pelo envelhecimento, o aumento do pH gástrico, a diminuição da secreção salivar, as alterações do fluxo sanguíneo esplênico, a diminuição da mobilidade gastrintestinal, da superfície de absorção e do transporte ativo podem ser causas de alterações na absorção de fármacos e nutrientes.⁵⁵

A distribuição dos fármacos é afetada pela redução da água corporal total e das proteínas, pelo aumento da massa gorda, redução do fluxo sanguíneo hepático e renal e desvio para o cérebro, coração e músculos; pela redução dos níveis plasmáticos de albumina, diminuição da função renal, diminuição da massa muscular, e por situações comuns nos idosos como tabagismo, etilismo, sedentarismo, alimentação e morbididades cardiovasculares, tireoidianas, renais e hepáticas.⁵⁵⁻⁵⁷ Essas situações alteram o volume de distribuição (Vd) e duração de ação dos fármacos. Os lipossolúveis como benzodiazepínicos e anestésicos como

tiopental, têm seu volume de distribuição aumentado devido ao acúmulo no tecido adiposo e sua taxa de excreção reduzida provocando aumento na duração de ação e risco de toxicidade. Por outro lado, as substâncias hidrossolúveis, como o lítio e etanol, apresentam seu volume de distribuição reduzido acarretando maior toxicidade mesmo em doses terapêuticas.^{55,58}

Com o envelhecimento, a quantidade de albumina e de outras proteínas plasmáticas também sofre redução devido às patologias presentes, características catabólicas, debilidade funcional e imobilidade comuns da idade. Como consequência a taxa de ligação a proteínas plasmáticas encontra-se reduzida acarretando alteração do volume de distribuição de fármacos e aumento da ocorrência de interações farmacológicas resultantes da competição para ligação a essas proteínas transportadoras.

A metabolização hepática também é alterada, cerca de 40% quando comparado a fase jovem, em virtude da diminuição no tamanho e peso do fígado em 44% nas mulheres e 28% nos homens e do fluxo sanguíneo hepático em 47%. As reações de fase I (redução, oxidação e hidrólise) são diminuídas enquanto as de fase II (conjugação) parecem não sofrer alteração com o avanço da idade.^{55,58}

A excreção renal é reduzida em virtude da diminuição do tamanho dos rins, da capacidade de eliminação renal de fármacos e metabólicos e do fluxo plasmático renal. Aos 80 anos, um indivíduo já sofreu redução de cerca de 30-40% do número de néfrons contribuindo assim, para aumento da meia-vida plasmática dos fármacos potencializando o risco de toxicidade.⁵⁹

Esses fatores contribuem para a manutenção de elevados níveis séricos de fármacos, podendo ocasionar o aparecimento de efeitos secundários, prejudiciais para o usuário.⁵⁶ As alterações na farmacocinética exigem ajustes na posologia e

dosagem de fármacos utilizados por idosos bem como monitoramento contínuo através de doseamento de seus níveis séricos e de seus metabólitos e das provas de funções fisiológicas como creatinina, uréia, enzimas hepáticas, musculares e cardíacas, entre outras.

Na Farmacodinâmica há poucas evidências quanto às mudanças no idoso. A resposta farmacodinâmica está relacionada ao número de receptores específicos na resposta intracelular e à taxa de ocupação do receptor pelo fármaco.⁶⁰

As alterações farmacodinâmicas no idoso podem ser provocadas por doenças, alterações dos mecanismos de controle homeostático, alterações no receptor e pós-receptor, acometendo os idosos com antagonismo, sinergismo, toxicidade, potencialização e efeito rebote de fármacos.

Mudanças na mobilidade, aumento do risco de quedas, sedação excessiva, redução da acuidade visual e auditiva, vertigem e comprometimento das funções cognitivas podem ser provocados pelo uso de medicamentos por idosos. Em virtude disso, alguns fármacos são considerados impróprios para esse grupo sendo que sua prescrição e utilização devem ser precedidas pela análise risco – benefício.

55,58,59

Os agentes beta-bloqueadores, por exemplo, constituem uma classe de fármacos que deve ser evitada pelos idosos. Nessa fase da vida, ocorre menor resposta a sua ação contribuindo para redução ou ausência de resposta taquicárdica às ações de vasodilatadores como bloqueadores de canais de cálcio e hidralazina.⁵⁸

As tabelas 2.5 e 2.6 apresentam fármacos que causam prejuízos funcionais nos idosos e que devem ser prescritos com precaução para esse grupo

de pacientes por ocasionar efeitos adversos potencialmente arriscados, de acordo com Beers, 2003 e Bisson, 2007.

Tabela 2.5 – Fármacos que podem causar prejuízos funcionais a idosos

Fármacos	Tipo de prejuízo funcional
Corticóides, lítio, estatinas	Artralgias, miopatias
Corticóides, fenitoína, heparina	Osteoporose, osteomalácia
Neurolépticos, metildopa, metoclopramida	Sintomas extrapiramidais Discinesia tardia
Metronidazol, fenitoína	Neuropatias
Ácido acetilsalicílico, furosemida	Vertigem
Neurolépticos, antidepressivos tricíclicos, benzodiazepínicos, anti-histamínicos	Retardo psicomotor
Beta-bloqueadores, diuréticos tiazídicos e de alça, corticóides e sulfoniluréias	Alterações nos níveis glicêmicos
Metildopa, propranolol, reserpina, benzodiazepínicos, neurolépticos, opióides, amantadina, anticonvulsivantes	Demência, perda de memória
Metildopa, beta-bloqueadores, corticóides	Depressão

Fonte: Beers, 2003 e Bisson, 2007.

Tabela 2.6 – Fármacos impróprios para idosos e justificativas

Medicamentos	Justificativas para inapropriação
Agentes sedativos Benzodiazepínicos de longa ação (diazepam e flurazepam)	Possuem meia-vida longa em idosos. Estão associados com sedação durante o dia e aumento do risco de quedas e fraturas ósseas.
Agentes antidepressivos Amitriptilina	Efeitos anticolinérgicos e hipotensão ortostática são maiores que os de outros antidepressivos tricíclicos.
Antiinflamatórios não esteroidais (AINEs) Indometacina Fenilbutazona	Efeitos adversos sobre o sistema nervoso central. Elevado risco de ocasionar agranulocitose.
Hipoglicemiantes orais Clorpropamida	Meia-vida longa podendo causar hipoglicemia prolongada; risco de causar síndrome da secreção inadequada do hormônio antidiurético.
Agentes analgésicos Propoxifeno Pentazocina	Baixa potência analgésica; pode causar dependência, sedação e confusão; pode causar toxicidade cardíaca e sobre o SNC. Causa os maiores efeitos adversos no sistema nervoso central, incluindo confusão e alucinações.
Inibidores de agregação plaquetária Dipiridamol	Causa cefaléia, vertigem e distúrbios do SNC; doses toleradas por idosos possuem eficiência questionável.
Drogas cardiovasculares Disopiramida Digoxina Metildopa Reserpina	Efeito inotrópico negativo, podendo induzir falência cardíaca; também possui efeitos anticolinérgicos fortes. Pela depuração renal diminuída, doses raramente devem exceder 0,125 mg/dia intenso, exceto quando para tratamento de arritmias atriais. Metildopa pode causar bradicardia e exacerbar depressão. Elevado risco de ocasionar depressão, impotência, sedação e hipotensão ortostática.
Relaxantes musculares Carisoprodol, Ciclobenzaprina e Clorzoxazona	Pouco tolerados por idosos, levando a efeitos adversos anticolinérgicos; a efetividade dos mesmos nas doses toleradas pelos idosos é questionável.
Agentes antiespasmódicos Hioscina, Propantelina e Dicitlomina	Pouco tolerados por idosos, levando a efeitos adversos anticolinérgicos; a efetividade dos mesmos nas doses toleradas pelos idosos é questionável.
Drogas antieméticas Trimetobenzamida	É a droga antiemética menos efetiva em idosos, e ainda pode causar efeitos adversos extrapiramidais.
Antihistamínicos Difenidramina, Prometazina e Dexclorfeniramina	Propriedades anticolinérgicas potentes. Preparações para tosse e resfriado que não apresentam antihistamínicos são preferíveis.

Fonte: Beers *et al.*, 1991; Stuck *et al.*, 1994; Willcox *et al.*, 1994; Beers, 1997; Nóbrega, 2005.

As alterações anatômicas, funcionais e imunológicas comuns do envelhecimento aliados às doenças, ao uso de muitos medicamentos, ao estado psicológico e também às condições socioeconômicas interferem diretamente na alimentação e no estado nutricional dos idosos.⁶¹

Fatores como alteração no teor de água, proteínas e gorduras, diminuição da capacidade de mastigação e deglutição, aumento da sensibilidade da mucosa oral a alimentos quentes ou frios, alteração na digestão e absorção de nutrientes, presença de constipação intestinal e diminuição da sensação de sede podem ocasionar distúrbios hidroeletrólíticos, desidratação, anorexia, desnutrição e carências nutricionais além de mudanças drásticas dos hábitos alimentares.⁶¹

O envelhecimento também é acompanhado pelo aumento de distúrbios neuropsiquiátricos como depressão, psicoses, delírios e demências. Debilidades comuns do processo de envelhecimento como redução da acuidade visual e auditiva, aumento do número de doenças crônico-degenerativas, redução da mobilidade acabam por limitar a execução de tarefas diárias e manutenção da vida.⁶²

Em alguns casos, a desesperança advinda do envelhecer, aliada às doenças, ao uso de muitos medicamentos, ao aumento das hospitalizações e à dependência para executar tarefas cotidianas faz com que o estado psicológico de alguns idosos seja cada vez mais comprometido. Situações como o advento da aposentadoria e a sensação de inutilidade que a acompanha, o declínio da atividade sexual e social e a institucionalização são fatores que agravam ainda mais a incidência de doenças psíquicas.⁶²

Em 1979 a OMS estimou que cerca de 35% dos idosos de países desenvolvidos sofriam de algum distúrbio mental e que 1 em cada 10 idosos sofriam de depressão.²⁶ Esses números hoje, são bem maiores.

Considerando as peculiaridades que acompanham o envelhecimento o acompanhamento e assistência multiprofissional, estabelecida em Lei, além do apoio familiar tornam-se extremamente importantes para minimizar as perdas funcionais e debilidades e garantir um envelhecimento saudável.

2.4 Assistência Farmacêutica ao Idoso

Desde o início do século XX, a atividade farmacêutica passou por diversas fases até alcançar o reconhecimento que hoje possui na assistência à saúde. Inicialmente, a atividade farmacêutica era centrada no papel do boticário que prescrevia, preparava e vendia os medicamentos e também fornecia orientações aos pacientes, possuindo grande reconhecimento e respeito na sociedade.^{63,64}

Com o desenvolvimento da indústria farmacêutica, a atuação direta do farmacêutico junto à população foi aos poucos diminuindo. O Decreto 20.877 de 30 de dezembro de 1931 criou a figura do prático representando a perda do papel social desenvolvido pela farmácia. A Lei 5.991/73 ao criar o papel do responsável técnico afastou ainda mais a atuação do farmacêutico junto à sociedade. As atividades farmacêuticas ganharam um enfoque mercantilista visando o lucro e o farmacêutico passou a ser um mero empregado afastando-se do seu papel de agente de saúde.⁶⁴

Nos anos 60, em plena crise de identidade profissional, em um cenário de fortalecimento da indústria farmacêutica e de vários desastres provocados pelo uso indevido de medicamentos, surgiu a Farmácia Clínica, promovendo maior atuação do farmacêutico como profissional de saúde. Na década de 70 surge a Atenção Farmacêutica (AF), como componente da Assistência Farmacêutica, atividade de intervenção promovida e exercida pelo farmacêutico visando maior atuação social do farmacêutico na promoção, prevenção e restauração da saúde da população.⁶³⁻⁶⁶

No Brasil, a Assistência Farmacêutica só foi reconhecida como política pública, a partir de 1971 com a criação da Central de Medicamentos (Ceme) cuja principal missão era o fornecimento de medicamentos à população com limitada

condição financeira. A Ceme funcionou até 1997 quando o Ministério da Saúde assumiu sua responsabilidade.⁶⁷

Nesse cenário de fortalecimento e desafios da Assistência Farmacêutica a prática da Atenção Farmacêutica foi se firmando com apoio de instituições governamentais. Em 1993, a Organização Mundial de Saúde promoveu um debate sobre o papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde e publicou a “Declaração de Tóquio”, documento que alavancou a prática da Atenção Farmacêutica.⁶⁴

Segundo a OMS a Assistência Farmacêutica é um ciclo composto por várias atividades representado na Figura 2.4.



Figura 2.4 – Ciclo da Assistência Farmacêutica

Fonte: Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica - Instruções técnicas para a sua organização. Brasília, 2002. (adaptado)

No Brasil, em 1998 a Política Nacional de Medicamentos (PNM), estabelecida através da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) e regulamentada pela Portaria GM/MS nº. 3.916/98 visou garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; a promoção do seu uso racional e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. Como diretrizes prioritárias, a PNM determinou revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), reorientação da Assistência Farmacêutica, promoção do uso racional de medicamentos e organização das atividades de Vigilância Sanitária de medicamentos. A PNM visou ainda o desenvolvimento do setor público farmacêutico e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos na área.⁶⁷⁻⁶⁹

Na PNM a Assistência Farmacêutica é definida como:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.⁶⁸

A reorientação da Assistência Farmacêutica está fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional de medicamentos e o acesso a medicamentos a menores custos.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2004 aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) através da Resolução CNS nº. 338/2004, que contribuiu para a formulação de políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial, entre outras, priorizando a intersetorialidade do SUS.⁷⁰

A PNAF definiu Assistência Farmacêutica como:

Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde tanto individual como coletiva tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia de qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e na melhoria da qualidade de vida da população.

A PNAF teve como seus principais eixos estratégicos a qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e de recursos humanos na área e norteou a formulação de outras políticas públicas relacionadas a medicamentos e ao papel do farmacêutico.

Nos anos seguintes, os investimentos e incentivos públicos à Assistência Farmacêutica aumentaram, sobretudo na atenção básica, em programas estratégicos, medicamentos excepcionais e na qualificação dos serviços assegurados mediante a publicação da Portaria nº. 2.577/2006.⁷¹

Apesar da extensa legislação incentivando o desenvolvimento e garantindo a Assistência Farmacêutica a todos os brasileiros como responsabilidade do Estado, inúmeras são as ações judiciais que tramitam nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e no Ministério Público para o fornecimento de medicamentos refletindo assim, a ineficácia das políticas públicas de saúde.

A fundamentação jurídica para as decisões judiciais estão nos artigos 196 e 201 da Constituição Federal Brasileira de 1988 que instituíram o Sistema único de Saúde e na Lei 8.080/1990. O artigo 196 estabelece que a “saúde é direito de todos e dever do Estado...”. De acordo com os artigos 6º e 7º da Lei Orgânica de Saúde,

“as assistências terapêuticas e farmacêuticas devem ser garantidas integralmente aos cidadãos brasileiros...”⁴⁴

Um trabalho realizado sobre a garantia do direito social a assistência farmacêutica no Estado de São Paulo mostrou que o sistema jurídico vem garantindo o direito social à Assistência Farmacêutica por meio de prestação jurisdicional.⁷² Infelizmente muitas pessoas ainda têm que recorrer à Justiça para conseguir o direito a medicamentos, materiais, internações, exames, tratamentos e assistência à saúde.

Esse trabalho mostrou que o Poder Judiciário não tem considerado a Política de Medicamentos, ignorando que os direitos do cidadão à Assistência Farmacêutica foram atrelados à elaboração de políticas sociais econômicas. Os autores descrevem que este fato pode favorecer a indústria farmacêutica, responsável pela comercialização de medicamentos inovadores inacessíveis a determinados pacientes e que não constam na relação dos medicamentos essenciais.⁷² Além disso, as ações judiciais podem representar um incentivo à corrupção e pagamentos de propinas dentro dos serviços de saúde.

Segundo a OMS, a Atenção Farmacêutica pode ser definida como a prática profissional na qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. A prática da Atenção Farmacêutica, como componente da Assistência Farmacêutica, deve estar orientada para a educação em saúde, dispensação, atendimento e acompanhamento farmacoterapêutico, registro sistemático e avaliação das ações com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos eficientes e seguros.^{65,66,68}

A “Proposta do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica” (OPAS, 2002), foi elaborado com o objetivo de uniformizar os conceitos e a prática

profissional no país.⁶⁵ A Atenção Farmacêutica foi reconhecida no Brasil como uma estratégia de atuação social e multidisciplinar do farmacêutico junto ao paciente e à sociedade.

A Atenção Farmacêutica envolve ações de dispensação, atendimento farmacêutico, seguimento farmacoterapêutico, orientação farmacêutica e educação em saúde.

O farmacêutico ao atender o paciente, avalia e o orienta em relação à farmacoterapia prescrita pelo médico, analisando a necessidade, eficácia e segurança de cada medicamento utilizado, detectando possíveis problemas relacionados a medicamentos (PRM's) e desenvolvimento de reações adversas (RAM's).

Ao praticar a Atenção Farmacêutica, o profissional deve ter sempre em mente que o objetivo principal não é intervir no diagnóstico ou na prescrição de medicamentos, atribuições do médico, mas, garantir uma farmacoterapia racional, segura e custo-efetiva. A resolução corresponde a um trabalho conjunto entre o médico, o farmacêutico, odontólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, e outros profissionais e o paciente garantindo a segurança e eficácia do medicamento.⁷³⁻⁷⁶

Em 1999, o grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada, Espanha, criou um modelo de seguimento farmacoterapêutico chamado Método Dáder.⁷⁷ Esse método baseia-se na obtenção da história farmacoterapêutica do paciente incluindo os problemas de saúde que ele apresenta, suas preocupações com saúde, os medicamentos que utiliza e a avaliação do seu estado de saúde, de forma a identificar e resolver os possíveis PRM's que possa apresentar. Após essa identificação realizam-se as intervenções

farmacêuticas necessárias para resolver os PRM e posteriormente avaliam-se os resultados obtidos.

O conceito de problemas relacionados a medicamentos (PRM) foi enunciado no Segundo Consenso de Granada⁷⁸ como problemas de saúde ou resultados clínicos negativos devido à farmacoterapia de causas diversas, que ocasionam redução da eficácia terapêutica ou o aparecimento de efeitos não desejados.

De acordo com esse conceito os PRM são classificados em três tipos relacionados à necessidade, efetividade e segurança da farmacoterapia. A tabela 2.7 apresenta a classificação dos PRM's.

Tabela 2.7 - Classificação de Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) segundo o II Consenso de Granada

NECESSIDADE
PRM 1 – O paciente tem um problema de saúde por não utilizar a medicação que necessita
PRM 2 – O paciente tem um problema de saúde por utilizar um medicamento que não necessita
EFETIVIDADE
PRM 3 – O paciente tem um problema de saúde devido à inefetividade não-quantitativa da medicação
PRM 4 – O paciente tem um problema de saúde devido à inefetividade quantitativa da medicação
SEGURANÇA
PRM 5 - O paciente tem um problema de saúde por insegurança não-quantitativa de um medicamento
PRM 6 - O paciente tem um problema de saúde por insegurança quantitativa de um medicamento

Fonte: Método Dáder, Manual de Seguimento Farmacoterapêutico, 1999.

A Atenção Farmacêutica envolve várias fases: ⁶⁴⁻⁶⁶

1. Estabelecimento da relação farmacêutico-paciente;
2. Coleta, síntese e análise das informações relevantes;
3. Análise dos sinais, sintomas e problemas relatados pelo paciente, identificados na anamnese;
4. Estabelecimento do resultado farmacoterapêutico desejado para cada problema relacionado com o medicamento;
5. Avaliação das alternativas terapêuticas disponíveis;
6. Eleição da melhor solução farmacoterapêutica e individualização do regime posológico;
7. Desenvolvimento do plano de monitorização terapêutica;
8. Início do tratamento individualizado e do plano de monitorização;
9. Realização do seguimento para avaliar o resultado.

A Atenção Farmacêutica pode ser desenvolvida desde a assistência básica até a assistência de alta complexidade nos diferentes locais de atuação do farmacêutico: drogarias, farmácias ambulatoriais, no hospital, em farmácias de manipulação, no centro de saúde e até mesmo em casa, no caso, por exemplo, dos farmacêuticos atuantes no Programa Saúde da Família ou outros programas de promoção à saúde.

Os resultados do acompanhamento farmacêutico são benéficos a todos os pacientes usuários de medicamentos especialmente àqueles que requerem atenção especial como crianças, idosos e gestantes, por possuírem características metabólicas e farmacocinéticas importantes, quando comparados aos adultos. Apesar dos crescentes incentivos, ainda são poucos os estudos de Atenção Farmacêutica a esses grupos considerados de risco.

Uma avaliação dos trabalhos publicados em revistas indexadas na área de Atenção Farmacêutica ao idoso identificou menos de 100 trabalhos no período de

1970 a 1999, sendo que a maioria se referia à descrição do perfil de prescrição ou de problemas na utilização de medicamentos por pacientes idosos. Poucos relatavam alguma experiência ou intervenção.^{73,79,80}

Os resultados apresentados permitem pressupor que, sob diferentes aspectos, os problemas relativos à medicação dos idosos têm sido mal equacionados. Há, além da flagrante falta de estudos, uma convergência quase sintomática de restrição da intervenção do farmacêutico ao processo de "capacitação ao uso" do medicamento ou das suas informações, como se esse profissional tivesse como única função "prover apoio" às decisões já tomadas de antemão pelo médico. Essa escassez de estudos reflete ainda as condições de economia periférica ou de transição, como é o caso brasileiro, em que os recursos humanos e materiais são escassos.⁷³

Embora o uso de medicamentos seja uma questão relevante em todas as faixas etárias, as pesquisas sobre o assunto têm se dedicado, com freqüência, ao paciente idoso, em decorrência das peculiaridades desse grupo.^{74,81-87}

Nessa faixa etária, as doenças crônicas e degenerativas são comuns e para isso são utilizados muitos medicamentos por longos períodos de tempo ou às vezes, pelo resto da vida.¹⁻⁸ Segundo Rozenfeld (2003) a proporção de idosos que não utiliza nenhum medicamento é pequena: de 4% a 10%, podendo chegar a 20% ou mais.⁸⁸ A prescrição e o uso inadequado desses medicamentos podem levar a efeitos indesejáveis e diminuição da qualidade de vida dos idosos.^{14,15,88-93}

A precariedade na Atenção Básica faz, muitas vezes, com que o primeiro atendimento se dê em estágio avançado no hospital, onerando os custos e diminuindo a possibilidade de um prognóstico favorável.

Conforme pesquisas realizadas com idosos, o número médio de medicamentos consumidos está entre dois e cinco e tende a aumentar quando são considerados os medicamentos de venda livre.^{14,85,86-92} Em idosos institucionalizados esse número tende a ser maior em virtude da maior prevalência de doenças, distúrbios psiquiátricos e carência de Atenção Farmacêutica.^{92,94-96}

A polifarmacoterapia é um indicador de qualidade da prescrição e da assistência médico-sanitária, embora o uso vários fármacos não seja sinônimo de prescrição inapropriada.^{89,90} A polimedicação implica em sérias conseqüências para o paciente e, no idoso, elas são mais graves e podendo ser fatais devido às alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas produzidas pelo avanço da idade tornando o idoso mais susceptível aos efeitos tóxicos dos medicamentos.^{1-8,16}

Apesar do rápido e crescente avanço de pesquisas nessa área e da criação de políticas de apoio à Farmacovigilância, ainda existem poucos estudos de prevenção, detecção e intervenção das RAM's decorrentes do uso de muitos medicamentos por idosos.^{97,98}

Há muito desconhecimento da população e da equipe de saúde sobre os possíveis efeitos adversos dos medicamentos.²¹ Um estudo realizado na Finlândia mostrou uma divergência muito grande na associação entre o exame clínico e as reações adversas a medicamentos relatados pelos idosos. Dos 404 pacientes randomizados no estudo com idade acima de 75 anos, 24% apresentaram reações adversas identificadas pelo médico, sendo que dessas, somente 11,4% foram reconhecidas e relatadas pelos pacientes.^{75,99-101}

Além disso, é observada a sub-notificação de reações adversas em decorrência da dificuldade de estabelecer relação de causalidade entre um efeito

indesejável e os medicamentos que são usados pelo idoso, desconsideração quanto à baixa gravidade e o exíguo tempo dedicado à anamnese e avaliação clínica.¹⁰⁰

Outro problema observado na população idosa que requer a intervenção do farmacêutico é relacionado à adesão do paciente ao tratamento prescrito que o expõe a um risco maior de hospitalizações e morbidade.^{2,15}

Vários fatores concorrem para reduzir a adesão do paciente idoso ao seu tratamento incluindo a falta de aconselhamento individualizado, de informação escrita personalizada e reforço das instruções orais, inabilidade para recordar as informações previamente apresentadas e a falta de um ajudante ou auxiliar para administrar a medicação. Além disso, a prescrição médica numerosa para os pacientes idosos representa um fator limitante para o conhecimento do tratamento utilizado.^{2,14,15}

O estado emocional e psicológico desses pacientes, alguns acometidos por baixa auto-estima, solidão e desesperança com a vida, limitam a aceitação e colaboração do mesmo com o tratamento e as condições sócio-econômicas representam dificuldade para acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos prescritos.^{5,11,12} O desabastecimento do SUS de medicamentos essenciais e principalmente os não-padronizados na Rename e os de alto custo agravam essa situação.

No sentido de melhorar a adesão dos idosos ao tratamento, a intervenção farmacêutica pode incluir ações educativas e de aconselhamento sobre o regime terapêutico. Várias são as maneiras de aconselhamento incluindo desde um diálogo usando termos claros e de fácil compreensão até um aconselhamento escrito. Se as orientações forem fornecidas diretamente ao idoso, é recomendável que essas ainda

sejam escritas com letras grandes e legíveis considerando que os idosos compartilham problemas visuais e de memória além de redução da força muscular tornando-se necessário ainda, a revisão das formas farmacêuticas, das embalagens e dos rótulos dos medicamentos.

Aliados a não-adesão, alguns hábitos e crenças comuns entre idosos comprometem a eficácia e segurança da farmacoterapia. O armazenamento inadequado dos medicamentos em armários da cozinha, do banheiro ou em locais impróprios, com incidência de luz, umidade, calor ou junto com alimentos; e a falta de costume ou mesmo a incapacidade de verificar a data de validade dos medicamentos podem ocasionar perda da estabilidade dos medicamentos e da eficácia terapêutica além de tornar potencialmente tóxico à saúde do usuário. Igualmente observado entre idosos, os hábitos de dividir comprimidos e reutilizar a outra metade, retirar comprimidos dos blisters e embalagens primárias, armazenar os medicamentos fora da embalagem original, manusear os medicamentos com mãos sujas e reutilizar sobras de medicamentos; comprometem a qualidade, eficácia e segurança da terapia.^{76,97}

A automedicação é uma prática bastante comum entre os brasileiros e corresponde à utilização de medicamentos, chás, garrafadas ou de sobras de prescrições antigas indicados por amigos, parentes e vizinhos, sem orientação de um médico ou farmacêutico. Ela também envolve ações como descumprimento das orientações profissionais e alterações por conta própria da dose, posologia e via de administração. Para alguns a automedicação é considerada um problema de saúde pública.^{13,102,103}

Os fatores determinantes dessa prática são inúmeros como: a dificuldade de acesso e o custo de uma consulta médica, o desespero e a angústia

desencadeados por sintomas ou pela possibilidade de se adquirir uma doença, o marketing nos diferentes meios de comunicação, sobretudo na internet e televisão; a “empurroterapia” praticada em drogarias de todo o país, a crescente relação dos medicamentos isentos de prescrição (MIP) e a falta de programas educativos quanto ao perigo desta prática. A falta de regulamentação e fiscalização contribui para o crescimento dos números.

Estudos mostram que a taxa de automedicação entre os idosos brasileiros varia de 15 a 50%.^{13,86,88,104,105} e as conseqüências são numerosas. Aumento do número de interações medicamentosas, das RAM e perda da eficácia dos medicamentos além de aumentar os custos da farmacoterapia.

Porém, para alguns autores a automedicação é um fator positivo por refletir o auto-cuidado, a preocupação com a própria saúde. As vantagens são, por exemplo, redução da demanda por serviços de saúde para resolver problemas simples e por solucionar rapidamente os sintomas dos pacientes, diminuindo o sofrimento e angústia provocados.

Estudos têm mostrado que a intervenção farmacêutica através de ações educativas e de aconselhamento sobre o regime terapêutico traz benefícios à saúde do paciente e para o processo de promoção da saúde. Esse aconselhamento pode ser destinado ao paciente, ao seu acompanhante, familiar, cuidador, e ainda, ao médico prescritor e demais profissionais de saúde envolvidos diretamente na assistência à saúde.¹⁷⁻²¹

Foi mostrado que a intervenção feita pelo farmacêutico promove maior entendimento da prescrição médica e adesão à farmacoterapia, diminuição do número de medicamentos prescritos e utilizados, redução das interações

medicamentosas, dos PRM e das RAM, melhoria do acesso a medicamentos além de redução dos custos e melhoria da qualidade de vida dos pacientes.^{15,17-25,106}

Os benefícios da Atenção Farmacêutica estendem-se a outros profissionais de saúde como enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas entre outros envolvidos direta ou indiretamente com o idoso. O objetivo desse tipo de intervenção é promover uma educação continuada para esses profissionais ressaltando as melhores medidas para evitar problemas com a terapia medicamentosa utilizada pelo paciente idoso.

Quando o objeto da ação do farmacêutico é o médico, a intervenção geralmente inclui revisão da prescrição e alerta sobre problemas com o esquema terapêutico. Os problemas mais comumente encontrados são interações medicamentosas que reduzem a eficácia da terapia e/ou potencializam as RAM e, a prescrição desnecessária de medicamentos. Para aconselhamento do médico, além da conversa entre os profissionais recomenda-se um alerta por escrito contendo referências bibliográficas idôneas, preferencialmente descritas em periódicos indexados.

Uma dificuldade enfrentada pela maioria dos farmacêuticos nos países onde a Atenção Farmacêutica ainda não está bem consolidada é o questionamento dos médicos a respeito da utilidade desse tipo de intervenção. Em torno de 80% dos médicos consideram útil o serviço, mas, o restante julga como “perda de tempo”. Sabe-se, porém, que a “rejeição” do trabalho do farmacêutico ou a “resistência” do médico ao serviço de Assistência Farmacêutica é bem menor quando as ações são conjuntas, quando ambos os profissionais fazem parte de um mesmo projeto ou equipe de saúde.⁷³

Na Europa, a Atenção Farmacêutica inclui ainda, a prescrição de medicamentos pelos médicos sob a supervisão de um farmacêutico visando redução do número de medicamentos prescritos, dos gastos com medicamentos, do número de hospitalizações decorrentes das RAM, de melhoria da adesão ao regime terapêutico, assegurando a qualidade de vida do paciente.^{17,107}

Para o desenvolvimento da Atenção Farmacêutica em seu local de trabalho, é interessante que o farmacêutico realize um planejamento adequado. O farmacêutico deve incorporar a prática da atenção às suas atividades diárias tornando-a aos poucos uma atividade rotineira em seu local de trabalho.^{97,108-111}

Para que seja implantado um serviço eficaz de Atenção Farmacêutica é necessária uma infra-estrutura adequada além de profissionais qualificados e habilitados em farmácia clínica. No caso de farmácias ambulatoriais e hospitalares os medicamentos mais utilizados pelos pacientes atendidos pela instituição devem ser padronizados e o estoque dos mesmos deve ser freqüentemente controlado pelo farmacêutico.

Um fator relevante é o tempo despendido para atenção de cada paciente. Em média se gasta de 30 a 60 minutos para se atender um paciente. A viabilidade desse tipo de intervenção no Brasil precisa considerar a escassez de farmacêuticos atuando tanto em farmácia clínica como na atenção básica do sistema de saúde além do número de pacientes atendidos pelos serviços de saúde.^{100,111}

Para formalizar o reconhecimento da atividade farmacêutica no país, em 12 de abril de 2000, a Secretaria de Assistência a Saúde - SAS incluiu no código 65 da Tabela de Atividade Profissional do SIA/SUS, a atividade do farmacêutico. Essa medida garante o retorno financeiro pelos procedimentos ambulatoriais, incluindo as consultas realizadas pelo farmacêutico, embora não estejam acobertadas todas as

atividades exercidas e; representa mais um incentivo para desenvolvimento da Atenção Farmacêutica.¹¹²

Em 2001, foram aprovadas as diretrizes curriculares para a formação generalista do farmacêutico pelo Parecer CNE/CES nº 1.300/200. Entre outros aspectos, as mudanças curriculares visam contribuir com habilidades, atitudes e conhecimentos de forma que o profissional possa desenvolver com maior eficiência as ações de Atenção Farmacêutica.^{112,113}

Outro incentivo para a prática da Atenção Farmacêutica no Brasil foi a inclusão do farmacêutico nas equipes do Programa Saúde da Família - PSF, (Portaria MS 698, de 30 de março de 2006) consolidando a importância do farmacêutico nos programas de atenção básica.¹¹²

Contudo, constitui-se um desafio no Brasil, o aprimoramento e a consolidação dessa prática com a atuação do profissional na promoção da saúde e do uso racional dos medicamentos.

3. PROPOSIÇÃO

Objetivo Geral

Avaliar a assistência farmacêutica nas Instituições de Longa Permanência de Idosos do Distrito Federal.

Objetivos Específicos

- 1) Determinar o perfil sóciodemográfico e econômico dos idosos
- 2) Determinar as condições de saúde e hábitos de vida desses idosos
- 3) Avaliar o perfil farmacoterapêutico desses idosos
- 4) Avaliar a adequação da prescrição médica quanto à necessidade do uso de medicamentos segundo o II Consenso de Granada e possíveis interações medicamentosas
- 5) Avaliar o nível de conhecimento dos idosos a respeito dos medicamentos utilizados
- 6) Avaliar a adesão dos idosos à prescrição médica identificando as possíveis causas de falhas
- 7) Avaliar o acesso dessas instituições aos medicamentos prescritos para os idosos
- 8) Avaliar a conservação dos medicamentos presentes nas instituições identificando os fatores que interferem na qualidade dos mesmos
- 9) Avaliar a assistência multiprofissional aos idosos institucionalizados do Distrito Federal

4. MÉTODOS

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório realizado com 154 idosos residentes em cinco ILPI do Distrito Federal. Os dados foram coletados no período de janeiro a dezembro de 2007.

4.2. Casuística

A seleção das instituições ocorreu através de consulta ao cadastro do Conselho dos Direitos do Idoso do Distrito Federal, sendo convidadas todas que se encontravam na situação ativa. Na época da pesquisa, o DF possuía doze ILPI ativas sendo três de caráter privado e as demais filantrópicas sem fins lucrativos. Cinco aceitaram e foram incluídas após assinatura do Termo de Concordância pelos dirigentes. As três instituições privadas se recusaram a participar e uma foi interdita no decorrer da pesquisa sendo excluídos os dados coletados. As demais também se recusaram a participar.

As ILPI a seguir participaram da pesquisa e são de caráter filantrópico:

1. Obras Assistenciais do Centro Espírita Irmão Jorge – Lar dos Velinhos Bezerra de Menezes: Sobradinho/DF
2. Associação São Vicente de Paulo de Belo Horizonte: Taguatinga/DF
3. Casa do Candango – Lar São José: Sobradinho/DF
4. Centro Espírita Sebastião, o Mártir – Lar dos Velinhos Maria de Madalena: Núcleo Bandeirante/DF
5. CREVIN- Comunidade de Renovação Esperança e Vida Nova: Planaltina/DF

No total essas instituições abrigavam 300 idosos sendo que a amostra foi obtida por conveniência constituída por 154 idosos de ambos os sexos.

Os idosos incluídos na pesquisa foram considerados com e sem discernimento em virtude da capacidade de dar informações claras e coerentes e entender as informações fornecidas pelos pesquisadores. Segundo Aurélio discernimento é: 1) faculdade de julgar as coisas clara e sensatamente; 2) critério, juízo, tino, entendimento; 3) perceber claramente por qualquer dos sentidos; 4) distinguir, discriminar.

Os idosos com discernimento puderam manifestar o seu desejo de participar ou não da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), enquanto os sem-discernimento foram incluídos na pesquisa mediante assinatura do TCLE pelos dirigentes, seus responsáveis legais.

4.3. Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de Inclusão

Foram incluídos na pesquisa indivíduos de idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos e que faziam uso contínuo de pelo menos um medicamento.

Critérios de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa, indivíduos com idade inferior a 60 anos, que não desejaram participar do estudo, os ausentes da instituição durante a coleta de dados, os que não faziam uso contínuo de medicamentos e os que utilizavam apenas medicação de emergência ou por período determinado.

4.4. Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de um questionário adaptado do Método Dáder, Manual de Seguimento Farmacoterapêutico (1999). O questionário foi respondido pelo idoso considerado com discernimento durante entrevista individual realizada na própria ILPI e complementado com informações das prescrições médicas e dos prontuários presentes nas instituições. Para os idosos considerados sem-discernimento os dados foram coletados a partir de informações fornecidas pelos cuidadores da instituição, prontuários e prescrições médicas. Os dados sobre qualidade da Assistência Farmacêutica foram obtidos por meio de estatística descritiva qualitativa e quantitativa.

As variáveis analisadas foram agrupadas em:

- **Aspectos sócio-econômicos:** sexo, idade, região de procedência, escolaridade, profissão segundo a classificação das atividades econômicas, renda mensal, tempo e causa da institucionalização, pessoa que inseriu o idoso na ILPI, percepção quanto à instituição, convívio familiar.
- **Condições de saúde:** capacidade de discernimento, doenças prevalentes, presença de problemas de saúde não-tratados, prática de tabagismo, etilismo e atividades físicas.
- **Perfil Farmacoterapêutico:** medicamentos mais utilizados, necessidade de uso dos medicamentos segundo o II Consenso de Granada, conhecimento do idoso a cerca de fármaco, indicação e posologia dos medicamentos prescritos, adesão ao tratamento, presença de automedicação e de interações medicamentosas.

- **Qualidade da Assistência Farmacêutica:** acesso a medicamentos prescritos, local de estoque e formas de armazenamento de medicamentos, estocagem e controle de psicotrópicos, presença de geladeira exclusiva para medicamentos, presença de medicamentos com indicativo de perda de estabilidade e com prazo de validade expirado, assistência multiprofissional por médicos, odontólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e farmacêuticos.

4.5. Alocação e análise dos dados

Os dados foram alocados e analisados pelo Excell 2007 e SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 15.0. As variáveis foram analisadas utilizando os testes qui-quadrado e t de student considerando os resultados significativos para $p \leq 0,05$.

As associações entre as variáveis foram avaliadas por meio de seqüências de modelos log-lineares aninhados: de associação homogênea, de independência condicional e de independência conjunta. Para testar o efeito da ausência de associações entre as variáveis para a seqüência de modelos, utilizou-se o teste condicional de qui-quadrado da razão de verossimilhança.¹⁴² Para efeito de análise utilizou-se um nível de significância de 5%.

Para análise dos dados referentes à necessidade de uso dos medicamentos considerou-se a classificação dos problemas relacionados a medicamentos de acordo com o II *Consenso de Granada, 2002*⁷⁸ sendo PRM 1 um problema de saúde não-tratado e PRM 2 o uso de um medicamento desnecessário. Os dados sobre PRM1 foram obtidos confrontando os problemas de saúde informados pelo idoso e/ou cuidadores com os relatos dos prontuários e os medicamentos prescritos considerando as principais indicações clínicas descritas na

literatura.^{89,90} Os dados sobre PRM2 foram obtidos por comparação entre medicamentos utilizados e patologias relatadas e/ou descritas no prontuário do idoso; considerando as principais indicações clínicas da literatura.¹⁴³⁻¹⁴⁶

Para análise dos dados referentes às interações medicamentosas foi realizada busca em bancos de dados do Micromedex, Martindale e outras fontes^{144,146} considerando via de administração, posologia e características farmacocinéticas e farmacodinâmicas dos fármacos utilizados pelos pacientes e confrontando com os resultados desse trabalho. Os medicamentos foram classificados segundo a Anatomical-Therapeutic-Chemical Classification System (ATC).

4.6. Aspectos éticos

O protocolo dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (Protocolo nº 125/05). Os dirigentes das ILPI participantes assinaram o Termo de Concordância e todos os idosos com discernimento que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa assinaram o TCLE. Para os idosos considerados sem discernimento os TCLE foram assinados pelos dirigentes. Foram assegurados o sigilo e confidencialidade dos dados.

4.7. Aspectos multiprofissionais da pesquisa

Essa pesquisa foi desenvolvida desde 2005 e contou com a colaboração de vários profissionais e de estudantes do curso de Medicina da Escola Superior em Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS), dos cursos de Farmácia da Universidade de Brasília, Faculdade JK e Faculdades Integradas do Planalto Central que participaram da fase de coleta de dados e como apoiadores do projeto.

4.8. Financiamento e Recursos envolvidos

Em 2006, esse projeto foi contemplado pelo edital 054/2006 do CNPq por meio do processo 402515/2005-06 sendo o único projeto do Centro-Oeste a receber o financiamento previsto nesse processo. Esse recurso foi utilizado para financiar os custos com material de consumo e permanente necessários para a execução do trabalho.

Além disso, o CNPq apoiou o projeto por meio do fornecimento de bolsas de Iniciação Científica para estudantes de graduação colaboradores desse projeto.

5. RESULTADOS

Aspectos sócio-econômicos

Dos idosos participantes da pesquisa (n=154), 51,3% eram do sexo masculino e os demais do sexo feminino. 46,1% da população total (n=71) foram considerados sem discernimento pela instituição, sendo as mulheres a maioria desse grupo ($p = 0,0164$). Os demais foram considerados com discernimento. (Gráfico 5.1)

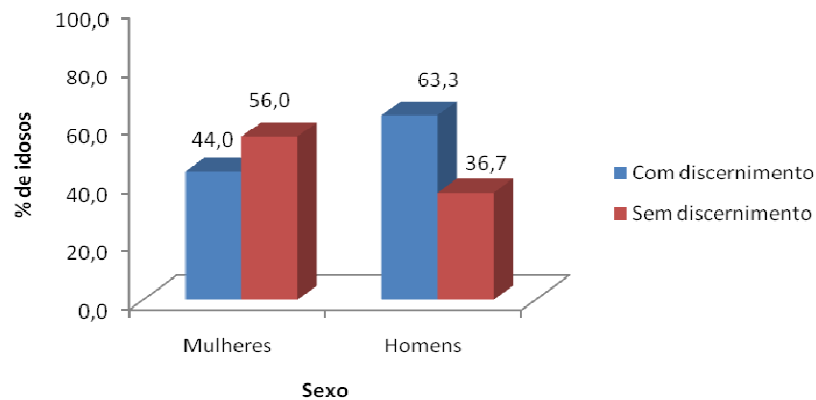


Gráfico 5.1 - Percentual de idosos com e sem discernimento por sexo ($p=0,0164$)

As mulheres apresentaram idade média de 75,6 anos (DP 9,98) e estavam institucionalizadas em média há 5,9 anos (DP 6,08). Os homens apresentaram idade média de 73,6 anos (DP 8,96) e estavam na instituição em média há 4,9 anos (DP 4,8), porém, análise estatística não mostrou diferença significativa entre os sexos para nenhuma dessas variáveis. Além disso, foi observada maior prevalência de idosos com idade superior a 75 anos em relação aos demais grupos etários. (Tabela 5.1)

Tabela 5.1 – Distribuição de idosos por faixa etária

Faixa etária	Homens	Mulheres
60-64 anos	12	14
65-69 anos	18	11
70-74 anos	12	11
≥ 75 anos	37	39
Total	79	75

Legenda: p (coeficiente de Pearson)

Os idosos, em sua maioria, são provenientes das regiões nordeste e sudeste do país (43,3% e 32,7% respectivamente) e declararam-se solteiros (46,7%) ou viúvos (32,0%). Quanto ao nível de instrução informada, 43,9% dos idosos têm formação primária tendo estudado até 7 anos e 46,6% não possuem nenhuma instrução ou estudaram menos de 1 ano. Além disso, foi observado que a maioria dos idosos (57,8%) trabalhou no setor terciário da economia e possuem renda mensal média de até 2 salários-mínimos (R\$ 830,00). Nenhum desses dados apresentou diferença significativa entre os sexos. (Tabela 5.2)

Tabela 5.2 - Aspectos sócio-econômicos dos idosos

VARIÁVEIS	n	FR	p
Procedência			
(por região brasileira)			
Nordeste	65	43,3	
Sudeste	49	32,7	
Centro-oeste	24	16,0	0,6710
Sul	8	5,3	
Norte	4	2,7	
Estado civil			
Solteiro	70	46,7	
Viúvo	48	32,0	0,1140
Separado/ Divorciado	32	21,3	
Nível de instrução			
Nenhuma	69	46,6	
1 a 7 anos	65	43,9	0,3254
8 a 10 anos	11	7,5	
Mais de 10 anos	3	2,0	
Profissão (ramo de atividade)			
Setor primário	22	14,3	
Setor secundário	43	27,9	0,1862
Setor terciário	89	57,8	

VARIÁVEIS	n	FR	p
Renda mensal (SM)*			
< 2	112	72,7	
2-3	33	21,4	0,2325
> 4	9	5,9	

Legenda: FR (frequência relativa), SM (salário mínimo = R\$ 415,00)

Nota: o coeficiente de Pearson refere-se à comparação entre os sexos

No entanto, quando utilizado o critério de discernimento para avaliar os mesmos aspectos sócio-econômicos, resultados mostraram diferença significativa quanto ao estado civil e nível de instrução entre idosos com e sem discernimento. Os idosos com discernimento são em sua maioria separados ou divorciados enquanto os sem discernimento são em sua maioria viúvos ($p = 0,0045$). Ao mesmo tempo foi observado que os idosos com discernimento apresentam nível de instrução superior aos sem discernimento ($p = 0,0470$).

Os idosos com discernimento ($n = 83$) quando indagados sobre a institucionalização 66,3% deles disseram gostar da instituição e não se sentirem deprimidos ou tristes (55,4%), nem estressados ou irritados (67,5%). Nenhuma dessas variáveis mostrou diferença entre homens e mulheres ($p = 0,7338$; 0,8691 e 1,000 respectivamente). Quando analisada a associação entre percepção em relação à instituição e prevalência de depressão diagnosticada por profissional e relatada no prontuário nos idosos com e sem discernimento foi verificada que para qualquer sexo há uma forte associação entre ambas as variáveis; sendo que os idosos que disseram gostar da instituição são menos suscetíveis à depressão ($p < 0,0001$). Tendência semelhante foi observada quando analisada associação entre casos de distúrbios psiquiátricos e satisfação com a institucionalização ($p < 0,0001$).

Em relação ao convívio familiar e à institucionalização, foi observado que apenas 51,0% (n = 78) dos idosos recebem visita de seus familiares sendo que a proporção não difere entre os sexos ($p = 0,4209$). As mulheres antes da institucionalização moravam em casa de familiares ou amigos (53,1%) enquanto os homens moravam em casa própria sozinhos ou com familiares (66,1%) ($p = 0,0034$). Os principais responsáveis pela institucionalização do idoso são apresentados no gráfico 5.2, não havendo, portanto, diferença entre homens e mulheres ($p = 0,1903$) nem entre idosos com e sem discernimento ($p = 0,3012$). (Gráfico 5.2)

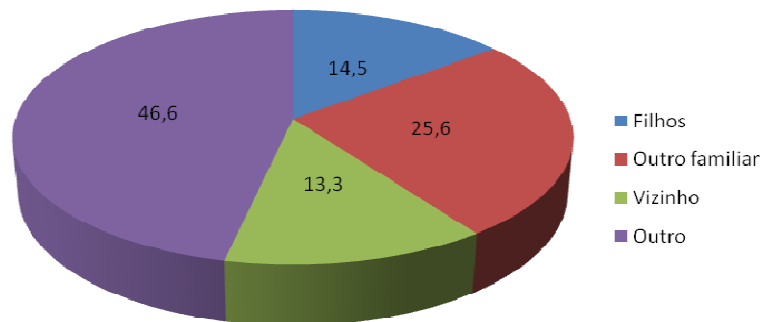


Gráfico 5.2 – Principais responsáveis pela institucionalização do idoso

A maioria dos idosos com discernimento apresenta independência para realizar tarefas diárias como tomar banho, vestir-se e andar pela instituição (83,2%); ao contrário, a maioria dos sem discernimento (80,3%) depende dos cuidadores para executar suas atividades de vida diárias (AVD's) ($p < 0,0001$).

Condições de saúde

Os idosos entrevistados (n=154) sofrem em média com 4,0 enfermidades (DP 1,95) não diferindo entre os sexos ($p = 0,1961$) sendo que as mais frequentes acometem o sistema cardiovascular (81,8%) e nervoso (54,6%) (gráfico 5.3).

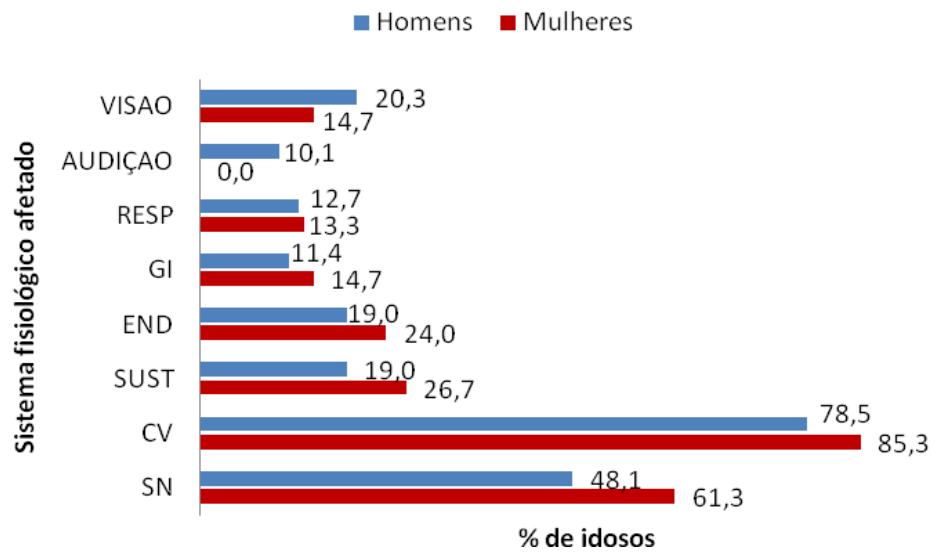


Gráfico 5.3 – Principais alterações fisiológicas (por % de idosos)

Legenda: RESP (sistema respiratório), GI (sistema gastrintestinal), END (sistema endócrino), SUST (sistema de sustentação/locomoção), CV (sistema cardiovascular), SN (sistema nervoso)

As doenças mais prevalentes auto-referidas pelos idosos e confirmadas nos prontuários são apresentadas na tabela 5.3.

Tabela 5.3 – Enfermidades mais prevalentes nos idosos

Enfermidade	% de idosos	p
Sistema nervoso		
Depressão	22,7	0,3363
Doenças psiquiátricas	17,5	0,8328
Ansiedade	8,5	0,0429*
Parkinson	5,8	0,1681
Sistema cardiovascular		
HAS	76,6	0,8515
AVC	18,2	0,5361

Enfermidade	% de idosos	p
Sistema cardiovascular		
ICC	12,3	0,2231
Arritmia	8,4	0,0082*
Sistema gastrintestinal		
Gastrite ou úlcera péptica	11,7	0,6197
Constipação	3,2	1,0000
Sistema respiratório		
Bronquite ou asma brônquica	13,0	1,0000
Sistema endócrino		
DM-II	16,2	0,6659
DM-I	3,2	0,0255*
Hipotireoidismo	3,2	1,0000
Sistema locomotor		
Artrite	16,2	0,6659
Osteoporose	9,1	0,0244*
Lombalgia	3,9	0,4335
Outros		
Catarata	13,0	0,8126
Surdez	5,2	0,0066

Legenda: AVC (acidente vascular cerebral), HAS (hipertensão arterial sistêmica), ICC (insuficiência cardíaca congestiva), DM-II (diabetes mellitus tipo II), DM-I (diabetes mellitus tipo I).

Nota: o valor de p refere-se à comparação entre sexos

Dentre as doenças identificadas, as mulheres são mais acometidas por ansiedade, arritmia, osteoporose e diabetes mellitus tipo I enquanto os homens são mais acometidos por surdez.

Quando utilizado o critério de discernimento, foi observado que os idosos com discernimento são acometidos por um número maior de enfermidades (média = 4,0 e DP = 2,18) que os idosos sem discernimento (média = 2,4 e DP = 1,29) ($p < 0,0001$). Os com discernimento são mais acometidos por artrite ($p = 0,0042$), gastrite ou úlcera gástrica ($p = 0,0002$), asma ou bronquite ($p = 0,0121$), HAS ($p = 0,0003$), depressão ($p = 0,0059$), osteoporose ($p = 0,0122$) e catarata ($p < 0,0001$) enquanto os sem discernimento sofrem mais com doenças psiquiátricas ($p = 0,0003$), ansiedade ($p = 0,0036$), arritmia ($p = 0,0036$) e ICC ($p = 0,0371$).

Quanto aos hábitos de vida foram analisados presença atual de tabagismo ou etilismo e a realização de atividades físicas durante a institucionalização. 23,8% dos idosos fumam há mais de 10 anos; sendo que a maioria são homens ($p = 0,006$) com discernimento ($p = 0,0006$). A proporção de ex-fumantes também é maior entre os homens e as mulheres abandonaram o vício há mais tempo que os homens ($p = 0,0296$). Além disso, a proporção de idosas que nunca se envolveram com tabagismo é maior que de idosos. Os homens com discernimento também são os mais envolvidos com etilismo (37,8%) ($p < 0,0001$ e 0,0042, respectivamente). Em relação à prática de exercícios físicos a maioria dos idosos é considerada sedentária (79,5%) não havendo diferença significativa entre sexo ($p = 0,2111$) mas, os que praticam são em sua maioria idosos com discernimento ($p < 0,0001$).

Perfil Farmacoterapêutico

O número de medicamentos de uso contínuo consumidos pelas mulheres desse grupo foi superior ao dos homens ($p < 0,0001$). Em média cada idoso ($n=79$) toma 4,16 medicamentos (DP 2,23) enquanto as idosas ($n=75$) tomam 8,96 medicamentos (DP 3,39). Foi observado ainda que essa variável é estatisticamente diferente entre idosos com e sem discernimento ($p = 0,0080$). Enquanto esses usam em média 3,38 medicamentos (DP 1,79), aqueles consomem cerca de 4,24 medicamentos (DP 2,13); sendo portanto, as mulheres com discernimento o grupo com maior consumo de medicamentos.

Análise estatística mostrou que há associação entre número de medicamentos utilizados e idade ($p = 0,045$) sendo que as duas variáveis são diretamente proporcionais. Nesses idosos, o aumento da idade é acompanhado por um aumento da utilização de medicamentos. Os idosos de idade entre 60 e 64 anos consomem de 1 a 3 medicamentos ($p = 0,0091$). Esses números são maiores entre os idosos de idade mais avançadas e esta tendência é observada em ambos os sexos. (Gráfico 5.4)

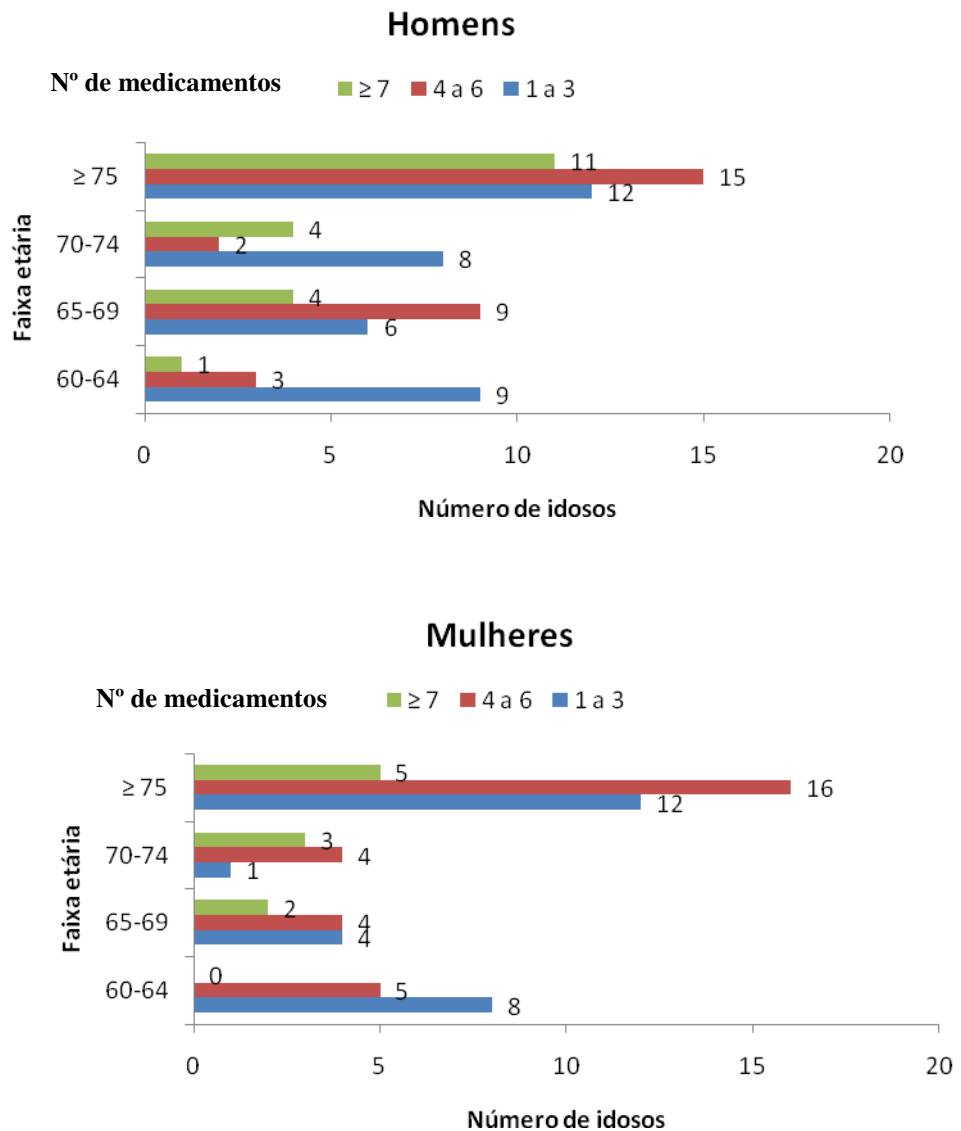


Gráfico 5.4 – Relação entre idade e número de medicamentos utilizados por homens e mulheres idosas (p = 0,045)

Nota: Observe que à medida que a idade aumenta, o número de medicamentos utilizados também aumenta.

Considerando os medicamentos mais utilizados pelos idosos de acordo com a classificação ATC, 81,2% dos idosos utilizam pelo menos um medicamento que atua no sistema cardiovascular, 63,0% usam agentes que atuam sobre o

sistema nervoso central, 18,9% sobre o sistema endócrino, 16,9% sobre o sistema gastrointestinal, 7,8% sobre os sistemas respiratório e locomotor e 20,2% utilizam algum suplemento vitamínico e/ou sais minerais. A tabela 5.4 descreve os fármacos mais utilizados por esses idosos.

Tabela 5.4 - Principais fármacos utilizados pelos idosos segundo grupo farmacológico ou nome genérico

GRUPO/NOME GENÉRICO	FR de idosos	p
SISTEMA CARDIOVASCULAR		
IECA	54,6	0,7436
Diuréticos tiazídicos	39,6	0,3927
AAS	29,3	0,9761
Bloqueadores de canais de cálcio	15,0	0,3705
Beta-bloqueadores	12,4	0,0341*
Digitálicos	10,4	0,6025
SISTEMA NERVOSO		
Benzodiazepínicos	24,0	0,4455
Antipsicóticos fenotiazínicos	15,0	0,0410*
Haloperidol	12,4	0,6276
Antidepressivos tricíclicos	12,4	0,9012
Carbamazepina	10,4	1,0000
Outros antidepressivos	5,9	0,3186
Prometazina	11,0	0,7996
SISTEMA GASTRINTESTINAL		
Antagonistas H2	13,0	1,0000
Inibidores da bomba de prótons	3,9	0,4335

GRUPO/NOME GENÉRICO	FR de idosos	p
SISTEMA ENDÓCRINO		
Sulfoniluréias	9,8	0,7893
Metformina	9,1	1,0000
Insulina	5,2	0,4866
OUTROS		
Suplementos vitamínicos e sais minerais	20,2	0,6590

Legenda: FR (frequência relativa), IECA (inibidores da enzima conversora de angiotensina), AAS (ácido acetilsalicílico), H2 (receptor histaminérgico tipo 2)

Nota: o valor de p refere-se à comparação entre sexos

Salvo beta-bloqueadores e antipsicóticos da classe das fenotiazinas, cujo consumo pelas mulheres foi superior; os demais medicamentos não apresentaram consumo diferenciado entre sexo.

Também foi observado um perfil diferenciado de uso entre idosos com e sem discernimento. Os idosos com discernimento consomem mais bloqueadores de canais de cálcio ($p = 0,0240$), levotiroxina ($p = 0,0386$) e sinvastatina ($0,0063$) que os sem discernimento.

Em média há prescrito pelo menos um psicofármaco para cada idoso sendo que os antipsicóticos lideram a lista com consumo por 29,9% dos idosos seguido pelos antidepressivos (22,1%) e anticonvulsivantes (14,3%). Os hipnótico-sedativos da classe dos benzodiazepínicos (BZD) são usados por 24,0% dos idosos considerando os com e sem discernimento. (Gráfico 5.5) Salvo os antipsicóticos, não houve diferença de consumo entre sexo, nem entre idosos com e sem discernimento

para os demais medicamentos. Apesar do alto consumo de antidepressivos, ao analisar a associação dessa variável com a prevalência de depressão nessa população, diagnosticada e relatada em prontuário, o teste de independência não mostrou nenhuma correlação entre ambas ($p = 0,548$) para qualquer sexo ($p = 0,337$).

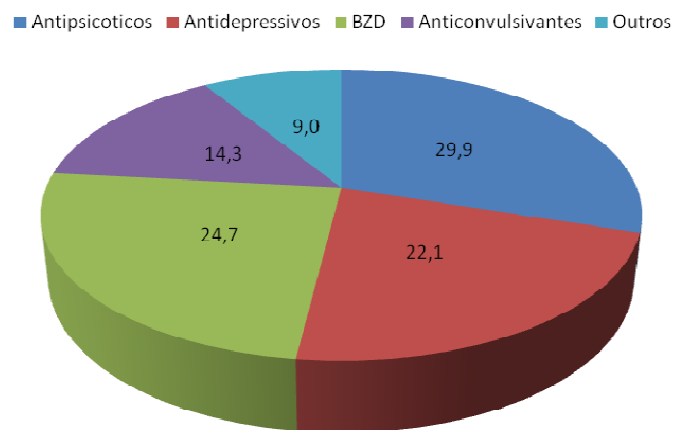


Gráfico 5.5 – Frequência de uso de psicofármacos pelos idosos

Legenda: BZD (benzodiazepínicos)

Segundo Beers (1997, 2003), Bisson (2007) e Nóbrega (2005) os medicamentos utilizados e considerados impróprios ou que devem ser utilizados com cautela por idosos estão descritos na Tabela 5.5.

Tabela 5.5 – Percentual do uso de medicamentos impróprios e justificativas

MEDICAMENTO	JUSTIFICATIVA	%
Diuréticos tiazídicos	Alterações nos níveis glicêmicos	39,6
AAS	Vertigem	29,3
Neurolépticos	Sintomas extrapiramidais, retardo psicomotor, demência e perda de memória	27,4
BZD	Retardo psicomotor, demência, perda de memória, sedação, maior risco de quedas e fraturas	24,0
Anticonvulsivantes	Demência, perda de memória	14,3
ATC	Retardo psicomotor, efeitos anticolinérgicos, sedação, hipotensão ortostática, boca seca	12,4
Beta-bloqueadores	Alterações nos níveis glicêmicos, depressão, demência, perda de memória	12,4
Anti-histamínicos	Retardo psicomotor	11,0
Digoxina	Intoxicação digitalica	10,4
Sulfoniluréias	Alterações nos níveis glicêmicos	9,8
Furosemida	Vertigem, alterações nos níveis glicêmicos	7,8
Metildopa	Depressão, demência, perda de memória, impotência, sedação, hipotensão ortostática	5,2
Fenitoína	Osteoporose, neuropatias,	3,3

Fonte: Beers, 1991, 1997 e 2003; Bisson, 2007; Nóbrega, 2005.

Legenda: BZD (benzodiazepínicos), ATC (antidepressivos tricíclicos), AAS (ácido acetilsalicílico)

Quanto à adesão entre idosos com discernimento, 95,1% deles tomam seus medicamentos sozinhos enquanto 56,3% dos sem discernimento dependem

dos cuidadores para administrá-los ($p < 0,0001$). 57,2% dos idosos com discernimento ($n=44$) e 63,4% dos sem discernimento ($n=45$) apresentam algum problema que comprometem a adesão ao tratamento ($p < 0,001$). Os principais problemas identificados foram: dificuldade de acesso (61,7%), recusa em tomar o medicamento (56,3%), sensação de desconforto gastrointestinal (23,4%), dificuldade de deglutição (14,1%), gosto ou cheiro ruim e administração incômoda (3,1%). Para essas variáveis não houve diferença entre homens e mulheres ($p = 0,4$), porém; os com discernimento estão mais sujeitos a problemas relacionados a sabor, odor e via de administração enquanto os sem discernimento à dificuldade para deglutição ($p = 0,0248$). (Tabela 5.6)

Sobre a prática de automedicação, 19,2% tomam algum medicamento não prescrito sendo que essa prática é semelhante entre os sexos ($p = 0,346$) e entre idosos com e sem discernimento ($p = 0,5489$). A maioria dos idosos toma medicamentos não prescritos diariamente (42,9%) sem conhecimento dos profissionais da instituição (98,8%).

Tabela 5.6 - Avaliação da adesão e automedicação entre idosos

Variáveis	n	FR
Tomam remédio sozinho	108	95,1
Não gostam de tomar remédio	89	60,2
Dificuldade de acesso	95	61,7
Recusa em tomar os medicamentos	36	56,3
Sentem desconforto gastrointestinal	15	23,4
Sentem dificuldade para deglutir	9	14,1

Variáveis	n	FR
Queixam-se de gosto e cheiro ruins	2	3,1
Queixam-se da via de administração	2	3,1
Praticam automedicação	28	19,2

Ao avaliar a relação entre prática de automedicação e escolaridade entre os idosos com discernimento foi mostrado que as duas variáveis são independentes ($p = 0,791$) para ambos os sexos ($p = 0,286$).

Análise das prescrições médicas mostrou que 54,6% dos idosos ($n=84$) fazem uso de pelo menos um medicamento considerado não-necessário por não ser prescrito pelo médico ou por não ser indicado devido à idade ou desnecessidade de uso (PRM 2). Além disso, 53,3% dos idosos ($n=82$) podem apresentar no mínimo um problema de saúde não tratado decorrente do uso de medicamentos (PRM 1). A prevalência de PRM 1 e 2 foram superiores nos idosos com discernimento não havendo diferença entre sexo ($p = 0,0645$ e $0,9774$; respectivamente). Em média, cada idoso com discernimento tomava 1,51 medicamento não-necessário (DP 1,5) e apresentava 1,05 problema de saúde não-tratado (DP 1,32) enquanto esses valores são respectivamente 0,68 medicamento (DP 1,22) e 0,68 problema de saúde (DP 0,89) para os idosos sem discernimento. (Tabela 5.7)

Tabela 5.7 - Principais PRM 1 e 2 encontrados nas prescrições dos idosos**(n=154)**

Variáveis	n	FR	p
PRM 1			0,0402
Desconforto GI	45	29,3	
Lombalgia	32	20,8	
Dores em geral	28	18,2	
Vertigem	19	12,4	
Artrite	15	9,8	
PRM 2			0,0003
Neurolépticos	46	29,9	
Benzodiazepínicos	37	24,0	
Antidepressivos tricíclicos	19	12,4	
Beta-bloqueadores	19	12,4	
AINE's	12	9,3	
PRM 2			
Metildopa	8	5,2	
Fenitoína	5	3,3	
Corticóides	5	3,3	

Legenda: AINE's (antiinflamatórios não esteroidais)

Nota: o coeficiente de Pearson (p) apresentado refere-se a comparação entre idosos com e sem discernimento. Quando comparado entre sexo, todos os valores foram maiores que 0,05; não apresentando significância estatística para o estudo.

Quando analisadas as prescrições em busca de interações medicamentosas, 63,6% das prescrições (n=98) apresentaram pelo menos uma provável interação medicamentosa clinicamente significativa. A interação entre diuréticos tiazídicos e IECA é mais freqüente nas prescrições dos homens quando comparada com as das mulheres. Para as demais interações não foi encontrada nenhuma diferença estatística entre os critérios avaliados (sexo e estado de discernimento). As possíveis interações encontradas são descritas na Tabela 5.8.

Tabela 5.8 – Possíveis interações medicamentosas encontradas nas prescrições dos idosos

Interação encontrada	n	FR	p
AAS + IECA	33	33,7	0,8446
Diuréticos tiazídicos + IECA	28	28,6	0,0003*
Digoxina + IECA	11	11,2	0,7611
Haloperidol + IECA	11	11,2	1,0000
Antipsicóticos fenotiazinas + IECA	8	8,2	1,0000
Fenitoína + IECA	8	8,2	1,0000
Diuréticos tiazídicos + ISRS	7	7,2	0,4433
Diuréticos poupadores de potássio + IECA	5	5,1	1,0000
Diuréticos tiazídicos + Sulfoniluréias	5	5,1	0,3676
Diuréticos de alça + IECA	5	5,1	1,0000

Legenda: AINE's (antiinflamatórios não esteroidais), IECA (Inibidores da enzima conversora de angiotensina), Antidepressivos ISRS (inibidores seletivos da recaptção de serotonina)

Nota: o coeficiente de Pearson refere-se à comparação entre sexo

Das interações encontradas 41,2% envolvem IECA, 26,1% diuréticos tiazídicos, 23,7% AAS, 10,9% carbamazepina, 10,5% digoxina, 7,8% antipsicóticos da classe das fenotiazinas, 7,4% haloperidol, 6,6% sulfoniluréias e 5,4% benzodiazepínicos e beta-bloqueadores. (Gráfico 5.6)

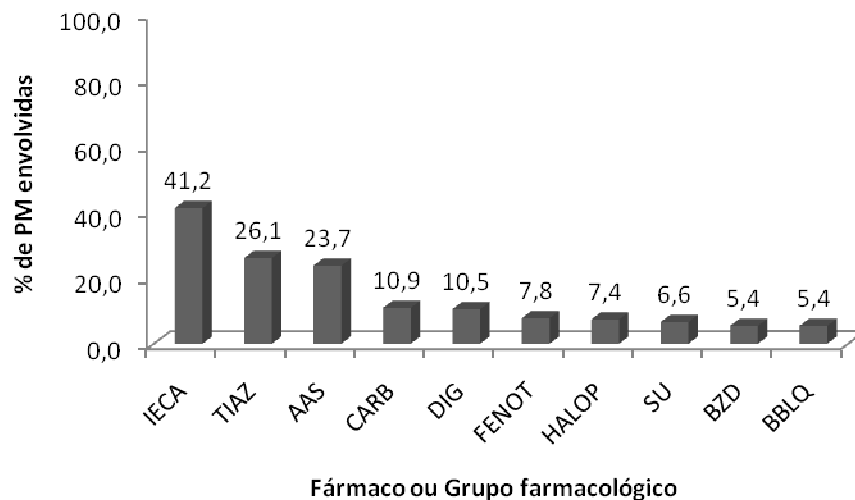


Gráfico 5.6 - Percentual dos principais medicamentos e grupos farmacológicos envolvidos em interações encontradas nas prescrições médicas (PM) de idosos (n=98)

Legenda: IECA (Inibidores da enzima conversora de angiotensina), TIAZ (diuréticos tiazídicos), AAS (ácido acetilsalicílico), CARB (carbamazepina), DIG (digoxina), FENOT (antipsicóticos fenotiazínicos), HALOP (haloperidol), SU (sulfoniluréias), BZD (benzodiazepínicos), BBLQ (beta-bloqueadores)

As possíveis conseqüências clínicas dessas interações são mostradas na Tabela 5.9.

Tabela 5.9 – Possíveis interações medicamentosas encontradas e principais conseqüências clínicas

Interação encontrada	Conseqüências clínicas
AAS + IECA	Diminuição do efeito dos IECA
Diuréticos tiazídicos + IECA	Exacerbação do efeito hipotensor dos IECA Aumento do efeito nefrotóxico dos IECA
Digoxina + IECA	Redução do clearance renal da digoxina aumentando o risco de intoxicação digitálica
Haloperidol + IECA	Diminuição do metabolismo dos IECA (via CYP2D6) acentuando os efeitos hipotensores
Antipsicóticos fenotiazinas + IECA	Diminuição do metabolismo dos IECA (via CYP2D6) acentuando os efeitos hipotensores
Fenitoína + IECA	Aumento do metabolismo dos IECA diminuindo seus efeitos anti-hipertensivos
Diuréticos tiazídicos + ISRS	Aumento do risco de arritmias cardíacas letais Aumento da toxicidade de ambos os fármacos
Diuréticos poupadores de potássio + IECA	Aumento da hipercalemia dos IECA

Interação encontrada	Conseqüências clínicas
Diuréticos tiazídicos + Sulfoniluréias	A ação hiperglicemiante dos tiazídicos pode antagonizar os efeitos das sulfoniluréias
Diuréticos de alça + IECA	Exacerbação do efeito hipotensor dos IECA Aumento do efeito nefrotóxico dos IECA

Legenda: IECA (inibidores da enzima conversora de angiotensina), CYP2D6 (enzimas da família citocromo P450 sub-família 2D6), ISRS (inibidores seletivos da recaptação de serotonina)

Fonte: Bachmann, 2007; Goodman 2007; Martindale; Interactio Drug.

Foi observado que o número de interações encontradas é proporcional ao número de medicamentos prescritos ($p < 0,0001$) para ambos os sexos ($p = 0,346$). As prescrições de idosos que consomem até três medicamentos tendem a não apresentar interações medicamentosas ($p < 0,0001$); ao contrário idosos que utilizam mais de sete medicamentos estão sujeitos à presença de mais de quatro interações entre seus medicamentos ($p = 0,0003$). (Gráfico 5.7)

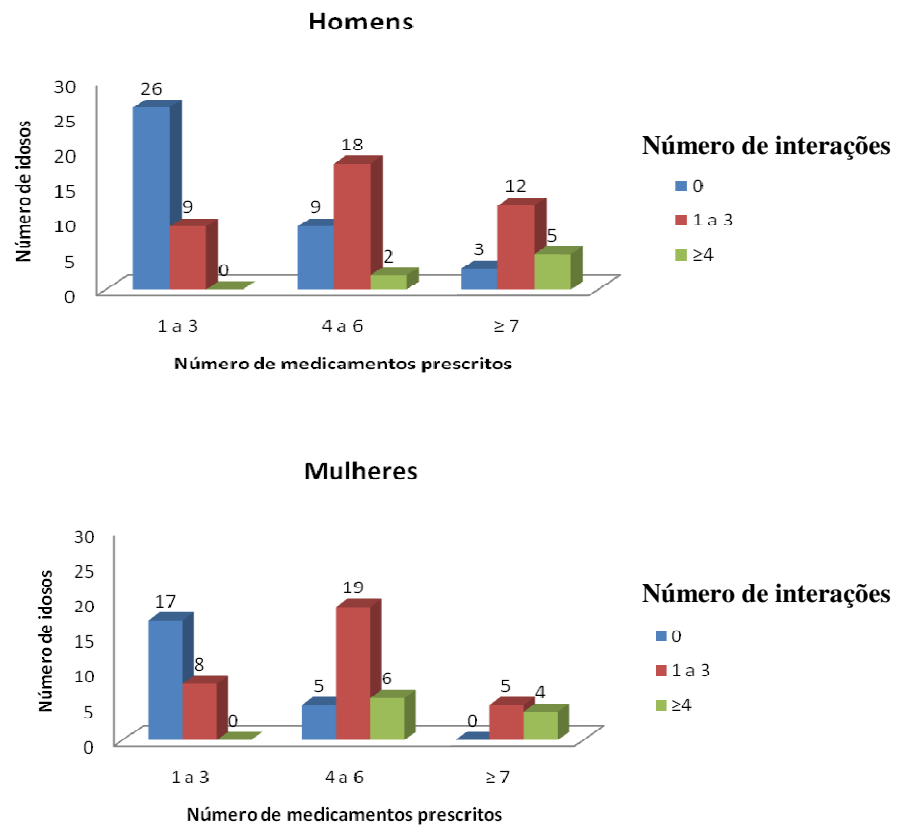


Gráfico 5.7 – Relação entre número de medicamentos prescritos e número de interações encontradas nas prescrições de homens e mulheres (p < 0,0001)

Nota: Observe que a ausência de interações (barra azul) diminui com o aumento do número de medicamentos prescritos.

A cerca do nível de informação do idoso com discernimento (n=83) sobre os medicamentos que toma, foi observado que 69,9% tiveram alguma lembrança da prescrição médica atual. Foi mostrada diferença estatística entre homens e mulheres em relação a essa variável (p = 0,023). 40,0% dos homens não souberam dar nenhuma informação sobre os medicamentos utilizados e esse número foi menor entre as mulheres (15,2%) (p = 0,0291). Foi observado que 84,8% das mulheres souberam fornecer alguma informação sobre nome do fármaco, indicação e/ou posologia dos medicamentos utilizados enquanto apenas 60,0% dos homens

tiveram as mesmas recordações. Além disso, durante a entrevista, as mulheres foram as que mais se referiram a medicamentos não prescritos. (Gráfico 5.8 e Tabela 5.10)

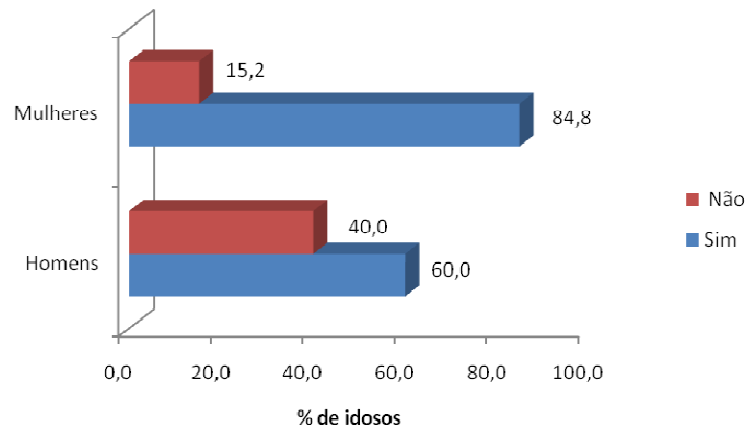


Gráfico 5.8 - Avaliação da lembrança quanto à prescrição médica atual por sexo ($p = 0,4654$)

Tabela 5.10 - Nível de informação dos idosos com discernimento sobre a prescrição médica atual (n=83)

Variável	Homens	Mulheres
Alguma informação	60,0	84,8
Informação correta sobre nomes	43,4	42,2
Informação correta sobre indicação	41,0	37,9
Informação correta sobre posologia	36,5	49,0

Análise estatística mostrou que a lembrança quanto à prescrição médica não apresenta associação com nível de instrução dos idosos para ambos os sexos ($p = 0,362$).

Qualidade da Assistência Farmacêutica

O acesso a medicamentos foi avaliado através da verificação da disponibilidade dos medicamentos prescritos na instituição e nos centros de saúde do Distrito Federal considerando a Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME, 2006) e a política de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS) que preconiza a distribuição gratuita de medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

96,5% dos medicamentos prescritos para os idosos (n=154) estavam disponíveis no momento da pesquisa nas instituições pesquisadas e 80,0% dos mesmos medicamentos estavam disponíveis no serviço público do Distrito Federal.

Em relação ao armazenamento dos medicamentos utilizados por esses idosos, foi observado que em todas as instituições há um espaço reservado para estocagem e preparo das medicações, chamado informalmente de “farmácia”.

Nessas instituições não há seleção dos medicamentos armazenados sendo que em geral, são utilizados os nomes comerciais principalmente de similares; sendo organizados em sua maioria por indicação clínica em armários de vidro, aço ou madeira e/ou em prateleiras. Duas das instituições não possuíam geladeira específica para armazenamento dos medicamentos termolábeis, como insulina.

Foi observado que a infra-estrutura das “farmácias” não atende às exigências de armazenamento e estocagem adequada de medicamentos e apesar da entrada restrita de pessoas não possuíam janelas protegidas por telas contra entrada de animais e insetos nem controle de luminosidade, umidade, ventilação e temperatura. Somente em uma das instituições foi encontrado um termômetro porém, sem controle de temperatura diário e efetivo. Os pisos, tetos e paredes também não atendem às exigências legais, além de não haver pallets para empilhamento de caixas.^{130,131}

Um fato que chamou atenção foi o grande número de especialidades e formas farmacêuticas diferentes armazenadas nessas instituições. Os medicamentos armazenados constituem aqueles prescritos para os idosos residentes que são obtidos no serviço público de saúde, comprados ou recebidos por doações e outros não utilizados por nenhum idoso, resultado de doações ou sobras. Os psicotrópicos, em todas as instituições são estocados separadamente dos demais porém sem controle efetivo de acesso. Em apenas uma instituição foi encontrado um livro para controle da movimentação desses fármacos e o acesso foi considerado mais rigoroso porém, ainda inadequado. Devido à ausência de farmacêuticos nessas instituições, o controle desses medicamentos é realizado pela Enfermagem principalmente técnicos ou auxiliares. Para os demais medicamentos não há registros de controle de estoque.

Análise dos medicamentos encontrados durante as visitas, permitiu a identificação de diversos problemas relacionados na tabela 5.11.

Tabela 5.11 – Principais problemas relacionados à armazenagem de medicamentos das instituições pesquisadas

Principais problemas	%
Medicamentos fora da embalagem primária	100
Medicamentos sem identificação	100
Medicamentos termolábeis fora da geladeira	20
Medicamentos com prazo de validade expirado	100
Medicamentos sem data de validade	100
Medicamentos com indicativo de perda de estabilidade	100
Comprimidos repartidos e guardados	100
Sobras de antibióticos	100

Principais problemas	%
Sobras de colírios e outros líquidos estéreis	100
Presença de alimentos e bebidas na geladeira de medicamentos	100

Foi observado ainda que em todas as instituições há carência de material bibliográfico e treinamento sobre aspectos básicos de Farmacologia, administração e armazenamento de medicamentos; agravado pela formação inadequada de seus funcionários e ausência de Atenção Farmacêutica. Quando indagados sobre o interesse em receber esse tipo de capacitação, todos os cuidadores se mostraram interessados.

Em relação à assistência multiprofissional foi observado que a maioria dos profissionais de saúde de nível superior que atendem as instituições participantes é voluntária sendo composta por médicos, dentistas, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas além de assistentes sociais. Os demais profissionais são mantidos pelas instituições e consistem em cuidadores com curso de Auxiliar ou Técnico de Enfermagem e enfermeiros de nível superior.

Em relação ao acompanhamento fisioterapêutico, três das instituições conta com a atuação desse profissional com frequência semanal variável entre elas. Porém foi observado que apenas 13,2% dos idosos o fazem não havendo diferença entre sexo ($p = 0,0699$). No entanto, os que fazem tratamento com fisioterapeuta são na maioria idosos sem discernimento ($p = 0,0011$) em geral, por serem os mais acometidos por escaras de decúbito.

Quanto à atuação do psicólogo, foi verificado que todas as instituições possuem esse profissional atuante, porém a assistência é precária sendo evidenciada pelos números. Entre os idosos acometidos por depressão, ansiedade e

doenças psiquiátricas (48,7%), 77,4% não realizam acompanhamento psicológico, não havendo diferença entre sexo ($p = 0,4611$). Entretanto, observou-se que os idosos que fazem acompanhamento com esse profissional são em sua maioria sem discernimento ($p = 0,0403$).

Quando investigado a atuação de outros profissionais de saúde nas instituições como nutricionistas e farmacêuticos os resultados mostraram 94,6% dos idosos estão sem acompanhamento por nutricionista e ausência completa de acompanhamento por farmacêuticos. Também não há diferença entre sexo para essas variáveis ($p = 0,4611$) nem entre idosos com e sem discernimento ($p = 0,0669$).

O atendimento por odontólogos é feito esporadicamente em 80,0% das instituições sendo que apenas uma delas possui um dentista atendendo semanalmente; mesmo assim, as queixas de problemas odontológicos são inúmeras (88,3%) sendo, portanto, a maioria das consultas odontológicas desses idosos realizadas na rede pública de saúde.

O acompanhamento por médicos a esses idosos também é precário sendo que as cinco instituições contam com pelo menos um médico atendendo semanalmente, mas, relatam enfrentar dificuldades de atendimento de emergência e de validar receituário médico, principalmente para os medicamentos de uso continuado e os psicotrópicos. Esses serviços são em geral realizados por médicos do centro de saúde ou hospital regional mais próximo da instituição. Em determinadas situações foi relatada a procura por profissionais da rede privada de saúde em virtude da urgência necessária e/ou carência dos serviços públicos.

Em relação aos demais profissionais como fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e educadores sociais, todas as instituições carecem do acompanhamento dos mesmos.

6. DISCUSSÃO

Resultados obtidos nesse estudo indicam que o grupo de idosos estudados apresentam perfil biopsicossocial e farmacoterapêutico comum à população idosa em geral e mostrado em outros estudos com esse mesmo grupo.^{2,33,38,47,94,95,114}

Apesar dos censos brasileiros^{32-35,115} e de estudos^{29,30} na área mostrarem que a expectativa de vida entre as mulheres é maior em virtude da maior proteção cardiovascular fornecida pelos hormônios femininos, menor consumo de álcool e tabaco e maior procura por assistência médica; nesse grupo de idosos não foi encontrada diferença significativa de idade entre os sexos.

A procedência dos idosos desse estudo em sua maioria das regiões nordeste e sudeste corrobora dados dos censos e de outros estudos que indicam as correntes migratórias dessas regiões para o Planalto Central em virtude da construção da nova capital federal no início dos anos 60.^{9,38-41} Esses idosos vieram para o Distrito Federal em busca de emprego e melhores condições de vida tornando-se mão-de-obra de baixo custo e sem qualificação, confirmado pelos dados que mostram baixa instrução. Essa hipótese é confirmada pelo baixo nível de instrução, empregos concentrados no setor terciário de atividades econômicas e baixa renda mensal desses idosos.(Tabela 5.1)

A institucionalização de um idoso é determinada por um conjunto de fatores econômicos, psicossociais e culturais relevantes. A dependência que os idosos apresentam para realizar atividades rotineiras, o despreparo e a impaciência freqüente da maioria dos familiares para tratar seus idosos; o grande número de doenças em especial as psiquiátricas, o alto consumo de medicamentos e demanda

por cuidados especiais de saúde aliados à baixa renda familiar estão entre as causas da institucionalização.^{62,73,81,94,95,114}

Resultados desse estudo sugerem que a solidão ou a perda do cônjuge durante a vida; a maioria é solteira ou viúva; acompanhada pela dificuldade em manter-se morando sozinho e com familiares podem constituir causas da institucionalização nesse grupo. A baixa renda mensal desses idosos, na maioria inferior a dois salários-mínimos; agrava esses fatores e concorre a um dos motivos da transferência do mesmo para uma instituição de longa permanência. (Tabela 5.1) Na maioria dos casos, a institucionalização representa rompimento do convívio familiar e social gerando isolamento, abandono, tristeza, solidão, revolta, desânimo e aumento dos casos de depressão e transtornos psíquicos;^{62,116}

Apesar de maior parte dos idosos entrevistados declarar que gosta da instituição onde vive e não se sentir tristes ou estressados por morar numa ILPI, resultados sugerem que a institucionalização foi acompanhada por impactos negativos na vida social, emocional, psíquica e física desses indivíduos. O elevado número de casos de depressão e distúrbios psíquicos, o uso irracional de psicofármacos e a grande proporção de idosos considerados sem discernimento e dependentes reforçam as suposições dos impactos negativos da institucionalização na qualidade de vida, conforme mostrado por outros autores.⁹⁶ (Tabelas 5.2 e 5.3) Essa negação pode ainda refletir um estado de aceitação do idoso da real situação conformando-se com o abandono e isolamento em que vive pós institucionalização.

A sensação de abandono descaso dos familiares é predominante nesse grupo, refletido pela pequena proporção de idosos que recebem visitas de seus familiares. Esse fato é ainda confirmado ao se analisar outras características do processo de institucionalização.

Anterior à institucionalização, a maioria dos idosos residia com seus familiares e esses mesmos familiares foram os responsáveis pela decisão de levá-los para a instituição.(Gráfico 5.2) Segundo idosos e cuidadores os familiares alegavam falta de recursos financeiros, falta de espaço ou infra-estrutura inadequada das casas onde residiam, falta de pessoa para assistir o idoso e em poucos casos, mau-relacionamento do idoso com outro morador da casa.

Resultados ainda sugerem que o sedentarismo e a presença de tabagismo e etilismo, mais freqüente entre os homens; aliados às condições de saúde e ao elevado consumo de medicamentos são responsáveis pela baixa qualidade de vida desses idosos. Essa situação é agravada pela carência de assistência psicológica, nutricional, fisioterapêutica, médica, odontológica e farmacêutica verificada nas instituições de longa permanência estudadas.

O perfil epidemiológico dos idosos estudados corrobora dados de outros estudos que relatam as doenças cardiovasculares, neurológicas, psíquicas e ortopédicas como as mais prevalentes nessa faixa etária. (Tabela 5.2) Esses dados são confirmados ao analisar os medicamentos mais utilizados (Tabela 5.3) e o número de medicamentos prescritos para esses idosos, semelhante a dados da literatura.^{9,36,42,55,56,58,85,88,90,92,114,117,118}

A diferença de prevalência entre os sexos para a maioria das doenças não foi explicada pela literatura consultada.^{9,36,42,55,115} Porém, a maior prevalência de osteoporose entre as mulheres é explicada pela redução dos níveis hormonais pós-menopausa sendo a principal causa do aumento da perda de massa óssea nesse grupo, conforme mostrado nesse estudo. A maior prevalência de doenças entre os idosos considerados com discernimento pode indicar uma melhor capacidade desses de se comunicar e se expressar quando comparados aos idosos sem

discernimento ou ainda por serem “poliqueixosos” em relação à situação atual em que vivem.

A maior prevalência de distúrbios psiquiátricos entre os idosos considerados sem discernimento é explicada ao considerar que na maioria dos casos, essas doenças são acompanhadas por perda de lucidez e autonomia. Esses idosos, por exigirem de suas famílias mais cuidados e estrutura física, econômica e emocional, tornam-se o principal grupo a ser institucionalizado.⁵⁷ Espera-se com isso, que a maioria dos idosos institucionalizados sejam os sem discernimento com graus variados de dependência. Além disso, o alto consumo de psicofármacos por esses idosos pode agravar suas condições de saúde elevando o número de doenças do SNC, indicando uma possível super medicalização desse grupo de idosos com o intuito de tratar os sintomas decorrentes do processo de institucionalização.

O número médio de medicamentos de uso contínuo por cada idoso também foi mostrado em outros trabalhos e encontra-se dentro da média brasileira. 2,9,36,42,55,56,58,85,88,90,92,114,117,118,134 O maior consumo pelas mulheres pode ser explicado pela idade mais avançada desse grupo sendo que entre elas há uma maior frequência de indivíduos com idade superior a 70 anos. Além disso, a análise estatística revelou uma relação positiva entre o número de medicamentos consumidos e idade indicando que quanto mais idosa a população, mais medicamentos são consumidos. (Gráfico 5.4)

O perfil qualitativo de consumo de medicamentos entre homens e mulheres dessa população é semelhante e as poucas diferenças encontradas como, por exemplo, maior consumo de agentes beta-bloqueadores pelas mulheres confirmam os dados de que elas são as mais acometidas por enfermidades como

arritmias cardíacas, uma das indicações clínicas desta classe de medicamentos. Além disso, elas também são as que mais consomem antipsicóticos por serem geralmente mais agitadas que os homens. (Tabela 5.4) Muitos dos medicamentos mais utilizados por esses idosos são considerados impróprios para o grupo etário ou estão incluídos nos Critérios de Beers acarretando aumento das hospitalizações e dos custos com saúde. (Tabelas 2.5 e 2.6)

O alto consumo de psicofármacos por esses idosos (Gráfico 3.5) pode ser explicada pelo perfil psicossocial diferenciado desse grupo devido ao isolamento e abandono decorrentes da institucionalização e por sofrerem mais de depressão e doenças psíquicas, as mais comuns do SNC. O uso irracional dessa classe de fármacos reflete o despreparo de profissionais que assistem esses idosos e deficiência das políticas públicas para idosos. A maioria desses medicamentos também está incluída nos Critérios de Beers e deve ser utilizada com cautela por idosos por provocar sedação e sonolência excessivas, sintomas extrapiramidais, retardo psicomotor, demência, perda de memória, hipotensão ortostática que reduzem a qualidade de vida dos idosos e agravam sua capacidade funcional restringindo o convívio social e sua capacidade de comunicação e expressão.

A falta de Atenção Farmacêutica e a assistência inadequada a esses idosos podem explicar os achados de maior parte das prescrições apresentarem pelo menos uma interação medicamentosa de possível importância clínica, além da utilização de medicamentos não-necessários e impróprios (PRM 2), da prática de automedicação e da existência de problemas de saúde não tratados (PRM 1) (Tabela 5.5) Verifica-se ainda que a polifarmácia, pequena mas presente entre idosos, pode explicar esses eventos e agravar o estado funcional desses pacientes.^{3,4,6-8,85,86,93}

Analisando os problemas de saúde não-tratados (PRM 1) e confrontando com dados da literatura verifica-se que os mais comuns (desconforto gastrointestinal, vertigem), podem ser resultados de efeitos adversos a medicamentos comumente utilizados por esse grupo de pacientes¹¹⁵⁻¹¹⁹ ou mesmo das interações medicamentosas encontradas. A maioria dos PRM 1 encontrados trata-se de problemas que não necessitam de medicalização mas, da instituição de um esquema terapêutico racional com mínimos efeitos adversos e interações medicamentosas. Esses problemas podem ainda justificar a prática de automedicação entre esses idosos além de aumentar a procura por serviços de saúde.

Segundo a OMS a automedicação entre idosos é elevada chegando a 50% nos países desenvolvidos,¹⁰³ sendo as condições socioeconômicas, psicológicas, grau de instrução e o acesso fatores determinantes.^{13,86,88,104,105,119} Na população estudada, esses valores são menos freqüentes devido ao controle rigoroso da instituição. Além disso, o nível de escolaridade e as condições socioeconômicas limitam ainda mais essa prática. Apesar de baixa, a automedicação não pode ser desprezada e deve ser levada em consideração na hora de instituir o esquema terapêutico e quantificar seu resultado. (Tabela 5.4)

O uso de medicamentos considerados não necessários ou impróprios por esses idosos (PRM 2) pode justificar a presença de problemas de saúde não tratados e aliado aos achados de interações medicamentosas^{120,121} podem reforçar a hipótese de despreparo dos prescritores e a carência de assistência médica e farmacêutica à população estudada. Grande parte desses medicamentos, principalmente os psicofármacos, acarreta prejuízos funcionais aos idosos

comprometendo sua qualidade de vida e adesão ao tratamento além de onerar os custos com saúde.^{58,59,93,108,109,122} (Tabela 5.5)

Nesse estudo, os resultados de PRM podem ser superestimados devido à falta de acesso a exames laboratoriais, de imagem e outras informações do prontuário para determinar com maior precisão a necessidade ou não do uso de medicamentos por cada idoso.

A adesão constitui uma variável multifatorial sofrendo influência do estado de saúde do paciente, do acesso, da renda, do grau de instrução, da presença e intensidade de reações adversas, do estado psicológico e psíquico, do surgimento de resultados benéficos com o tratamento.^{2,15,88,123,124} Em idosos institucionalizados a adesão é maior que em outros grupos de idosos em virtude da administração de medicamentos ser responsabilidade dos cuidadores e não do próprio idoso, tornando ausentes fatores como esquecimento, falta de informações sobre o tratamento e a opção da suspensão do uso ou alteração da dose e posologia por conta própria; comuns entre os demais idosos. Além disso, na maioria das ILPI's a responsabilidade de garantir o acesso aos medicamentos é da instituição e não do idoso, o que também explica um aumento da adesão entre os institucionalizados uma vez que os problemas de custo e acesso são minimizados.

Apesar de pequena a prevalência de problemas que comprometem a adesão entre os idosos estudados, resultados sugerem que problemas de acesso, o número elevado e uso desnecessário de medicamentos, o surgimento de efeitos adversos e limitações comuns da idade como dificuldade motora, visual, auditiva e de deglutição; são fatores presentes e que comprometem adesão à prescrição médica (Tabela 5.4); conforme dados da literatura.^{2,15,88,124-129}

Além desses fatores a elevada prevalência de doenças psiquiátricas, o freqüente estado desmotivado e depressivo e o nível de escolaridade podem explicar o desconhecimento de alguns idosos com discernimento a respeito dos medicamentos que tomam, pois, sabe-se que o entendimento e o comprometimento do idoso com a farmacoterapia representam importantes fatores para garantir a adesão. Apesar da influência direta do nível de instrução na compreensão e conseguinte, adesão ao tratamento; nesse estudo, o nível de informação dos idosos não apresentou relação direta com os dados de escolaridade. ($p = 0,362$) Porém foi mostrado que as mulheres souberam dar mais informações sobre nome, indicação e posologia dos medicamentos que utilizam que os homens, em virtude de serem mais prevenidas e se preocuparem mais com a saúde e por procurarem assistência mais precocemente que os homens.^{28,36,37,43} (Gráfico 5.8 e Tabela 5.9)

Sabe-se que a disponibilidade de medicamentos e o nível econômico também são fatores determinantes da adesão a tratamentos.^{11,12,88} Dados da OMS (citados por Rozenfeld)⁸⁸ evidenciam que 25% da população mundial estão sem assistência farmacêutica completa, não tendo acesso a medicamentos ou o tendo de maneira limitada. A falta de medicamentos de distribuição gratuita do Programa de Atenção Básica do Ministério da Saúde associado à baixa renda mensal desses idosos, em sua maioria aposentados com um rendimento inferior a dois salários-mínimos; representam dificuldades de acesso e, por conseguinte, de adesão ao tratamento prescrito.¹² Esse estudo mostrou que os idosos institucionalizados estudados não encontram dificuldade de acesso a medicamentos, pois, além de serem abastecidas pelas unidades básicas de saúde regionais; as ILPI em sua maioria são de caráter filantrópico garantindo o abastecimento de medicamentos

através de doações da comunidade e de recurso obtidos através de eventos beneficentes.

Outros fatores que podem comprometer a eficácia do tratamento e piorar a qualidade de vida são o manuseio, administração e armazenamento incorreto dos medicamentos utilizados. Todas as instituições estudadas apresentaram problemas que comprometem a qualidade dos medicamentos refletindo assim, a carência de capacitação de seus profissionais além da ausência do farmacêutico para gestão e manejo correto dos mesmos.^{130,131}

O envelhecimento da população exige um modelo de assistência integral e multiprofissional e a reformulação das políticas de saúde. As políticas existentes são ineficazes em virtude da escassez de recursos e da não-adequação à realidade dos diferentes grupos de idosos. A carência de profissionais habilitados e capacitados para trabalhar com idosos e o perfil diferenciado desse grupo de pacientes representa um desafio para os gestores, educadores e profissionais.

Para os idosos institucionalizados, a carência de profissionais habilitados é ainda maior¹³²⁻¹³⁶ e os problemas relacionados à farmacoterapia são cada vez mais numerosos e arriscados.¹³⁰ Estima-se que no Brasil, em torno de 19% das hospitalizações de idosos são decorrentes de efeitos adversos a medicamentos na maioria das vezes não-notificadas.^{137,138}

Nesse contexto, o farmacêutico é um profissional de saúde imprescindível na assistência à saúde do idoso buscando identificar os fatores determinantes desses problemas e intervir a fim de minimizá-los.^{15,25,63,64,73,112,127,139,140} Resultados desse estudo confirmam a necessidade desse profissional integrando a equipe multidisciplinar de assistência ao idoso para garantir melhoria da qualidade de vida e promoção de um envelhecimento saudável e seguro.¹³⁴⁻¹⁴¹

7. CONCLUSÕES

Considerando os objetivos propostos e resultados obtidos nesse trabalho, conclui-se que o grupo de idosos institucionalizados estudado apresenta características sócio-demográficas e de saúde comuns à população idosa brasileira além de inúmeros problemas relacionados à farmacoterapia devido sobretudo à carência de atuação do farmacêutico nas ILPI's estudadas.

As conclusões desse trabalho são:

- A maioria dos idosos são homens (51,3%) e com discernimento (53,9%) com idade igual ou superior a 75 anos;
- A maioria dos idosos é proveniente da região nordeste, é solteira ou viúva e atuou no setor terciário de atividades econômicas;
- O nível de instrução dos idosos pesquisados é baixo sendo que a maioria tem menos de 1 ano de estudo (46,6%) ou de 1 a 7 anos (43,9%) possuindo renda média mensal inferior a 2 salários-mínimos;
- Antes da institucionalização, a maioria dos homens viviam sozinhos e as mulheres com familiares sendo que os próprios familiares foram os responsáveis pela ida para a ILPI
- O convívio familiar dos idosos institucionalizados é limitado, pois, poucos idosos recebem visitas de seus familiares frequentemente;
- A institucionalização é acompanhada por impactos negativos na vida social e na saúde do idoso refletida pelas suas condições de saúde e convívio social
- Os idosos são sedentários e possuem baixa qualidade de vida refletida pela alta dependência para execução de AVD's e pelo número de doenças que os acometem

- As enfermidades mais prevalentes acometem os sistemas cardiovascular e nervoso
- A prevalência de depressão e doenças psiquiátricas é grande entre os idosos estudados
- As mulheres consomem mais medicamentos que os homens e essa variável é superior nos idosos com discernimento
- Foi encontrada uma relação positiva entre número de medicamentos consumidos e idade
- O consumo de psicofármacos entre o grupo estudado é significativo sendo os antipsicóticos e antidepressivos os mais utilizados indicando uma possível super medicalização dessa população
- O uso de medicamentos considerados impróprios para a população idosa é significativo
- Os idosos apresentam vários problemas de saúde não tratados por medicamentos como consequência do uso de medicamentos impróprios ou não-necessários e das interações medicamentosas entre seus medicamentos
- A frequência de interações medicamentosas entre as prescrições dos idosos é elevada (63,6%) e podem ocasionar redução da capacidade funcional e piora da qualidade de vida
- Foi mostrada relação positiva entre número de medicamentos prescritos e presença de interações medicamentosas
- O nível de conhecimento dos idosos a cerca do tratamento utilizado é limitado sendo que as mulheres souberam dar mais informações corretas que os homens

- Não foi mostrada relação entre nível de instrução e conhecimento sobre a farmacoterapia
- A prática de automedicação entre os idosos estudados é mínima em virtude do controle da instituição e do nível de instrução dos mesmos
- Os problemas que comprometem a adesão ao tratamento são mínimos mas, significativos como recusa em tomar a medicação e surgimento de efeitos adversos
- As instituições estudadas não apresentam dificuldade de acesso aos medicamentos prescritos para seus idosos
- As ILPI's estudadas apresentam problemas de armazenamento e manejo de medicamentos
- Há carência de assistência multiprofissional aos idosos institucionalizados estudados o que agrava as condições de saúde dos mesmos
- A assistência farmacêutica aos idosos estudados é limitada refletida sobretudo pela falta de atuação do farmacêutico nas ILPI

Considerando a Atenção Farmacêutica como modelo de prática desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica, na perspectiva da integralidade das ações de saúde, os resultados desse estudo sugerem a necessidade urgente da inclusão dos serviços farmacêuticos nas ILPI para gestão de estoque, padronização dos medicamentos, racionalização da prescrição médica, garantia da adesão e acesso, diminuição dos PRM e da toxicidade de medicamentos; além de integração aos demais profissionais de saúde na promoção de melhoria da qualidade de vida de seus idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARANGO, Victoria E. Polifarmácia en el anciano. **Univ. méd.** 43 (1): 87-90, 2002.
2. ROCHA CH et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciência e Saúde Coletiva**, 13 (Sup): 703-710, 2008.
3. HAJJAR ER et al. Polypharmacy in Elderly Patients. **The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy**. 5 (4): 345-351, 2007.
4. MEDEIROS-SOUZA P et al. Polypharmacy in the elderly. **Rev Saúde Pública**; 41(6): 1049-53, 2007.
5. LOYOLA FILHO AI et al. Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí. **Rev Saúde Pública**;42(1):89-99, 2008.
6. NGUYEN JK et al. Polypharmacy as a Risk Factor for Adverse Drug Reactions in Geriatric Nursing Home Residents. **The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy**; 4(1): 36-41, 2006.
7. RAJSKA-NEUMANN A & WIECZOROWSKA K. Polypharmacy and Potential inappropriateness of Pharmacological Treatment among community-dwelling elderly patients. **Arch. Gerontol. Geriatr. Suppl.** 1, 303–309, 2007.
8. HAYES et al. Polipharmacy and the geriatric patient. **Clinics in Geriatric Medicine**; 23: 371–390, 2007.
9. CHAIMOWICZ, F. A saúde do idoso brasileiro às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: vol.31, nº 2, p.184-200, abr. 1997
10. CANÇADO FAX. **Idoso e sociedade – aspectos demográficos**. In: HUTZ, A. Temas de Geriatria e Gerontologia. p 33-57. São Paulo: Byk, 1986.

11. Reis AMM & Perini E. Desabastecimento de medicamentos:determinantes, conseqüências e gerenciamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup): 603-610, 2008.
12. PANIZ VMV et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(2):267-280, fev 2008.
13. LOYOLA FILHO AI de et al. Automedicação em adultos. **Rev Saúde Pública**. 36(1):55-62, 2002.
14. WILLCOX SM, HIMMELSTEIN DU, WOOLHANDLER S. Inappropriate drug prescribing for the community-dwelling elderly. **JAMA**. 272:292-296, 1994.
15. LYRA JR DP, AMARAL RT, VEIGA EV, CÁRNIO EC, NOGUEIRA MS, PELÁ IR. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Rev Latino-am Enfermagem**; 14(3):435-41, mai-jun 2006.
16. MOSEGUI GBG, ROZENFELD S, VERAS RP, VIANNA CMM. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. **Rev. Saúde Pública**. 33(5): 437-444, 1999.
17. BERNSTEN C, BJORKMAN I, CARAMONA M, CREALEY G, FROKJAER B, RUNDBERGER E, et al. Improving the well-being of elderly patients community pharmacy-based provision of pharmaceutical care: a multicentre study in seven European countries. **Drug Aging**. 18(1):63-77, 2001.
18. 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**. 38:567-573, 1998.
19. HENNESSY S. Potentially remediable features of the medication- use environment in the United States. **Am J Health Syst Pharm**. 57:543-547, 2000.

20. WILSON IB et al. Physician-patient communication about prescription medication nonadherence: a 50-state study of America's seniors. **J Gen Intern Med.** 22(1):6-12, 2007.
21. BERGAMAN A et al. Evaluation of the quality of drug therapy among elderly patients in nursing homes. **Scand J Prim Health Care.** 25(1):9-14, 2007.
22. GRYMOPRE RE, WILLIAMSON DA, HUYNH DH & DESILETS L M. Community-based pharmaceutical care model for the elderly: Report on a pilot project. **International Journal of Pharmacy Practice,** 2:229-234, 1994.
23. THOMPSON JF, McGHAN WF, RUFFALO RL, COHEN DA, ADAMCIK B & SEGAL JL. Clinical pharmacists prescribing drug therapy in geriatric setting: Outcome of a trial. **Journal of the American Geriatric Society,** 32:154-159, 1984.
24. HANLON JT et al. Can Clinical Pharmacy Services Have a Positive Impact on Drug-Related Problems and Health Outcomes in Community-Based Older Adults? **The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy,** 2 (1): 3-13, 2004.
25. LYRA JR DP et al. Influence of Pharmaceutical Care intervention and communication skills on the improvement of pharmacotherapeutic outcomes with elderly Brazilian outpatients. **Patient Education and Counseling;** 68:186–192, 2007.
26. OMS, 1979.
27. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informações Demográficas e Socioeconômicas 1980/2000.** Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/popman.htm>. Acesso em 25/10/08
28. MOREIRA MM. **Mudanças estruturais na distribuição etária brasileira: 1950-2050.** Trabalhos para discussão nº 117, 2002. Disponível em <http://www.fundaj.gov.br>. Acesso em 25/10/08
29. CAMARANO AA, KANSO S, MELLO JL. Como vive o idoso brasileiro. In: Camarano AA. **Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, p 25-73, 2002.

30. CALKINS E. **O idoso moderno – demografia.** In: **Geriatría Prática.** 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, p 3-5; 1997.
31. SENE, E, MOREIRA, JC. **Geografia geral e do Brasil: espaço geográfico e globalização.** 1 ed. São Paulo: Scipione, 1999: 343-359.
32. IBGE. **Indicadores Sóciodemográficos – Prospectivos para o Brasil, 1991-2030.** São Paulo: Arbeit, 2006.
33. IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2005. Síntese de Indicadores Sociais 2006.** Rio de Janeiro, 2006.
34. IBGE. **Censo Demográfico 2000. Características da População e dos Domicílios: resultados do universo.** Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000>. Acesso em 25/10/08.
35. IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores 2007.**
36. PASCHOAL SMP. **Epidemiologia do Envelhecimento.** In: PAPAEO MN. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996.
37. VERAS RP. **Terceira Idade: Gestão Contemporânea em Saúde.** Rio de Janeiro, Relume Dumará; p.11-79, 2002.
38. GOULART FAA. **Processo de envelhecimento da população e as Políticas de saúde para o idoso no Distrito Federal e municípios do entorno.** Brasília, 1998.
39. CODEPLAN. **Distrito Federal. Síntese de Informações Socioeconômicas 2006.** Brasília, 2006. Disponível em <http://www.codeplan.df.gov.br/sites/200/216/00000005.pdf>. Acesso em 14/11/08
40. CODEPLAN. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios 2004.** Brasília, 2004. Disponível em <http://www.codeplan.df.gov.br>. Acesso em 14/11/08.

41. CODEPLAN. **O idoso no Distrito federal: características e mortalidade.** Brasília: Codeplan, 1998.
42. FREITAS EV, PY L, NERI AL, CANÇADO FAX, GORZONI ML, ROCHA SM. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** p 72-78. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
43. HOLSBACH ML, BUENO H, NOVAES MRCG. **Aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento no Brasil.** In: NOVAES, MRCG. Assistência Farmacêutica ao Idoso. Uma abordagem multiprofissional. p 43-56. Brasília: Ed Thesaurus, 2007.
44. BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil.** Brasília, 1998.
45. BRASIL. **Política Nacional do Idoso.** Brasília, 1999.
46. BRASIL. **Decreto 1.948 de 03 de julho de 1996.** Brasília, 1996.
47. BRASIL. **Portaria 2854/2000.** Brasília, 2000. Disponível em <http://www.mds.gov.br/suas/legislacao-1/portarias>. Acesso em 14/11/08.
48. BRASIL. **Resolução RDC 283/2005.** Brasília, 2005. Disponível em www.anvisa.gov.br
49. UNIFESP. **Preconceito em relação ao idoso prejudica atendimento hospitalar.** Disponível em: <http://www.unifesp.br/comunicacao/jpta/ed179/pesquisa7.htm>
50. **Políticas Ativas para mão-de-obra em envelhecimento.** Disponível em: <http://www.eurofound.eu.int/publications/files/EF9963PT.pdf>. Acesso em 22/09/06.
51. UNIFESP. **Asilos não têm estrutura para abrigar idosos.** Disponível em: <http://www.unifesp.br/comunicacao/jpta/ed147/pesqui2.htm>
52. BRASIL. **Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria GM 1395/1999.** Brasília, 1999.

53. BRASIL. **Estatuto do Idoso. Lei Federal 10.741/2003.** Brasília, 2003.
54. PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** 1 ed. São Paulo: Atheneu, 1996. 524 p.
55. RAMOS LR. **Geriatría.** In: PRADO FC, RAMOS J, VALLE JR. Atualização Terapêutica. 23ªed. São Paulo: Artes Médicas,. p 459-492, 2007.
56. GALVÃO MPA & FERREIRA MBC. **Prescrição de Medicamentos em Geriatría.** In: FUCHS FD, WANNMACHER L E FERREIRA MBC. Farmacologia Clínica – Fundamentos da Terapêutica Racional. 4ª edição. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2006.
57. IVES TJ. Pharmacotherapeutics. In GALVÃO C. 2006. **Primary Care Geriatrics: a case-based approach.** 4th ed. St Louis, MO: Mosby;. p.137-48, 2002.
58. BISSON MP. **Princípios da Farmacoterapia em Geriatría.** In: NOVAES, MRCG. Assistência Farmacêutica ao Idoso. Uma abordagem multiprofissional. Brasília: Ed Thesaurus, p 179-191, 2007
59. BEERS. **Criteria for Medications to avoid in the elderly updated.** 2003. Disponível em www.ascribe.org/cgi-bin/spew. Acesso em 28/04/07.
60. FRANCO GCN, COGO K, MONTAN MF et al. Interações medicamentosas: fatores relacionados ao paciente. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac, Camaragibe.**; 7(1): 17 – 28, 2007.
61. FIGUEIREDO AC, ITO MK. **A Nutrição do Idoso.** In: NOVAES, MRCG. Assistência Farmacêutica ao Idoso. Uma abordagem multiprofissional. p 179-191. Brasília: Ed Thesaurus, 2007.
62. TRINDADE EMV, TRINDADE AV, NOVAES MRCG. **Abordagem biopsicossocial ao idoso em ambiente domiciliar, familiar, institucional e hospitalar.** In: NOVAES, MRCG. Assistência Farmacêutica ao Idoso. Uma abordagem multiprofissional. Brasília: Ed Thesaurus, p 71-82, 2007.
63. HEPLER CD, STRAND LM. Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica. **Pharmaceutical Care.** 1:35-47, 1999.

64. VIEIRA FS. Possibilidades de Contribuição do Farmacêutico para a Promoção da Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 12 (1):213-220, 2007.
65. OMS/OPS. **El Papel del Farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud**. (Informe de la reunión de la OMS 1993).Tokio, 1993. 13 p.
66. Organização Panamericana de Saúde. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2002, 24p.
67. CONASS/MS. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília, 2007.
68. BRASIL. **Portaria nº. 3.916/1998. Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, 1998.
69. Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Instruções Técnicas para sua organização**. Brasília, 2002.
70. BRASIL. **Resolução CNS nº. 338/2004. Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. 2004
71. BRASIL. **Portaria nº. 2577/2006**
72. MARQUES SB, DALLARI SG. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**. 41(1):101-107, 2007.
73. ROMANO-LIEBER NS et al. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. **Cad. Saúde Pública**. 18(6): 1499-1507, 2002
74. OLIVEIRA AB, OYAKAWA CN, MIGUEL MD, ZANIN SMW, MONTRUCCHIO DP. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. **Rev.Bras.Ciências Farmacêuticas**, 41(4): 409-413, 2005.

75. GALLAGHER P, BARRY P, O`MAHONY D. Inappropriate prescribing in the elderly. **J Clin Pharm Ther.** 32(2):113-121, 2007.
76. MAYORAL RJF, FERNANDEZ LJ, RUBIO LFJ. Current research status in pharmaceutical care. **Farm Hosp.** 30(1):62-63, 2006.
77. **Método Dáder**, Plano de Seguimento Farmacoterapêutico, 1999.
78. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos. **Ars Pharmaceutica** 43 (3-4): 175-184, 2002.
79. OSHIRO ML, CASTRO LLC. Evolução da pesquisa em Atenção Farmacêutica no Brasil: um estudo descritivo do período 1999-2003. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina: 7 (2): 24-31, jun 2006.
80. LEITE SN. *et al.* Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13 (Sup): 793-802, 2008.
81. MARTINEZ RF. Atención Farmacéutica en España: un gran compromiso. **Farmacia Profesional.** 1996: 6-12.
82. FURTADO GR. **Noções Básicas sobre Atenção Farmacêutica.** Curitiba: Editora UFPR, 2001.
83. PERETTA M, CICCIA G. **Reengenharia farmacêutica - guia para implantar atenção farmacêutica.** Brasília: Ethosfarma, 2000.
84. SANTOS MRC. **Profissão farmacêutica no Brasil: história, ideologia e ensino.** Ribeirão Preto: Holos Editora, 1999.
85. NÓBREGA OT, MELO GF, KARNIKOWSKI MGO. Pattern of drugs prescribed for community-residing middle-aged and older adults from the outskirts of Brasília. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**; 41(2), abr./jun 2005.

86. SOUZA AC, LOPES MJM. Práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre: uma abordagem qualitativa. **Rev Esc Enferm USP**; 41(1): 52-6, 2007.
87. RIBEIRO AQ et al. Qualidade do uso de medicamentos por idosos: uma revisão dos métodos de avaliação disponíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (4): 1037-1045, 2005.
88. ROZENFELD S. Prevalence, associated factors, and misuse of medication in the elderly: a review. **Cad Saúde Pública**. 19(3):717-724, 2003.
89. LANTZ MS. Problems with polypharmacy in Clinical Geriatrics., 10(8): 18-20, 2002.
90. NOBREGA OT, KARNIKOWSKI MG. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. **Cienc. Saúde Coletiva**. 10 (2):309-313, 2005.
91. STUCK A, et al. Inappropriate medication use in community-residing older persons. **Arch Intern Med**. 154:2195-2200, 1994.
92. DANILOW MZ ET AL. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. **Com.Ciencias da Saude**. 18(1):9-16; 2007.
93. HAMRA A et al. Correlação entre fratura por queda em idosos e uso prévio de medicamentos. **Acta Ortop Bras**; 15 (3): 143-145, 2007.
94. DAVIM RMB, TORRES GV, DANTAS SMM e LIMA VM. Estudo com idosos em instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto 12 (5): 518-24, maio/jun.2004.
95. GOMES MPC, COUTO MCV , PEPE VLE. Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 18, (6): 1803-7, nov./dez. 2002.
96. ARAÚJO MOPH, CEOLIM MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev Esc Enferm USP**; 41(3): 378-85, 2007.

97. OPAS. **Termo de referência para a reunião do grupo de trabalho: interface entre atenção farmacêutica e farmacovigilância.** Brasília, OPAS, 2002, 28p.
98. OPAS. **Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos. Relatório 2001-2002.** Brasília. Organização Panamericana. 2002, 46p.
99. MORT JR, DELAFUERTE JC, ODEGARD PS. Geriatric content in pharmacotherapy and therapeutics textbooks. **Am J Pharm Educ.** 70(6):130-138, 2006.
100. DETWEILER MB, KALAFAT N, KIM NY. Drug-induced movement disorders in older adults: an overview for clinical practitioners. **Consult Pharm.** 22(2):149-165, 2007.
101. LEVENSON SA, SAFFEL D. The consultant pharmacist and the physician in the nursing home: roles, relationships and a recipe for success. **Consult Pharm.** 22(1):71-82, 2007.
102. LOYOLA FILHO AI et al. Bambuí Project: a qualitative approach to self medication. **Cad Saúde Pública.** 20(6): 1661-69, 2004.
103. World Health Organization – WHO. **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** Library Cataloguing in Publication, 2003.
104. WALKER C. & MARTIN PC. Inpatient self-medication in the elderly-pilot scheme. **Pharmacy Journal,** 237:767-768. 1986.
105. BARROS e SA M. et al. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. **Rev Bras Epidemiol.** 10(1): 75-85, 2007.
106. PHILLIPS SL & CARR-LOPEZ SM.. Impact of a pharmacist on medications discontinuation in a hospital-based geriatric clinic. **American Journal of Hospital Pharmacy,** 47:1075-1079, 1990.
107. ROSHOLM JU, HOLM EA. Polypharmacy in elderly patients-the eternal problem. **Ugeskr Laeger.** 169(12):1104-1110, 2007.

108. NÓBREGA OT, KARNIKOWSKI MGO. Pharmacotherapy in the elderly: precautions with medication. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 10(2):309-313, 2005.
109. BEERS MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly: an update. **Arch Intern Med**. 157(14):1531-1536, 1997.
110. KARNIKOWSKI MGO, NÓBREGA OT, NAVES JOS, SILVER LD. Access to essential drugs in 11 Brazilian cities: a community based evaluation and action method. **Journal of Public Health Policy**. 25(3/4):288-298, 2004.
111. ROSA TEC, BENÍCIO MHD, LATORRE MRDO, RAMOS LR. Determinant factors of functional status among the elderly. **Rev. Saúde Pública**. 37(1):40-48, 2003.
112. OLIVEIRA MPF. **Atenção Farmacêutica e a promoção do uso racional de medicamentos em idosos**. In: NOVAES, MRCG. Assistência Farmacêutica ao Idoso. Uma abordagem multiprofissional. Brasília: Ed Thesaurus, p 155-165, 2007.
113. BRASIL. **Parecer CNE/CES nº 1.300/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia**.
114. **Idosos em Instituições de Longa Permanência: condições de saúde, perfil sócio-econômico e voluntariado em Uberaba/MG**. Disponível em <http://www.saudebrasilnet.com.br/saude/trabalhos/076s.pdf>
115. IBGE. **Projeção da população do Brasil, 1980/2050**. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/piramide/piramide.htm
116. GUEDES SL. A concepção sobre a família na Geriatria e na Gerontologia brasileiras. **RBCS**; 43(15): 69-82, 2000.
117. FLORES LM, MENGUE SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**; 39(6):924-929, 2005.
118. BLANSKI CR, LENARDT MHA. Compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. **Nursing Journal of Rio Grande do Sul**; 26(2):137-281, 2005.

- 119 REIS AMM. **Automedicação por idosos.** In: NOVAES, MRCG. Assistência Farmacêutica ao Idoso. Uma abordagem multiprofissional. Brasília: Ed Thesaurus, p 193-205, 2007.
120. CRUCIOL-SOUZA JM, THOMSON JC. A pharmacoepidemiologic study of drug interactions in a brazilian teaching hospital. **Clinics.** 61(6): 515-20. 2006
- 121 MARCOLIN MA, CANTARELLI MG, GARCIA JUNIOR M. Interações Farmacológicas entre medicações clínicas e psiquiátricas. **Rev. Psiq. Clín.** 31(2): 70-81, 2004.
122. Beers MH *et al.* Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing homes. **Arch Intern Med;** 151:1825-1832, 1991.
123. ALMEIDA OH *et al.* **O paciente idoso e a adesão a tratamentos.** In: NOVAES, MRCG. Assistência Farmacêutica ao Idoso. Uma abordagem multiprofissional. Brasília: Ed Thesaurus, p 207-219, 2007.
- 124 GUSMÃO JL, MION JR. D. Adesão ao tratamento: conceitos. **Rev Bras Hipert;**13(1):23-25, 2006.
- 125 TEIXEIRA JJ, LEFÈVRE F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Rev. Saúde Pública;** 35(2):207-213, 2001.
- 126 MIDENCE K, MYERS LB. **Adherence to treatment in medical conditions.** London: Harwood Academic Publishers; 1998.
- 127 VITOLINS MZ, RAND CS, RAPP SR, RIBISL PM, SEVICK MA. Measuring adherence to behavioral and medical interventions. **Clin Control Trials;** 21(5):188S-194S, 2000.
- 128 BRAWLEY LR, CULOS-REED SN. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. **Clin Control Trials;** 21(5):156S-163S, 2000.

- 129 SCHLENK, EA, DUNBAR JJ, ENGBERG S. Medication nonadherence among older adults: a review of strategies and interventions for improvement. *Journal of Gerontological Nursing*; 30(7):33-43, 2004.
- 130 VECINA NETO G & REINHARDT FILHO W. **Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos**. São Paulo, 1998.
- 131 MARIN N et al. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.
- 132 CASTELLAR JI et al. Estudo da farmacoterapia prescrita a idosos em Instituição Brasileira de Longa Permanência. *Acta Med Port*; 20: 97-105, 2007.
- 133 CREUTZBERG M et al. **Instituição de Longa Permanência para Idosos: a imagem que permanece**. UFSC. Texto & Contexto Enfermagem. Abr-jun, 17(2): 273-79, 2008.
- 134 TRINDADE ML et al. **Uma ação interdisciplinar em Instituições de Longa Permanência**. UFPB
- 135 REIS LA et al. Características sócio-demográficas e de saúde de idosos de uma instituição de Jequié/BA. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v.9, n.2, p.39-46, jun.2008
- 136 VAGETTI GC, Weinheimer MS, OLIVEIRA V. Atendimento integral à saúde do idoso residente em instituição de longa permanência – uma experiência interdisciplinar. *Estud. interdiscip. envelhec.*, Porto Alegre, v. 11, p. 53-66, 2007.
- 137 MARTINEZ DA et al. Risk indicators of preventable morbidity related to drug utilization. *Gac Sanit.*, 21(1):29-36, 2007.
- 138 WILLIAMSON JM. Adverse reactions to prescribed drugs in the elderly: a multicentre investigation. *Age Ageing*.: 9(2):73-8, 1980.

- 139 ARAÚJO ALA, FREITAS O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas** 42 (1) jan./mar 2006.
- 140 ARAÚJO ALA, FREITAS O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13 (Sup): 611-617, 2008.
- 141 TANAKA M. Multidisciplinary team approach for elderly patients. **Geriatr Gerontol Int** March; 3:69-72, 2003.
- 142 AGRETI, A. **Categorical Data Analysis**. p.210-15
- 143 BACHMANN KA. **Interações medicamentosas: o novo padrão de interações medicamentosas e fitoterápicas**. 2 ed. Barueri: Manole, 2006.
- 144 GOODMAN & GILMAN. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- 145 MICROMEDEX T. **Micromedex Healthcare Series**. www.portaldapesquisa.com.br. Acesso em 23/10/08.
- 146 <http://www.interactiodrugs.com.br/interactioweb/interacoes.asp>. Acesso em 14/11/08
- 147 MARTINDALE. **The Complete Drug Reference**. 35 ed., 2006
- 148 OPAS/MS. **Avaliação da Assistência farmacêutica no Brasil: Estrutura, Processo e resultados**. 2005.
- 149 FAUS MJ. Atención farmacéutica como respuesta a una necesidad social. **Ars Pharmaceutica**. 41(1):137-143, 2000.
- 150 LOYOLA FILHO AI, UCHOA E, FIRMO JOA, LIMA-COSTA MF. A population-based study on use of medications by elderly Brazilians: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS). **Cad. Saúde Pública**. 21(2):545-553, 2005.

ANEXO 1 FICHA DE AVALIAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA A IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO DISTRITO FEDERAL

Data: ___/___/___ Instituição: _____

Pesquisador responsável: _____

Tipo de instituição: () pública () privada () filantrópica () ONG			
2. Tempo de funcionamento (em meses):			
3. Tempo de registro no Conselho de Assistência Social (em meses):			
4. Número de idosos atendidos:	Total:	Homens:	Mulheres:
5. Todos os idosos são internos? () sim () não			
6. Caso NÃO, quantos são internos?			
7. A infra-estrutura da instituição é: () excelente () boa () ruim () péssima			
8. O número de profissionais que atendem na instituição é: () adequado () inadequado			
9. . PROFISSIONAIS QUE ATENDEM A INSTITUIÇÃO: (nº)			
Médico		Assistente Social	
Enfermeiro		Psicólogo	
Farmacêutico		Fisioterapeuta	
Nutricionista		Auxiliar/Técnico em Enfermagem	
Dentista		Voluntários	
10. Frequência de atendimento dos profissionais*			
Médico		Assistente Social	
Enfermeiro		Psicólogo	
Farmacêutico		Fisioterapeuta	
Nutricionista		Auxiliar/Técnico em Enfermagem	
Dentista		Voluntários	
<ul style="list-style-type: none"> • 1) todos os dias incluindo final de semana • 2) de segunda a sexta-feira • 3) de 2 a 3 x/semana • 4) apenas 1X por semana • 5) de 15 em 15 dias • 6) 1 x por mês • 7) mais de 1X sem vir a instituição 			
11. Situação dos profissionais da instituição:			
Nº de contratados		Nº de voluntários	
12. Fonte mantenedora:			
13. A instituição possui uma farmácia separada? () sim () não			
14. Quem cuida da farmácia? (nome e cargo)			
15. Onde são guardados os medicamentos?			
() os medicamentos ficam em armários, prateleiras ou gavetas exclusivos p/ tal finalidade em local de acesso restrito aos profissionais de saúde (farmácia, posto de enfermagem ou consultório)			
() os medicamentos ficam em armários, prateleiras ou gavetas exclusivos p/ tal finalidade em local			

de acesso aos demais funcionários da instituição (secretaria, escritório)
() os medicamentos ficam em armários, prateleiras ou gavetas exclusivos p/ tal finalidade em local de acesso livre (sala, copa, cozinha)
() os medicamentos ficam no chão em local de acesso restrito aos profissionais de saúde (farmácia, posto de enfermagem ou consultório)
() os medicamentos ficam no chão em local de acesso aos demais funcionários da instituição (secretaria, escritório)
() os medicamentos ficam no chão em local de livre acesso
() os medicamentos ficam em diversos locais na instituição
16. Existe padronização dos medicamentos usados na instituição? () sim () não
17. Quem foi o responsável pela padronização? (nome e cargo)
18. Em média, quantos medicamentos são padronizados?
() menos de 10 () de 10 a 20 () de 20 a 30 () mais de 30
19. No momento, todos os medicamentos estão disponíveis? () sim () não
20. Como são obtidos os medicamentos padronizados?
21. Como é feito o controle do prazo de validade e estado geral dos medicamentos?
() aleatoriamente, quando se lembra () existe uma data estabelecida para isso
22. Em média quantos medicamentos cada idoso toma?
() 1 a 3 () 3 a 5 () 5 a 7 () 7 a 10 () mais de 10
23. Em geral, quem administra os medicamentos?
() paciente () cuidador () profissional () voluntários
24. Existem muitos problemas relacionados a RAM's? () sim () não
25. Quando há, onde os idosos são atendidos?
() na própria instituição () fora da instituição
26. Existe dificuldade de atendimento dos idosos no serviço público de saúde?
() sim () não
27. Existem muitas hospitalizações dos idosos? () sim () não
28. Em caso de hospitalização, qual o serviço de saúde é mais procurado?
() público () privado

29. Caso seja oferecido um trabalho de monitoramento dos idosos por um farmacêutico, a instituição aceitaria participar do projeto-piloto () SIM () NÃO

30. Nome do dirigente da instituição: _____

31. Assinatura e carimbo:

Anexo 2: FICHA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA AOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO DISTRITO FEDERAL**

Data: ____/____/____ Instituição: _____

Pesquisador responsável: _____

1. Os medicamentos são armazenados corretamente? () sim () não () NA
2. Se não, quais os principais problemas detectados? () armazenados em contato com o chão, teto e/ou paredes () armazenados sob luz solar direta, altas temperaturas e/ou umidade () armazenados em local de fácil entrada de animais () armazenados na presença de alimentos, cosméticos, plantas ou produtos de limpeza () outro Qual? _____
3. O local de armazenagem (armário, gaveta, estante) está limpo? () sim () não () NA
4. Existem medicamentos termolábeis? () sim () não
5. Estão guardados em geladeira exclusiva p/ medicamentos? () sim () não () NA
6. Existem medicamentos controlados? () sim () não () NA
7. Estão guardados separadamente? () sim () não () NA
8. Existe um livro p/ registro da movimentação desses medicamentos? () sim () não () NA
9. Caso exista, o livro está atualizado? () sim () não () NA
10. O responsável pelo controle desses medicamentos é um farmacêutico? () sim () não () NA
11. Quem é? (nome e cargo)
12. Qualquer funcionário da instituição tem acesso a esses medicamentos? () sim () não () NA
13. Como são conseguidos os medicamentos controlados?
14. Todos os medicamentos controlados existentes na instituição são utilizados pelos idosos? () sim () não () NA
15. Os medicamentos são organizados por: () ordem alfabética () grupo farmacológico () indicação () não existe organização
16. Quantos medicamentos estão disponíveis no momento? (nº) () genéricos () similares () referência () homeopáticos () total
17. A maioria dos medicamentos é: () alopáticos () fitoterápicos () homeopáticos
18. Em sua maioria, os medicamentos estão organizados por nome: () genérico () comercial

19. Nos organizados por nome comercial, existe o nome genérico de fácil acesso? () sim () não () NA
20. Todos os medicamentos estão guardados em suas embalagens secundárias originais? () sim () não () NA
21. E nas embalagens primárias (blisters, frascos, potes)? () sim () não () NA
22. As embalagens primárias estão bem-conservadas? () sim () não () NA
23. Caso os medicamentos não estejam em suas embalagens primárias, como estão armazenados?
24. Os comprimidos estão cortados e identificados? () sim () não () NA
25. Caso não, existe alguma situação que possa causar confusão p/ quem vai administrar o medicamento? () sim () não () NA
26. Todos os medicamentos estão adequadamente identificados com rótulos ou etiquetas? () sim () não () NA
27. Existem medicamentos vencidos? () sim () não () NA
28. Caso sim, quantos?
29. Existem medicamentos com algum indicativo de perda de estabilidade? () sim () não () NA
30. Caso sim, quais os problemas encontrados? () comprimidos rachados, c/ alteração da textura, cor e/ou sabor () cápsulas amolecidas ou endurecidas ou c/ alteração da cor () pós em grumos ou c/ alteração de cor () líquidos c/ turvação, precipitados ou liberação de gases () líquidos com alteração do sabor e/ou cor () pomadas, cremes ou emulsões c/ alteração da consistência, cor ou sabor
31. Existem medicamentos pré-vencidos? () sim () não () NA
32. Existe controle de temperatura no local de armazenagem? () sim () não () NA
33. Os pré-vencidos estão separados? () sim () não () NA
34. Caso exista, está atualizado? () sim () não () NA
35. Existem medicamentos fotossensíveis? () sim () não () NA
36. Caso sim, estão bem conservados? () sim () não () NA
37. Existem medicamentos que não são necessários manter em estoque? () sim () não () NA
38. Qual o sistema de distribuição de medicamentos existente na instituição? () todos os medicamentos são separados de uma só vez e depois administrados () há separação por idoso (kits – dose individualizada)
39. O pessoal usa luvas e máscaras p/ separar os comprimidos e cápsulas comercializados em frascos? () sim () não () NA

40. Os kits são conferidos? () sim () não () NA
41. Quem confere? () farmacêutico () enfermeiro () médico () aux/téc.enfermagem () cuidador () outro profissional de saúde () outro profissional () NA
42. Os materiais médico-hospitalares são guardados no mesmo local dos medicamentos? () sim () não () NA
43. Existem produtos vencidos? () sim () não () NA
44. Existem produtos pré-vencidos? () sim () não () NA
45. Os pré-vencidos estão separados? () sim () não () NA
46. Existem produtos cuja embalagem está rompida? () sim () não () NA

ANEXO 3: FICHA FARMACOTERAPÊUTICA INDIVIDUAL**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA AOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO DISTRITO FEDERAL**

Data: ____/____/____ Pesquisador responsável: _____

I. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E HÁBITOS DE VIDA

Nome:		Idade:
Asilo:		
Local de nascimento e estado: (região) () SE () S () N () NE () CO () NI		
Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Separado / Divorciado () NI		
Profissão:		
() Aposentado () Pensionista () Aposentado e pensionista () Nenhum		
Renda média mensal:		
Nível de instrução: () Nenhuma () 1º grau completo () 1º grau incompleto () 2º grau completo () 2º grau incompleto () 3º grau () Pós-graduação () NI		
Fumante: () Não () Sim () ex () NI	Há quanto tempo fuma? () menos de 1 ano () de 1 a 2 anos () de 2 a 5 anos () de 5 a 10 anos () mais de 10 anos () NI	
Por quanto tempo fumou? () menos de 1 ano () de 1 a 2 anos () de 2 a 5 anos () de 5 a 10 anos () mais de 10 anos () NI	Há quanto tempo parou? () menos de 6 meses () de 6 meses a 1 ano () de 1 a 2 anos () de 2 a 5 anos () mais de 5 anos () NI	
Consumo atual de álcool: () > 3x/sem. () 1-2x/sem. () Raramente () Nenhum () NI		
Histórico de alcoolismo? () sim () não		
Por quanto tempo bebeu? () menos de 1 ano () de 1 a 2 anos () de 2 a 5 anos () de 5 a 10 anos () mais de 10 anos () NI	Há quanto tempo parou? () menos de 6 meses () de 6 meses a 1 ano () de 1 a 2 anos () de 2 a 5 anos () mais de 5 anos () NI	
Atividade Física: () > 3x/sem. () 1-2x/sem. () Raramente () Nenhuma () NI		
Faz fisioterapia? () sim () não	Frequência: () todos os dias () 3X/sem () 2x/sem () 1x/sem () 15/15 dias () 1x/mês	

II. PERFIL BIOPSIKOSSOCIAL E INSTITUCIONALIZAÇÃO

Lúcido? () sim () não		Independente para AVD's? () sim () não () parcialmente	
Internado há quanto tempo? (em anos)			
Quem internou? () familiar: () filhos () cônjuge () netos () nora/genro () outro () amigos/vizinhos () outro			
Antes de vir p/ o asilo, onde morava?			
() em casa própria sozinho () em casa própria c/ familiar () em casa de familiar () em casa de amigos () em outro abrigo () outro			
Recebe visitas dos familiares? () sim () não		Frequência:	
		1) semanalmente, durante a semana	
		2) semanalmente, aos finais de semana	
		3) de 15 em 15 dias	
		4) mensalmente	
		5) mais de 1 mês	
Gosta do asilo? () sim () não () não tenho outra opção			
Sente-se deprimido/angustiado na maior parte do tempo? () sim () não			
Sente-se estressado/nervoso? () sim () não			
Toma banho sozinho? () sim () não			
Veste-se sozinho? () sim () não			
Escuta bem? () sim () não () parcialmente			
Enxerga bem? () sim () não () parcialmente			
Reconhece as pessoas com facilidade? () sim () não			
Reconhece dinheiro? () sim () não			
Sabe orientar-se no espaço? () sim () não			

III. ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Peso:	Altura:	IMC:
Faz acompanhamento com nutricionista? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Onde? <input type="checkbox"/> voluntários na instituição <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> particular		
Faz alguma dieta especial? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?		
Consta alguma informação nutricional no prontuário? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?		
Faz acompanhamento com fisioterapia? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Frequência: <input type="checkbox"/> todos os dias <input type="checkbox"/> 3X/sem <input type="checkbox"/> 2x/sem <input type="checkbox"/> 1x/sem <input type="checkbox"/> 15/15 dias <input type="checkbox"/> 1x/mês	
Onde? <input type="checkbox"/> voluntários na instituição <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> particular		
Faz acompanhamento com psicólogo ou psiquiatra? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Onde? <input type="checkbox"/> voluntários na instituição <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> particular		
Consta alguma informação psicológica no prontuário? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?		
Foi atendido por um dentista nos últimos 2 anos? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Sente alguma dor de dente ou na gengiva? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Como você conseguiu a consulta? <input type="checkbox"/> público <input type="checkbox"/> privado <input type="checkbox"/> voluntário na instituição <input type="checkbox"/> voluntário fora da instituição		

IV. ENFERMIDADES PREVALENTES

SISTEMA NERVOSO Nº: _____	() Parkinson () Alzheimer () Epilepsia () Psicose () Depressão () Vertingens	CARDIOVASCULAR Nº: _____	() HAS () ICC () D. Chagas () Arritmia () Angina () Trombose () AVC () IAM
SUSTENTAÇÃO Nº: _____	() Osteoporose () Gota () Artrite/artrose () reumatismo	ENDOCRINO Nº: _____	() Diabetes I () Diabetes II () Hipotireoidismo () Hipertireoidismo
RENAL Nº: _____	() Insuf. Renal () Cálculo renal	GENITURINÁRIO Nº: _____	() Incont.urinária () Hiperplasia prostática
DIGESTIVO Nº: _____	() Insuf. Hepática () Azia () Úlcera/Gastrite () Diarréia () Constipação () Vômitos	RESPIRATÓRIO Nº: _____	() Bronquite/Asma () Enfisema pulm () DPOC () Rinite alérgica () Sinusite
SENTIDOS Nº: _____	() cegueira total () cegueira parcial () catarata () glaucoma () surdez total () surdez parcial	OUTRAS Nº: _____	() AIDS () Câncer () Deficiência MMSS () Deficiência MMII
Alergia conhecida? () sim () não			
A que:			
Nº TOTAL DE PATOLOGIAS:			

V. PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO

1. AVALIAÇÃO DA ADESÃO

Toma seus remédios sozinho? () sim () não () NI
Gosta de tomar remédios? () sim () não () não tenho opção, tomo por necessidade
Dificuldades encontradas para tomar seus remédios? <input type="checkbox"/> gosto/cheiro ruim <input type="checkbox"/> administração incômoda, desconfortável <input type="checkbox"/> sente desconforto GI <input type="checkbox"/> recusa em tomar os remédios <input type="checkbox"/> sente dificuldade p/ engolir <input type="checkbox"/> dificuldade para conseguir os medicamentos
Como adquire a maioria dos seus medicamentos? () SUS () instituição compra () recebe doação () compra
Média mensal de gasto com medicamentos (R\$):

2. AUTOMEDICAÇÃO

Faz consumo de chá, garrafada por conta própria? () sim () não
Toma algum medicamentos por conta própria? () sim () não
Caso sim, qual?
Tipo de medicamento? () fitoterápico () homeopático () alopático
Para que serve? (indicação)
Como adquire? () através de familiar () através de amigo/visita () manda comprar <input type="checkbox"/> através de cuidador/profissional da instituição () outro Qual?
Como toma? (posologia)
Há quanto tempo?

3. MEDICAMENTOS EM USO (Avaliação da adesão e do acesso)

Medicamento (nome)	Indicação (citar)	Posologia (citar)	Reconhece (S ou N)*	Há quanto tempo toma?	Como adquire? (legenda)	Teria condições de comprar? (S ou N)	Facilidade de tomar? (S ou N)	Principais dificuldades? (legenda)

Nota: Imagem reduzida

4. LAUDO FARMACÊUTICO: NÍVEL DE INFORMAÇÃO DO IDOSO

Medicamento (prontuário)	Informou nome? (S ou N)	Informou indicação? (S ou N)	Informou posologia? (S ou N)	Reconheceu o medicamento? (S ou N)	Soube informar o tempo? (S ou N)	Disponível na instituição? (S ou N)	Disponível no SUS? (S ou N)

Nota: Imagem reduzida

5. ANAMNESE FARMACOLÓGICA

1. Constam informações no prontuário sobre anamnese farmacológica? () sim () não					
2. As informações estão organizadas? () sim () não					
Medicamento	Indicação	USO (mês/ano)			ALGUM PROBLEMA
		INICIO	FIM	DURAÇÃO	

6. PROBLEMAS APRESENTADOS DURANTE A INSTITUCIONALIZAÇÃO

Cronologia (mês/ano)		Problema	Resolveu em 7 dias? (S ou N)	Ocasionou internação? (S ou N)	Existe alguma relação c/ IM's? (S ou N)	Pode ser alguma RA a algum méd. utilizado? (S ou N)	A qual?	Foi relatado como RAM?
Início	Fim							

Nota: Imagem reduzida

7. POSSÍVEIS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Interações medicamentosas	Conseqüências	Ref.Bibl.

7. LAUDO FARMACÊUTICO: ESTADO DE SITUAÇÃO

PROBLEMAS DE SAÚDE				MEDICAMENTOS				INTERVENÇÃO FARMACEUTICA			
Problema de saúde (entrevista e pront)	Início	Controlado	Preocupa	Princípio ativo (citados ou PM)	Posologia	Adesão	Acesso	N	E	S	Suspeita de PRM

Fonte: Método Dáder (adaptado)

8. INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA

Nome do idoso:	Data da intervenção:
Medicamento:	PRM: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6
Causa do PRM: () interação () descumprimento () duplicidade () não-indicação () dificuldade de acesso () outra	
O que pretende fazer para resolver o PRM? () 1. Oral farmacêutico-paciente () 2. escrito farmacêutico-paciente () 3. Oral farmacêutico – paciente – médico () 4. Escrito farmacêutico – paciente - médico	
Resultado da intervenção farmacêutico-paciente: () intervenção aceita e problema resolvido () intervenção aceita e problema não-resolvido () intervenção não-aceita e problema não-resolvido	
Resultado da intervenção farmacêutico-médico: () intervenção aceita e problema resolvido () intervenção aceita e problema não-resolvido () intervenção não-aceita e problema não-resolvido	
Nº de visitas necessárias para resolver o problema?	
OBS:	

Fonte: Método Dáder (adaptado)

Farmacêutico Responsável: Mirna Poliana Furtado de Oliveira

CRF –DF: 2393

ANEXO 4: TERMO DE CONCORDÂNCIA PARA A INSTITUIÇÃO

TERMO DE CONCORDÂNCIA

Esta instituição está sendo convidada a participar do projeto "**Assistência Farmacêutica aos idosos institucionalizados no Distrito Federal**" sob responsabilidade da pesquisadora Mirna Poliana Furtado de Oliveira e coordenado pela Dra. Maria Rita Novaes.

Estudos comprovam que com o avanço da idade, o número de doenças crônico-degenerativas aumenta, comprometendo assim, a qualidade de vida dos idosos. Para tratamento dessas doenças, é necessário o uso de vários medicamentos, que muitas vezes interagem ocasionando uma redução da eficácia do tratamento e potencializando os efeitos adversos. A consequência disso, além do abandono da terapia prescrita é o aumento das hospitalizações gerando maiores custos para os serviços públicos de saúde.

O projeto tem como objetivo fazer um acompanhamento dos idosos das instituições participantes avaliando o acesso aos medicamentos, a adesão dos idosos ao tratamento prescrito pelo médico, além de analisar as prescrições de cada idoso procurando diminuir o número de interações e relacionar as principais reações adversas e suas consequências.

Com esse trabalho será possível fazer um diagnóstico da assistência farmacêutica aos idosos institucionalizados no Distrito Federal e propor medidas de intervenção para melhoria desse serviço além de propor junto à Secretaria Estadual de Saúde, a inclusão do profissional farmacêutico nas equipes multidisciplinares atuantes nas Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI's).

A pesquisa será realizada pela farmacêutica Mirna Poliana Furtado de Oliveira (CRF nº 2393) mestranda da Universidade de Brasília (UnB), pelas alunas do curso de Medicina da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal (FEPECS).

Durante a execução do trabalho, será necessário contato direto com os idosos, cuidadores e profissionais da instituição bem como livre acesso às instalações da mesma e prescrições dos idosos sem alterar, portanto, a rotina de trabalho dos outros profissionais.

Os dados coletados pelos pesquisadores serão sigilosos e todos os resultados poderão ser utilizados para elaboração de trabalhos científicos, publicados não contendo, porém, a identificação ou dados pessoais dos pacientes.

A participação da instituição é voluntária sendo que a inclusão da instituição no projeto não obriga o idoso a participar da pesquisa. Será feito um convite individualmente e a participação do mesmo, é de livre e espontânea vontade e a sua saída poderá ocorrer a qualquer momento sem necessidade de aviso prévio. A instituição também poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, bastando informar ao pesquisador.

Esclarecimentos a respeito da pesquisa poderão ser obtidos a qualquer momento. Os telefones das pesquisadoras para contato ou explicação de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa são: Mirna Poliana Furtado de Oliveira (farmacêutica): 8128-7030 ou Profa. Dra. Maria Rita Novaes: 3325-4955

Eu, _____ responsável pela instituição _____ li e entendi todas as informações contidas nesta declaração e autorizo a inclusão da mesma no projeto de pesquisa que avalia a *assistência farmacêutica aos idosos institucionalizados do Distrito Federal*.

Pesquisadora responsável:

Assinatura do dirigente ou responsável:

Brasília, _____ de _____ de 2007.

ANEXO 5: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O IDOSO OU RESPONSÁVEL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa sobre ***Assistência Farmacêutica aos idosos institucionalizados do Distrito Federal*** sob a responsabilidade da farmacêutica pesquisadora Mirna Poliana Furtado de Oliveira e coordenado pela Profa. Dra. Maria Rita Carvalho Garbi Novaes.

É conhecido que com o envelhecimento o número de doenças crônicas e degenerativas aumenta. Para tratar essas doenças, o idoso geralmente toma muitos medicamentos o que aumenta o risco de interações entre os mesmos, aumenta o número de efeitos colaterais e provoca diminuição da qualidade de vida da pessoa. Com isso, aumenta-se a procura pelos serviços públicos de saúde aumentando seu custo e gerando problemas tão conhecidos pelos brasileiros como filas imensas, falta de medicamentos, de profissionais e exames.

Estudos mostram que a assistência realizada por um farmacêutico ao idoso e aos profissionais de saúde que trabalham diretamente com ele diminui o risco de interações entre os muitos medicamentos tomados, diminuindo os efeitos colaterais, aumentando a adesão do paciente ao tratamento e melhorando dessa maneira, a qualidade de vida do mesmo.

A sua participação no projeto é voluntária, não interferindo nos cuidados que serão recebidos pela instituição.

Concordando em participar do estudo, será analisado seu prontuário e suas prescrições médicas, além de feitas algumas perguntas relacionadas à sua saúde, estado emocional, situação no asilo entre outras. Você terá o direito de recusar a responder qualquer pergunta que lhe causar constrangimento.

Os dados coletados pelos pesquisadores serão sigilosos e todos os resultados poderão ser utilizados para elaboração de trabalhos científicos, onde, porém não constará a identificação ou dados pessoais do paciente.

Ao final do estudo, ficando demonstrado os benefícios do serviço, todos os internos da instituição poderão desfrutar do mesmo.

Esclarecimentos a respeito da pesquisa poderão ser obtidos e a qualquer momento. Os pacientes não receberão nenhuma recompensa financeira por

participarem da pesquisa e qualquer momento você poderá solicitar a sua saída, bastando informar ao pesquisador.

Os telefones das pesquisadoras para contato ou explicação de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa são: Mirna Poliana Furtado de Oliveira (farmacêutica): 8128-7030 ou Profa. Dra. Maria Rita Novaes: 3325-4955.

Em caso de dúvidas sobre os direitos do paciente também poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/SES/DF no telefone 3325-4955, onde o projeto foi registrado sob o número 125/05.

Eu _____, li e entendi todas as informações contidas nesta declaração e concordo em participar do projeto de pesquisa que avalia a *assistência farmacêutica aos idosos asilados do Distrito Federal*.

Participante ou responsável e Registro Geral (RG) ou polegar direito

Pesquisador Principal

Brasília, ____/____/2007.

Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal

Epidemiological, socialdemographic and psychosocial profile of institutionalized elders of the Federal District

Milena Zamian Danilow¹
Ana Carolina de Souza Moreira¹
Cecília Guimarães Villela¹
Betânia Bisinoto Barra¹
Maria Rita Carvalho Garbi Novaes¹
Mirna Poliana Furtado de Oliveira²

Resumo

Objetivo. Determinar o perfil epidemiológico, demográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal, bem como as enfermidades prevalentes, medicamentos utilizados e intercorrências comuns durante a permanência nas referidas instituições.

Método. Estudo transversal, descritivo e observacional. A amostragem constou de 149 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, residentes em quatro instituições de longa permanência do Distrito Federal, no período de novembro de 2005 a maio de 2006. Os dados foram coletados mediante a aplicação de questionários aos idosos, cuidadores e análise de prontuários.

Resultados. Os idosos (n=149) apresentaram idade média de 76,6 anos, sendo que 42,3% eram do sexo masculino; 66% dos idosos estavam institucionalizados há menos de três anos; 55,5% dos homens e 60,5% das mulheres recebiam visitas familiares; 100% dos homens e 79,3% das mulheres relatam gostar da instituição de longa permanência. As doenças com maior prevalência foram: a hipertensão arterial sistêmica (51,6%), acidente vascular (26,5%) e diabetes melito (19,4%). A média do número de medicamentos em uso foi de 4,7 (homens) e 4,4 (mulheres) \pm 2,4.

Conclusão: Os resultados deste trabalho contribuem na determinação da tipologia dos idosos em instituições de longa permanência no Distrito Federal e sugerem a necessidade de delineamento de uma política de qualidade de cuidados em instituições de longa permanência, de forma que o Setor Público exerça seu papel de regulador/fiscalizador/executor das ações dessas instituições, avaliando as condições de seu funcionamento e dos serviços ofertados.

Palavras-chave: Idoso; instituições de longa permanência, perfil epidemiológico.

¹ Escola Superior de Ciências da Saúde/
Fundação de Ensino e Pesquisa em
Ciências da Saúde, Brasília-DF
² Universidade de Brasília-UNB.

Recebido em 6/julho/2006
Aprovado em 13/fevereiro/2007

Abstract

Objective: To determine the epidemiologic, demographic and psychosocial profile of institutionalized elderly of the Federal District State-Brazil, as well as the prevalent diseases, drugs used and common interurrences during the permanency in the cited institutions.

Method: Transversal, descriptive and observational study. The sample was constituted of 149 volunteers up to 60 years of age; living in four long permanency institutions of Federal District State – Brazil, from November 2005 to May 2006. Data was obtained from a questionnaire filled out by volunteers, caregivers and through the analysis of medical notations and prescriptions.

Results: The average age of the elderly was about 76,6, 42,3% male; 66% were institutionalized for less than three years time; 55,5% of men and 60,5% of women were regularly visited by the family; 100% of men and 79,3% of women confirmed that they liked living in the institution. The most prevalent diseases were: high blood pressure (51,6%), stroke (26,5%) and diabetes (19,4%). The average number of drugs taken were 4,7 (men) and 4,4 (women) \pm 2,4.

Conclusion: These results contribute to determine the profile of institutionalized elderly in LPI in DF and also suggest the need for improvement in care quality through implementation of health policies, so that the government could play its role as fiscal, regulator and executor of actions, thus being able to evaluate the conditions and services it offers.

Key words: Elderly, Long permanency institutions, Epidemiologic profile.

INTRODUÇÃO

A população brasileira vem envelhecendo de forma rápida desde o início da década de 60, quando a queda das taxas de fecundidade começou a alterar sua estrutura etária, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional, em razão da expansão da expectativa de vida e do conseqüente aumento de idosos, o que ocasiona mudanças expressivas na vida das pessoas, redefinindo relações de gênero, responsabilidades familiares e alterando o perfil e as demandas por políticas públicas¹.

Em 2000, segundo o Censo Brasileiro, a população de 60 anos de idade ou maior, era de 14.536.029 de pessoas, contra 10.722.705 em 1991. A população idosa no início da década representava 7,3%, enquanto, em 2000, essa proporção atingia 8,6%. Se a tendência atual permanecer, estima-se que em 2020, 13% da população brasileira será de idosos, deixando o país como a sexta nação com a maior população de idosos no mundo².

O Distrito Federal era pouco habitado até a década de 50 quando ocorreram as correntes migratórias, trazendo trabalhadores jovens para a construção de Brasília³. No ano 2000, 5,3% da população era idosa². No Distrito Federal, há um predomínio de população idosa urbana, onde a maioria é mulher².

Entre as novas demandas colocadas ao setor público, sobressaem-se os cuidados de longa duração dirigidos a idosos, com algum grau de dificuldade para a execução das atividades da vida diária e/ou aqueles cuja família não possui meios financeiros, físicos ou emocionais para a prestação dos cuidados necessários. Uma das modalidades de cuidados, definida pela Portaria SEAS nº 2874/2000 são as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), que consistem nas tradicionais instituições asilares⁴.

As ILPI são consideradas unidades de saúde de baixa complexidade que desempenham a função de atendimento do idoso desprovido de condições de auto-gestão da vida. O funcionamento das ILPI foram normatizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) através da Resolução – RDC 283/2005⁵, seguindo diretrizes da Política Nacional do Idoso⁶. Esta RDC classifica as ILPI segundo complexidade de cuidados, define as características físicas de equipamentos e recursos humanos mínimos para o seu funcionamento, de forma a assegurar os critérios de acesso, resolubilidade e humanização⁵.

Cuidados à saúde têm sido estudados enquanto política pública, programas e modelos assistenciais, entretanto a maioria representa estudos delimitados. Assim, não se sabe exatamente quantos idosos vivem em IPLIs no Distrito Federal, quem são esses idosos em termos de sexo, idade, renda, condições de vida e saúde, enfermidades que mais os acometem, medicamentos que são utilizados, laços familiares e tempo de permanência na instituição.

Nessa perspectiva, este trabalho propõe analisar a tipologia de ILPI existentes no Distrito Federal, determinando o perfil Epidemiológico, Sociodemográfico e Psicossocial de Idosos Institucionalizados do Distrito Federal, bem como as enfermidades prevalentes, medicamentos utilizados e intercorrências comuns durante a permanência nas referidas instituições.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e observacional realizado com 149 idosos com idade igual ou superior a 60 anos residentes em ILPI do Distrito Federal. Os participantes aceitaram participar voluntariamente da pesquisa realizada no período de novembro de 2005 a maio de 2006. Os dados foram tratados e analisados utilizando-se o Programa Microsoft Excel 2000 Premium.

Seleção da amostra

Para a pesquisa foi selecionada uma amostra de conveniência que constou de quatro IPLIs filantrópicas do Distrito Federal: Obras Assistenciais do Centro Espírita Irmão Jorge – Lar dos Velhinhos Bezerra de Menezes em Sobradinho; Casa do Candango – Lar São José em Sobradinho; CREVIN – Comunidade de Renovação, Esperança e Vida Nova em Planaltina; e Centro Espírita Sebastião, o Mártir – Lar dos Velhinhos Maria de Madalena no

Núcleo Bandeirantes. Todas as instituições incluídas no estudo estão cadastradas no Conselho Nacional do Idoso, vinculadas à Secretaria de Estado de Ação Social (SEAS).

Coleta dos dados

Os dados foram coletados por meio de questionário, composto de perguntas abertas e fechadas, respondidas individualmente pelo próprio idoso quando lúcido ou pelo cuidador, quando se tratava de idoso com comprometimento cognitivo severo. Como fonte de dados, também foi avaliado o prontuário do idoso participante da pesquisa.

Foram pesquisadas as seguintes variáveis: (a) características sócio-demográficas (idade, sexo, tempo de internação, naturalidade, escolaridade e estado civil); (b) hábitos de vida relacionados à saúde (tabagismo, etilismo e convívio social); (c) condições de saúde física e mental (sintomas depressivos, de angústia e estresse; tomar banho e vestir-se sozinho, escutar, enxergar, comunicar-se e reconhecer as pessoas e dinheiro com facilidade); (d) enfermidades prevalentes; (e) medicamentos utilizados; (f) intercorrências comuns durante o período de permanência na instituição e, (g) satisfação do idoso com a instituição asilar.

Aspectos éticos

O trabalho foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Todos os idosos e cuidadores que, voluntariamente, concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Foram coletados dados de 149 idosos, dos quais 57 (38,3%) foram considerados, pela instituição, capazes de responder ao questionário; para os demais 92 (61,7%), foram entrevistados seus cuidadores. Todos os 149 idosos tiveram seus prontuários analisados. As características sociodemográficas da população estudada encontram-se descritas na Tabela 1.

Tabela 1

Características sociodemográficas da amostragem dos idosos institucionalizados do Distrito Federal

VARIÁVEIS	REPRESENTAÇÃO
Sexo (%)	
masculino	42,3
feminino	57,7
Idade (anos±dp)	
homens	75,2 ± 9,5
mulheres	78,0 ± 10,8
Entrevistado (%)	
idosos	38,3
cuidadores	61,7
Estado Civil (%)	
solteiro	38,9
casado	6,7
viúvo	26,9
separado/divorciado	13,4
não informado	14,1
Grau de instrução (%)	
nenhuma	32,2
assina o nome	8,0
ensino Fundamental	23,5
Ensino Médio	7,4
Ensino Superior	1,4
não informado	27,5

Observou-se uma predominância de mulheres (62%) entre os idosos considerados incapazes de responder à entrevista.

As figuras 1 e 2 mostram que a maioria dos homens (55%) e das mulheres (64%) foram internados há menos de 3 anos.

Figura 1

Porcentagem de mulheres por tempo de internação

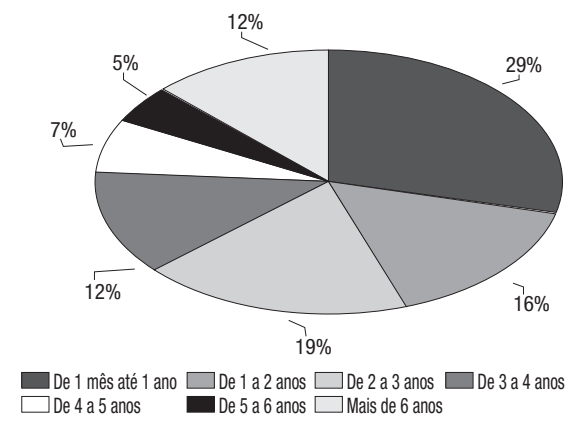
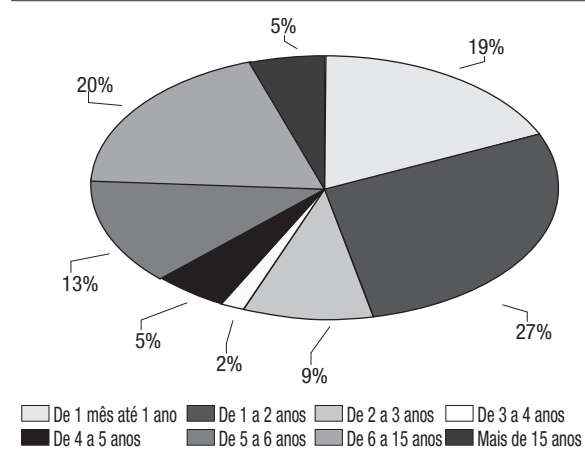


Figura 2

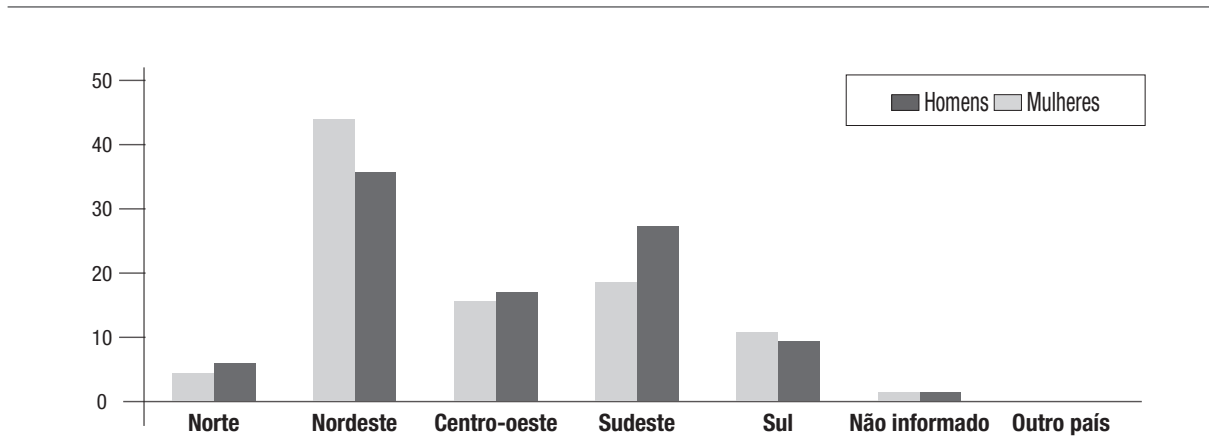
Porcentagem de homens por tempo de internação



A figura 3 mostra os dados relativos à naturalidade dos entrevistados. Observa-se um predomínio de idosos procedentes do Nordeste do país.

Figura 3

Região de origem dos idosos



Os dados relacionados à limitação funcional dos idosos institucionalizados estão descritos na Tabela 2.

Entre os idosos lúcidos, 100% dos homens e 79,3% das mulheres relatam gostar da instituição de longa permanência.

Os idosos também foram inquiridos sobre tabagismo e etilismo. Os achados mostram que 16,3% das mulheres e 34,9% dos homens são tabagistas e 10,5% das mulheres e 14,3% dos homens têm história de etilismo.

As principais enfermidades relacionadas pelos idosos ou cuidadores no momento da entrevista estão ilustradas na Figura 4. Observa-se que as doenças crônicas com maior prevalência estão relacionadas à hipertensão arterial sistêmica, referida por 51,6% dos idosos, acidente vascular encefálico (26,5%) e diabetes melito (19,4%).

Tabela 2

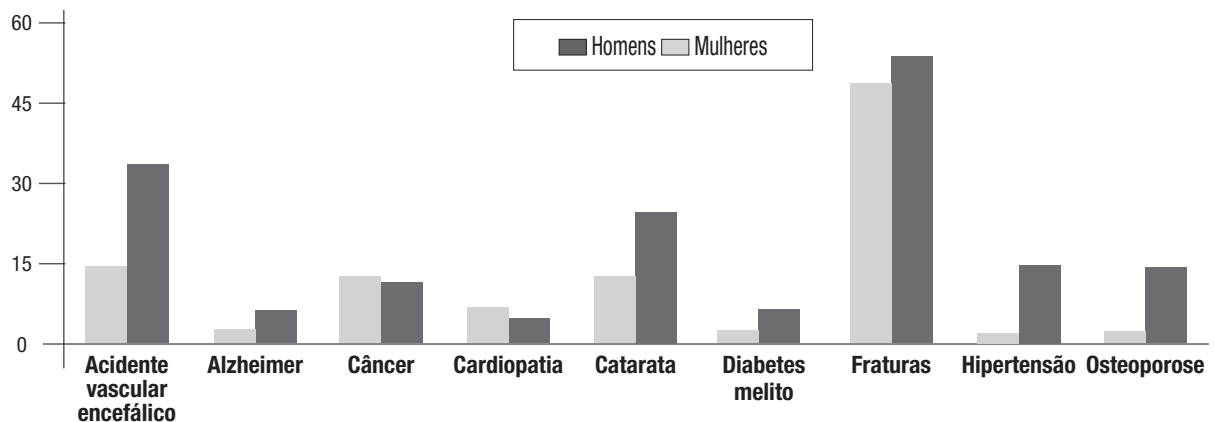
Fatores envolvidos na limitação funcional.

Dados dos idosos	Homens		Mulheres	
	Nº	%	Nº	%
Recebem visitas de familiares	35	55,5	52	60,5
Recebem visita de amigos ou outras pessoas	54	85,5	82	95
Sentem-se deprimidos ou tristes	19	30	32	37
Sentem-se estressados ou agitados	17	27	25	29
Tomam banho sozinhos	39	62	41	47,5
Vestem-se sozinhos	35	55,5	40	46,5
Escutam bem	48	76	71	82,5
Enxergam bem	44	70	59	68,5
Reconhecem pessoas	37	58,5	44	51
Reconhecem dinheiro	42	66,5	30	35
Orientam-se no espaço*	26	92,8	20	69

* dado exclusivo dos idosos lúcidos, sendo a porcentagem relativa ao total de idosos capazes de responder ao questionário.

Figura 4

Enfermidades referidas pelos idosos e cuidadores.



De acordo com os prontuários analisados, as principais causas de atendimento médico documentadas nos últimos cinco anos foram: hipertensão arterial (39%), tosse (32,2%), dores nos membros (22,1%), dores nas costas e/ou dor abdominal (19,4%) e febre (12,1%).

A média do número de medicamentos por idoso foi semelhante para homens e mulheres: 4,7 e 4,4, respectivamente, com DP de 2,4, considerando-se os medicamentos mais utilizados nos últimos cinco anos (Tabela 3).

Tabela 3

Medicamentos mais prescritos nos últimos cinco anos.

Grupos farmacológicos	Indicação	Fármaco	Idosos que fizeram uso (%)
Cardiovasculares	Anti-hipertensivo	Captopril	50,5
		Propranolol	8,5
		Metildopa	7,5
	Antiagregante plaquetário	Ácido acetilsalicílico	35,5
		Hidroclorotiazida	27,5
	Diurético	Furosemida	16
	Vasodilatador	Pentoxifilina	10
Digitálico	Digoxina	8,5	
Broncodilatadores e Antiasmáticos	Antiasmático e broncodilatador	Aminofilina	8,5
		Brometo de Ipratrópio	5,5
	Broncodilatador	Fenoterol	4,5
Antibióticos e quimioterápicos	Antibacteriano	Ciprofloxacina	12
		Cefalexina	8,5
		Norfloxacina	8,5
		Azitromicina	7,5
		Amoxicilina	7,5
		Sulfametoxazol + Trimetopim	6,5
Psicotrópicos	Antipsicótico	Haloperidol	19,5
	Ansiolítico	Diazepan	14
Vitaminas e antianêmicos	Polivitamínico	Complexo B	4
	Antianêmico	Sulfato Ferroso	13
Analgésico e antitérmico	Analgésico e antitérmico	Dipirona sódica	20
		Paracetamol	14,5
Antiinflamatório	Antiinflamatório	Diclofenaco	16,5
Antiulcerosos e antiácidos	Antiulceroso	Ranitidina	13,5
	Inibidor da bomba ácida	Omeprazol	7,5
Antialérgico	Anti-histamínico	Prometazina	13
Lubrificante oftálmico	Lubrificante oftálmico	Hipromelose + dextrana	4,5
Hipoglicemiantes	Antidiabético oral	Metformina	7,5

DISCUSSÃO

A predominância de mulheres e sua maior sobrevida, observada neste estudo, estão de acordo com o padrão demográfico brasileiro atual².

Os determinantes da incapacidade funcional são multifatoriais. A presença dos mesmos fatores de risco para limitação funcional em indivíduos diferentes, pode gerar manifestações diversas, com diferentes repercussões nas atividades diárias. O ambiente social e físico e os fatores emocionais, econômicos e de saúde interagem na expressão de todo o potencial funcional do idoso^{7,8}.

Os resultados sobre fatores envolvidos na limitação funcional dos idosos institucionalizados evidenciaram que os homens têm um desempenho melhor do que as mulheres. Em comparação com estas, mais homens tomam banho sozinho, vestem-se sozinhos, possuem melhor acuidade visual, reconhecem melhor as pessoas e reconhecem dinheiro.

A literatura refere que idosos institucionalizados estão mais propensos ao isolamento social e solidão. Além disso, sentem-se pouco úteis, pois estão

fora do mercado de trabalho^{7,8}. Os dados do presente estudo contrastam com esses achados visto que a maioria dos idosos participantes da pesquisa não se sentia triste e a maioria deles recebe visitas mensais de familiares ou de amigos e outras pessoas (Tabela 2).

A maioria dos idosos provém da região nordeste, o que está de acordo com as correntes migratórias geradas pela maior oferta de trabalho e transferência para a capital federal³.

O padrão das doenças encontradas neste estudo foi compatível com o perfil epidemiológico do país, descrito na literatura⁹⁻¹³, predominando a hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico e diabetes melito.

No Distrito Federal, as doenças cardiovasculares são as de maior prevalência e também a principal causa de morte entre os idosos. Outras grandes causas de morbidade nos idosos são as neoplasias, doenças do aparelho respiratório e infecto-parasitárias³.

Esse padrão foi observado nas instituições pesquisadas, com base nos dados ilustrados na Tabela 3, que estão em consonância com os dados apresentados na figura 4 e com os dados acerca das principais causas que motivaram atendimento médico nos últimos cinco anos.

Os idosos portando doenças crônicas utilizam frequentemente os serviços de saúde e consomem grande quantidade de medicamentos. A polifarmacoterapia no idoso deve ser adequadamente supervisionada porque aumenta o risco de interações medicamentosas, efeitos adversos e redundância terapêutica, podendo resultar em iatrogenias, internações e gastos desnecessários¹⁴⁻¹⁶.

Em países desenvolvidos, as pessoas com mais de 60 anos consomem aproximadamente 50% dos fármacos prescritos e são responsáveis por 60% dos custos com medicamentos, ainda que representem de 12% a 18% da população nesses países¹⁴.

Neste trabalho a média do número de medicamentos por idoso foi semelhante para homens e mulheres: 4,7 e 4,4 ($\pm 2,4$), respectivamente, considerando-se os medicamentos mais utilizados nos últimos cinco anos (Tabela 3).

Perfil semelhante foi observado em distintas regiões do Brasil^{7,14-16}. A partir das médias de medica-

mentos utilizados por idoso, pôde-se constatar a utilização concomitante de mais de três medicamentos. A média de medicamentos por idoso nestes trabalhos foi semelhante para ambos os sexos, contrariando o estudo de Romano e Lieber¹⁷ em que as mulheres utilizavam mais medicamentos que os homens.

O envelhecimento populacional traz uma série de desafios para a sociedade, dado que altera a demanda por políticas públicas e pela distribuição dos recursos disponíveis, de forma a assegurar a inclusão social e a atenção integral de saúde. Os resultados deste trabalho contribuem na determinação da tipologia dos idosos em IPLIs no Distrito Federal e sugerem a necessidade de delineamento de uma política de qualidade de cuidados em ILPI, de forma que o Setor Público exerça seu papel de regulador/fiscalizador/executor das ações dessas instituições, avaliando as condições de seu funcionamento e dos serviços ofertados, para que desta forma o idoso se sinta acolhido e seguro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chaimowicz F. Health of the Brazilian elderly population on the eve of the 21st century: current problems, forecasts and alternatives. *Rev. Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 1997 Apr [citado 2006 Nov 15]; 31(2): 184-200. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.
2. Furtado C. Estatísticas do Século XX: Estatísticas populacionais, sociais, políticas e culturais. IBGE. 2003 Jul [citado 2006 Mar 02]; Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
3. Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central. Idoso no Distrito Federal: características e mortalidade. Codeplan. 1998 [citado 2006 Mar 02]; Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br>.
4. BRASIL. SEAS Secretaria de Ação Social. Portaria nº 2874/2000. Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).
5. BRASIL. MS. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. Brasília: ANVISA; 2005
6. BRASIL. MPAS. Política Nacional do Idoso. Brasília, 1994. BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741 de 1 de outubro de 2003.

7. Coelho Filho J M, Marcopito L F, Castelo A. Medication use patterns among elderly people in urban area in Northeastern Brazil. *Rev. Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2004 Aug [citado 2006 Nov 15]; 38(4): 557-564. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.
 8. Silva A E, Menezes E A G, Coelho T O A, Moraes E N. Aspectos Bio-Psico-Sociais dos Idosos Institucionalizados na Casa do Ancião da Cidade Ozanan, no Ano de 2005, em Belo Horizonte. *Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG*. Disponível em: http://www.ufmg.br/proex/arquivos/8Encontro/Saude_7.pdf.
 9. Born T, Boechat NS. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Fretas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2002. p.768-777
 10. Giacomini K C, Uchôa E, Firmo J O A, Lima-Costa M F. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): a population-based cohort study of prevalence and factors associated with the needs of caregivers for the elderly. *Cad. Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2005 Feb [citado 2006 Nov 12]; 21(1): 80-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.
 11. Ramos L R. Determinant factors for healthy aging among senior citizens in a large city: the Epidoso Project in São Paulo. *Cad. Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2003 Jun [citado 2006 Nov 12]; 19(3): 793-797. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.
 12. Rosa T E C, Benício M H D, Latorre M R D O, Ramos L R. Determinant factors of functional status among the elderly. *Rev. Saúde Pública*. [periódico na internet]. 2003 Feb [citado 2006 Nov 12]; 37(1): 40-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.
 13. Freire Júnior R C, Tavares M F L. Health from the viewpoint of institutionalized senior citizens: getting to know and value their opinion. *Interface (Botucatu)*. [periódico na Internet]. 2005 Feb [citado 2006 Nov 15]; 9(16): 147-158. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.
 14. Rozenfeld S. Prevalence, associated factors, and misuse of medication in the elderly: a review. *Cad. Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2003 Jun [citado 2006 Nov 15]; 19(3): 717-724. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.
 15. Mosegui G B G, Rozenfeld S, Veras R P, Vianna Cid M M. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Rev. Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 1999. Out [citado 2006 Nov 15]; 33(5): 437-444. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.
 16. Loyola Filho A I, Uchoa E, Firmo J O A, Lima-Costa M F. A population-based study on use of medications by elderly Brazilians: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *Cad. Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2005. Apr [citado 2006 Nov 15]; 21(2): 545-553. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.
 17. Romano-Lieber N S, Teixeira J J V, Farhat F C L G, Ribeiro E, Crozatti M T L, Oliveira G S A. A literature review on pharmacists' interventions in the use of medication by elderly patients. *Cad. Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2002 Dic [citado 2006 Nov 15]; 18(6): 1499-1507. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.
-