

CONTRIBUIÇÃO DO FARMACÊUTICO AOS IDOSOS EM USO DE POLIFARMÁCIA

Laryssa S. Moraes¹
Raquel L. N. V. Santos²
Viviany Pires Guimarães³
Sylvia Escher de Oliveira Nielson⁴
Jaqueline Gleice Aparecida de Freitas⁵

RESUMO

O tratamento farmacológico tem trazido inúmeros benefícios pois é capaz de promover a cura, prolongar a vida e retardar o surgimento de doenças permitindo uma melhor qualidade de vida para o paciente. No entanto, com o aumento da expectativa de vida, os idosos estão mais propensos a alterações fisiológicas e a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Tal acontecimento expõe o idoso ao uso da polifarmácia podendo levar a uma interação medicamentosa, reação adversa a medicamento, toxicidade e a não adesão ao tratamento. Este trabalho objetivou a avaliar a contribuição do farmacêutico aos idosos em uso de polifarmácia. Foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa, utilizando artigos das bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* e Biblioteca Virtual em Saúde. Também foram utilizados dados das legislações vigentes no Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da saúde. As consultas foram realizadas no período de setembro de 2016 a maio de 2017. A partir de pesquisas, a ampliação da Farmácia Clínica se deu por meio da assistência farmacêutica que teve início em 1971 e a partir daí a Atenção Farmacêutica foi desenvolvida com intuito de estreitar a relação entre o farmacêutico e paciente, buscando dentro dessa prática a prevenção, diminuição ou eliminação de doenças na terapia contribuindo assim para diminuição da mortalidade, efetividade no tratamento trazendo conforto e melhor qualidade de vida ao idoso. Elucidou-se que o farmacêutico é o único profissional habilitado para realizar da Atenção Farmacêutica.

Palavras chaves: idosos, atenção farmacêutica, interação medicamentosa.

INTRODUÇÃO

¹ Discente do Curso de Farmácia do Centro Universitário UNIVERSO Goiânia.

² Discente do Curso de Farmácia do Centro Universitário UNIVERSO Goiânia.

³ Docente do Curso de Farmácia Centro Universitário UNIVERSO Goiânia. Mestre em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Goiás (2001).

⁴ Docente do Curso de Farmácia do Centro Universitário UNIVERSO Goiânia. Doutora em Ciências da Saúde da FM pela Universidade Federal de Goiás (2015).

⁵ Docente do Curso de Farmácia do Centro Universitário UNIVERSO Goiânia. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás (2014).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) definiram a partir de indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil que a população idosa corresponde a 19 milhões de pessoas (BRASIL, 2009).

O aumento da expectativa de vida pode estar associado aos avanços no tratamento farmacológico, melhores condições socioeconômicas, ações como o saneamento básico e a vacinação (BRASIL, 1994; NOBREGA & KARNIKOWSK, 2005). Assim o crescimento da população idosa vem acompanhado do aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), *diabetes mellitus* (DM), a dislipidemia, as doenças respiratórias crônicas e obesidade (OPAS, 2005; BRASIL, 2006; OMS, 2008; DUNCAN et al., 2012; BRASIL, 2014).

Além do aumento das DCNT o idoso possui alterações nos parâmetros farmacocinéticos e farmacodinâmicos, ou seja, a absorção, distribuição, metabolismo, excreção e sua ação no tecido alvo são agravadas devido ao baixo teor de água corpórea, diminuição da massa magra, alterações no seu metabolismo hepático e na capacidade de filtração e excreção renal, aumento do potencial hidrogeniônico (pH) gástrico, bem como dificuldades na eliminação de metabólitos podendo levar a uma toxicidade. Estes parâmetros também podem ser acentuados pelo uso da polifarmácia (NOBREGA & KARNIKOWSK, 2005; SECOLI, 2010; SILVANO et al., 2012; DUNCAN et al., 2012; SMANIOTO & HADDAD, 2013).

A polifarmácia corresponde ao uso de cinco ou mais medicamentos simultaneamente e é causa de morbidade e mortalidade por ocasionar maior número de Interações Medicamentosas (IM) e Reações Adversas a Medicamentos (RAM). As IM ocorrem quando há associação de medicamentos alterando os efeitos e/ou toxicidade dos mesmos podendo trazer respostas positivas ou negativas, que são imprevisíveis e indesejáveis (BRASIL, 2008; HAMMES et al., 2008; YUNES, COELHO, ALMEIDA, 2011). Já as RAM são definidas como “uma resposta nociva e não intencional, que ocorre em doses geralmente utilizadas nos seres humanos para profilaxia, diagnóstico ou terapia da doença, ou para a modificação de função fisiológica” (OMS, 2011).

As IM e RAM causadas pelo uso da polifarmácia podem ser minimizadas com a prática da Atenção Farmacêutica (AtenFar), definida pelo Conselho Federal de Farmácia através da Resolução N° 338/2004 como “um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e

compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde”.

Através da Atenfar o farmacêutico deve dispor de uma relação de proximidade com o paciente, visando uma farmacoterapia adequada, uma melhor orientação sobre o Uso Racional de Medicamentos (URM) favorecendo uma melhor adesão ao tratamento, na tentativa de melhorar a qualidade de vida do idoso e assim diminuir as RAM e IM (SILVA, SCHMIDT, SILVA, 2012).

O acompanhamento e comprometimento do farmacêutico é um grande desafio para o profissional, pois influencia positivamente no controle da doença e na realização da farmacoterapia racional. Desse modo, as intervenções farmacêuticas vêm reduzindo custos, melhorando as prescrições, controlando a possibilidade de reações adversas e promovendo maior adesão do paciente ao tratamento (LYRA JUNIOR et al., 2006, BRASIL, 2013). Assim, o objetivo desse trabalho foi avaliar a contribuição do farmacêutico aos idosos em uso da polifarmácia.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado uma Revisão Bibliográfica Narrativa, sendo a busca feita nas bases de dados: *Scientific Eletronic Library Online (SciELO)* e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Além disso, foi realizada uma pesquisa nas legislações vigentes no Brasil, nas páginas oficiais: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS).

Foram utilizados os seguintes descritores, de acordo com os descritores em ciências em saúde (Decs): idosos, atenção farmacêutica (Atenfar), interação medicamentosa, reações adversas, polifarmácia e medicamento.

Os descritores foram pesquisados separadamente nas duas bases de dados (Tabela I). Logo após a contabilização dos artigos o descritor idoso foi associado aos demais descritores em seguida todos os descritores foram associados, com exceção do descritor medicamento que foi associado somente ao descritor polifarmácia, não obtendo nenhum resultado conforme indicado na tabela II.

Tabela 1. Resultados dos artigos encontrados nas bases de dados SciELO e BVS utilizando os descritores isoladamente.

	SciELO	BVS
IDOSO	1.388	2.775.504
ATENFAR	116	2.936
INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA	34	1.267
REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTOS	53	35.435
POLIFARMÁCIA	147	3.304

Tabela 2. Resultados dos artigos encontrados quando associados os descritores.

	SciELO	BVS
IDOSO E ATENFAR	0	1.663
IDOSO E INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA	2	65
IDOSO E REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTOS	0	7.588
IDOSO E POLIFARMÁCIA	22	2.102
IDOSO, ATENFAR, INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA, REAÇÃO ADVERSA E POLIFARMÁCIA	0	0

Os critérios de exclusão foram artigos em duplicata e artigos não disponíveis na íntegra. Os critérios de inclusão foram artigos de 1990 a 2017 (este corte temporal pode ser justificado devido à utilização das primeiras definições de atenção farmacêutica em saúde), pesquisas realizadas no Brasil, pesquisas realizadas em humanos e artigos em português e saúde pública. Após uma leitura criteriosa dos resumos foram escolhidos 38 artigos, 5 legislações e 14 documentos oficiais para a produção deste trabalho.

3 DISCUSSÃO

3.1 Polifarmácia em Idosos

O tratamento farmacológico tem trazido inúmeros benefícios, pois é capaz de promover a cura, prolongar a vida e retardar o surgimento de doenças permitindo que o indivíduo tenha uma melhor qualidade de vida (LEITE, VIEIRA, VEBER, 2008). No entanto, o idoso, por estar mais propenso a alterações fisiológicas e apresentar maior número de doenças está mais exposto a polifarmácia (BRASIL, 2008; PAULA, BOCHNER, MONTILLA, 2012).

Além dos benefícios trazidos à vida do idoso por meio do tratamento farmacológico, vê-se muito presente os desfechos negativos do uso de medicamentos, em especial na polifarmácia como: o aumento do risco de RAM, aparecimento de IM, iatrogenia, toxicidade, erros de medicação e redução da adesão ao tratamento. Diante desse problema, o quadro clínico do paciente pode ser ainda mais comprometido por apresentarem também perdas funcionais e cognitivas, declínio sensorial e intelectual, alterações psicológicas e até mesmo a morte (RAMOS, 2003; ACHUTTI & AZAMBUJA, 2004; LUCCHETTI et al., 2010; FOCHAT et al., 2012).

Observa-se na literatura que o mau uso da polifarmácia ocorre devido a vários fatores como a prescrição do medicamento por diferentes especialistas que não buscam uma terapia multifuncional, a complexidade das prescrições, o uso inadequado do medicamento assim como seu armazenamento, as propagandas dirigidas ao consumidor na mídia que levam a automedicação, a falta de assistência a saúde do idoso e tratamento de reações adversas com a inserção de novos medicamentos (CARVALHO et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2012).

Dentre os fatores citados, a automedicação ocorre quando se faz uso de medicamentos sem a prescrição de um profissional habilitado, por indicação de terceiros, reaproveitamento de medicamentos/receitas utilizadas em terapias anteriores, a falta de fiscalização por parte daqueles que vendem e a falta de programas educativos (BRASIL, 2002). Além disso, a escolaridade, idade, autopercepção da saúde e renda também interferem nessa prática. Segundo estudos realizados em Bambuí – MG verificou-se que 17% do total de idosos (não institucionalizados) entrevistados fizeram uso de medicamentos sem prescrição, sendo que os mais utilizados foram os que atuam no Sistema Nervoso Central (SNC), analgésicos, medicamentos que agem no trato alimentar e metabolismo podendo citar as vitaminas, antiácidos e medicamentos que agem no músculo-esquelético (LOYOLA FILHO et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2012; SANTOS et al., 2013).

Em virtude do que foi mencionado identifica-se que a população em geral leva em consideração os interesses econômicos, políticos e estruturais que envolvem o uso do medicamento. No entanto os padrões de uso numa sociedade devem ser determinados, também, nas relações entre profissionais e usuários do

sistema de saúde buscando a qualidade de vida dos mesmos e utilizando a polifarmácia de forma racional e para benefício próprio (NAVES et al., 2010).

3.2 Medicamentos utilizados por idosos em uso de polifarmácia

O uso correto do medicamento é um fator importante em idosos, pois estes pacientes são usuários da polifarmácia (SECOLI, 2010).

Em Aiquara (BA), foram entrevistados 272 idosos, não institucionalizados e a classes de medicamentos mais utilizados foram diuréticos (11,8%), agentes que atuam no sistema renina-angiotensina (10,6%), analgésicos (7%), anti-inflamatórios e antirreumáticos (6,9%) e antihipoglicemiantes (5,4%) (SALES, SALES, CASOTTI, 2017).

No município de Sorocaba (SP), os principais medicamentos utilizados no ambulatório municipal de saúde mental por 120 idosos não institucionalizados, foram os benzodiazepínicos, sendo o diazepam (29,2%) e o clonazepam (43,9%) com maior frequência de uso (NALOTO et al., 2016).

Nas regiões sul, sudeste, centro-oeste, norte e nordeste do Brasil, foi feita uma amostra probabilística populacional em 9.019 idosos. Os 10 fármacos mais citados foram: hidroclorotiazida (9%), furosemida (2%), captopril (9%), losartana (8%), atenolol (6%), enalapril (4%), propranolol (2%), sinvastatina (6%), metformina (5%) e glibenclamida (4%) (RAMOS et al., 2016).

Em um estudo transversal e descritivo realizado em todas as instituições de longa permanência para idosos (ILPI'S) em Londrina (PR), 203 idosos foram analisados e 5,1% destes fazem uso de ácido acetilsalicílico (AAS), 4,3% fazem uso de hidroclorotiazida, 4,3% de sinvastatina, 4,0% de enalapril, 4,0% sulfato ferroso e 3,2% captopril (SMANIOTO & HADDAD, 2013).

Diante desses dados e da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, os antihipertensivos, antihipoglicemiantes, antilipidêmicos são medicamentos que conferem maior risco ao idoso pela alta frequência de uso, podendo levar a maiores interações medicamentosas e reações adversas (SECOLI, 2010).

3.3 Adesão ao Tratamento Farmacológico

Os idosos por serem na sua grande maioria pacientes crônicos e por apresentarem maior probabilidade de incapacidade funcional e mental possuem dificuldades no gerenciamento de atividades rotineiras bem como na adesão ao tratamento farmacológico que na sua grande maioria requer uma terapia a longo prazo (LEITE & VASCONCELLOS, 2003; ALMEIDA et al., 2007; AIOLFI et al., 2015). Um fator importante no tratamento de pacientes que fazem uso da polifarmácia é a adesão à terapia. De acordo com a OMS (2003) adesão farmacológica tem sido definida como “a extensão na qual o comportamento de uma pessoa coincide com as recomendações do médico ou de outros profissionais de saúde”.

Além de o esquema posológico influenciar diretamente na eficácia da terapia, a clareza das recomendações, o custo, a quantidade prescrita, o acesso ao medicamento, a capacidade do idoso em seguir as orientações propostas e o aumento da idade apresentam forte relação com a não adesão ao tratamento. Identificar o paciente que não adere à terapia medicamentosa é de fundamental importância, para minimizar os riscos da sua própria saúde (AIOLFI et al., 2015, GAUTERIO-ABREU et al., 2016).

A média de adesão ao tratamento para doenças crônicas em países desenvolvidos chega a 50%, já em países em desenvolvimento como o Brasil esse índice é ainda menor o que se torna bastante preocupante. Podemos verificar os fatos mencionados através da pesquisa feita em um atendimento ambulatorial no Rio Grande do Sul, aonde foram entrevistados idosos durante o atendimento ambulatorial que aderiam e não aderiam ao tratamento. Dos 107 idosos entrevistadas 29 relataram o porquê de não realizar aderência ao tratamento medicamentoso incluindo, ocorrência de RAM. A percepção que o idoso tem das possíveis RAM são poucas, principalmente porque nem todos dispõem de escolaridade, de atividades educativas orientadas e durante as fases de desenvolvimento de um novo fármaco, estes são excluídos das pesquisas clínicas (TEIXEIRA & LEFEVRE, 2001; ARRUDA, 2015; GAUTERIO-ABREU et al., 2016).

Muitas das RAM não são reconhecidas pelos pacientes, médicos, enfermeiros e familiares, principalmente quando o idoso faz uso de polifarmácia complexa. É de vital importância que o paciente entenda a prescrição medicamentosa e que os profissionais envolvidos busquem uma relação próxima entre médico/paciente para que os mesmos consigam entender a prescrição sob a

ótica do paciente. Desta forma haverá a prevenção de RAM e melhor adesão ao tratamento (TEIXEIRA & LEFEVRE, 2001; SECOLI, 2010).

3.4 Atenção Farmacêutica a idosos

A indústria farmacêutica tem revolucionado o mercado ao longo dos anos, através da descoberta de novos fármacos, pesquisas farmacêuticas, investimento em estudos farmacotécnicos. Devido às evoluções tecnológicas na indústria, o farmacêutico foi visto pela sociedade como apenas um vendedor de medicamentos. Diante deste cenário a Farmácia Clínica foi criada com o objetivo de aproximar o farmacêutico do paciente e também da equipe multiprofissional, adotando a farmacoterapia como forma de tratamento. A aplicação da Farmácia Clínica por estar voltada apenas para o ambiente hospitalar foi alinhada com intuito de ampliar a atuação do farmacêutico em relação ao paciente. Sendo assim, em 1990 Hepler e Strand utilizaram pela primeira vez o termo Atenção Farmacêutica (PEREIRA & FREITAS, 2008).

No Brasil, essa ampliação da Farmácia Clínica se deu por meio da assistência farmacêutica que teve início em 1971 com a fundação da Central de Medicamentos (CEME). Tinha como objetivo o fornecimento e distribuição de medicamentos a população (BRASIL, 2007). Mais tarde, em 1990 o Brasil promulgou a lei 8.080 que garante “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (BRASIL, 1990).

A partir do contexto de assistência farmacêutica, a atenFar foi desenvolvida com intuito de estreitar a relação entre o farmacêutico e paciente, para promover uma farmacoterapia racional voltada para a melhoria da qualidade de vida, respeitando as suas particularidades e atendendo as suas necessidades em relação aos medicamentos (PEREIRA & FREITAS, 2008).

A Atenfar pode ser realizada em pelo menos três etapas. A primeira envolve uma verificação crítica de todas as informações obtidas através do paciente idoso, por meio de formulários e consultas. A segunda deve dispor de tomada de decisão para intervenção dos problemas relacionados ao medicamento (PRM) através da elaboração de um plano de seguimento e a terceira consiste na avaliação e

acompanhamento do paciente buscando uma melhoria na qualidade de vida (FARINA & ROMANO-LIEBER, 2009).

Para obter resultados positivos com a AtenFar é necessário desenvolver habilidades de comunicação por parte dos farmacêuticos. Segundo D'Andréa (2012) "a comunicação é um instrumento essencial no trabalho do farmacêutico e na promoção da saúde", pois permite o entendimento da realidade da vida do paciente. A comunicação envolve duas pessoas e não se limita apenas a fala ou a escrita, mas também as expressões do rosto, corpo, postura, toque, timidez ou o silêncio na conversa. Por meio da comunicação aberta, a terapia é conduzida com cuidado, paciência, respeito mútuo, empatia, sensibilidade, honestidade e compreensão (BRASIL, 2006; D'ANDRÉA et al., 2012).

Esses parâmetros ajudam o idoso a valorizar o tratamento e o farmacêutico como agente de saúde e auxiliam na busca da independência do paciente e na orientação de cuidadores e familiares a respeito do uso, armazenamento e administração correta dos medicamentos (BRASIL, 2003; D'ANDRÉA et al., 2012). É importante que no momento do contato do farmacêutico com o paciente, ou seja, durante a consulta ou estudo dos formulários, devem-se seguir algumas medidas mencionadas no quadro 1, para o aumento da confiança e adesão ao tratamento.

Quadro 1. Medidas para aprimorar a comunicação com idosos. Fonte: BRASIL, 2006.

.0 Use frases curtas e objetivas.
.1 Chame-o pelo próprio nome ou de forma como ele preferir.
.2 Evite infantilizá-lo utilizando termos inapropriados como "vovô", "querido", ou ainda, utilizando termos diminutivos.
.3 Pergunte se entendeu bem a explicação, se houve alguma dúvida.
.4 Repita a informação, quando essa for erroneamente interpretada, utilizando palavras diferentes e, de preferência, uma linguagem mais apropriada a sua compreensão.
.5 Fale de frente, sem cobrir sua boca e, não se vire ou se afaste enquanto fala.
.6 Aguarde a resposta da primeira pergunta antes de elaborar a segunda, pois, a pessoa idosa pode necessitar de um tempo maior para responder.
.7 Não interrompa a pessoa idosa no meio de sua fala, demonstrando pressa ou impaciência. É necessário permitir que ele conclua o seu próprio pensamento.

O farmacêutico é o profissional responsável pela AtenFar pois possui conhecimento nas áreas de farmacologia e toxicologia facilitando a identificação e acompanhamento de possíveis IM. Sua responsabilidade se estende a todas as etapas do processo que abrange desde a prescrição, dispensação, administração,

orientação e monitoramento de reações adversas e na efetividade nos medicamentos. Nessa dispensação o farmacêutico orienta o paciente ao uso adequado do medicamento a fim de promover ao paciente os benefícios dos efeitos terapêuticos desejados (ANGONESI & RENNÓ, 2001; LIMA et al., 2016).

Com o objetivo de maximizar a segurança e os resultados no tratamento dos idosos uma vez que nessa fase da vida estão mais propensos a riscos com os medicamentos administrados, o farmacêutico busca dentro da atenção farmacêutica, a prevenção, diminuição ou eliminação de doenças na terapia contribuindo assim para diminuição da mortalidade, efetividade no tratamento trazendo conforto e melhor qualidade de vida (ROMANO-LIEBER, 2002; LYRA JÚNIOR et al., 2006).

CONCLUSÃO

O idoso apresenta vulnerabilidades decorrentes da idade e das possíveis DCNT que podem acometê-los. Desta forma vê-se presente o uso do medicamento como forma de prevenção e auxílio para que possam ter uma melhor qualidade de vida e bem estar. É imprescindível que o farmacêutico juntamente com a equipe de saúde faça o acompanhamento desse paciente com o intuito de alcançar essa terapêutica favorável.

Fazer uso da polifarmácia deve ser considerado pelos profissionais da saúde e para a população como um benefício, desde que o farmacêutico esteja presente e possa ser o intercessor na terapia do paciente. O idoso precisa se sentir amado e cuidado pelos farmacêuticos e os farmacêuticos precisam compreender o papel vital que os mesmos possuem dentro da equipe multidisciplinar a fim de prevenir e melhorar a independência do idoso no cuidado a sua saúde e no tratamento farmacológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHUTTI, Aloyzio; AZAMBUJA, Maria Inês Reinert. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 833-840, Dez. 2004 .

AIOLFI, Claucia Raquel et al. Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 2, p. 397-404, Jun. 2015 .

ALMEIDA, Helcia Oliveira de et al. Adesão a tratamentos entre idosos. **Comun. ciênc. saúde**, v. 18, n. 1, p. 57-67, 2007.

ANGONESI, Daniela; RENNO, Marcela Unes Pereira. Dispensação farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3883-3891, Set. 2011 .

ARRUDA, Daiane Campos Juvêncio de et al. Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 2, p. 327-337, Jun 2015 .

BRASIL. Lei n. 8.080 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em 6 nov. 2016.

_____. Lei n. 8.842 de janeiro de 1994. Dispõe da Política Nacional do Idoso. Brasília (DF), 1994. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/politica_idoso.pdf>. Acesso em 14 set. 2016.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública n.º 2, de 8 de janeiro de 2002. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 9 de Jan. 2002. Disponível em: <<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5b2723-1-0%5d.PDF>>. Acesso em 12 set. 2016.

_____. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. Dispõe sobre Aprovação da política de Assistência Farmacêutica, Brasília (DF), 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em 12 set. 2016.

_____. Lei n.10.741 de outubro de 2003. Dispõe a respeito do Estatuto do Idoso. Brasília (DF), 2003. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/responsabilidade-social/acessibilidade/legislacao-pdf/Legislaoidoso.pdf>>. Acesso em 20 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Diabetes mellitus. **Cad. de Atenção Básica**, Brasília (DF), n. 16, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF>. Acesso em 17 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. **Cad. de Atenção Básica - n.º 19**. Brasília (DF), 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf>. Acesso em 10 de nov, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. **Conselho Federal de Farmácia**, Brasília (DF), 2007. Disponível em:

<http://www.cff.org.br/userfiles/27%20-%20BRASIL_%20CONSELHO%20NACIONAL%20DE%20SECRET%3%81RIOS%20DE%20SA%3%9ADE_%20Assist%3%AAncia%20Farmac%3%AAutica%20no%20SUS_%20Bras%3%ADlia,%202007_.pdf>. Acesso em 10 nov. 2016.

_____. AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA. **Formulário para Notificação de Eventos Adversos à Medicamento**: Profissional da Saúde. Módulo de Notificação, Brasília (DF), 2008. Acesso em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/manual/ea_medicamento_profissional.pdf>. Acesso em 12 set. 2016.

_____. HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Polifarmácia no idoso: um estudo piloto em pacientes do serviço de geriatria do hospital do servidor. **Boletim Epidemiológico**. Rio de Janeiro, n. 38, 2008. Disponível em: <<http://www.hse.rj.saude.gov.br/profissional/boletim/bol38/polifarmacia.asp>>. Acesso em 15 set. 2016.

_____. Resolução n. 585 de 29 de agosto de 2013. Dispõe sobre a regulamentação das atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências, Brasília (DF), 2013. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em 12 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância das doenças crônicas não transmissíveis. **Portal da Saúde**, Brasília (DF), Ago. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>>. Acesso em 09 set. 2016.

CARVALHO, Maristela Ferreira Catão et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 817-827, Dez. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FARMACIA. CFF. Medicamentos e orientação. Brasília (DF), 25 set. 2008. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/noticia.php?id=77>>. Acesso em 12 set. 2016.

D'ANDRÉIA, Renato Dias et al. A importância da relação farmacêutico-paciente: Percepções dos idosos integrantes da UNATI (Universidade aberta à terceira idade) sobre a atuação do farmacêutico. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. IX (2), p.49 - 60, 2012.

DUNCAN, Bruce Bartholowet al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 126-134, Dez. 2012.

FARINA, Simone Sena; ROMANO-LIEBER, Nicolina Silvana. Atenção farmacêutica em farmácias e drogarias: existe um processo de mudança? **Saúde soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 7-18, Mar. 2009.

FOCHAT, Romário Costa et al. Perfil de utilização de medicamentos por idosos frágeis institucionalizados na Zona da Mata Mineira, Brasil. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v. 33, n. 3, p. 447-454, 2012.

GAUTERIO-ABREU, Daiane Porto et al. Prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos e fatores relacionados. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 335-342, abr. 2016.

GORZONI, Milton Luiz; FABRI, Renato Moraes Alves; PIRES, Sueli Luciano. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 4, p. 442-446, Ago. 2012.

HAMMES, Jean André et al. Prevalência de potenciais interações medicamentosas droga-droga em unidades de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 349-354, Dez. 2008.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociodemográficos** e de Saúde no Brasil 2009. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf>>. Acesso em 08 Set. 2016.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LEITE, Silvana Nair; VIEIRA, Mônica; VEBER, Ana Paula. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. p. 793-802, Abr. 2008.

LIMA, Livia Falcão et al. Orientação farmacêutica na alta hospitalar de pacientes transplantados: estratégia para a segurança do paciente. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 359-365, Set. 2016.

LOYOLA FILHO, Antônio I. de et al. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 545-553, Abr. 2005.

LOYOLA FILHO, Antônio I de et al. Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 89-99, Fev. 2008.

LUCCHETTI, Giancarlo et al. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 13, n. 1, p. 51-58, 2010.

LYRA JUNIOR, Divaldo Pereira de et al. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 435-441, Jun. 2006.

NALOTO, Daniele Cristina Comino et al. Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1267-1276, Apr. 2016 .

NAVES, Janeth de Oliveira Silva et al. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1751-1762, June 2010

NOBREGA, Otávio de Tolêdo; KARNIKOWSKI, Margô Gomes de Oliveira. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 309-313, Abr. 2005.

OLIVEIRA, Marcelo Antunes de et al. Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 335-345, Fev. 2012.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva, 2003. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>>. Acesso em 31 set. 2016.

_____. *Glossary of terms used in Pharmacovigilance*. Genebra, Mar. 2011. Disponível em: <<http://who-umc.org/Graphics/24729.pdf>>. Acesso em 12 set. 2016.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAUDE. Brasil: enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil. Brasília (DF), 15 de Nov. 2005. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=1182&Itemid=965>. Acesso em 18 set. 2016.

_____. Cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis. Brasília (DF), Mar. 2008. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1183&Itemid=965>. Acesso em 12 set. 2016.

_____. Eventos adversos a medicamentos. Brasília (DF), 2015. Disponível em: <<http://brasil.campusvirtualsp.org/node/228067>>. Acesso em 12 set. 2016.

PAULA, Tatiana Cruz de; BOCHNER, Rosany; MONTILLA, Dalia Elena Romero. Análise clínica e epidemiológica das internações hospitalares de idosos decorrentes de intoxicações e efeitos adversos de medicamentos, Brasil, de 2004 a 2008.

PEREIRA, Leonardo Régis Leira; FREITAS, Osvaldo de. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 601-612, Dez. 2008.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-797, Jun. 2003.

RAMOS, Luiz Roberto et al . Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 50, supl. 2, 9s, 2016.

ROMANO-LIEBER, Nicolina Silvana et al . Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1499-1507, Dez. 2002.

SALES, Alessandra Santos; SALES, Marta Gabriele Santos; CASOTTI, Cezar Augusto. Perfil farmacoterapêutico e fatores associados à polifarmácia entre idosos de Aiquara, Bahia, em 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 26, n. 1, p. 121-132, Mar. 2017 .

SANTOS, Thalyta Renata Araújo et al. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 94-103, Fev. 2013.

SÃO PAULO (SP). Secretaria Estadual de Saúde. Comitê temático interdisciplinar: Saúde do idoso relatório final. Brasília, 21 de Mai. 2004. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-pessoa-idosa/documentos-tecnicos/relatorio_ripsa_idoso.pdf>. Acesso em 14 set. 2016.

SECOLI, Silvia Regina. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 136-140, Fev. 2010.

DA SILVA, Roberta; SCHMIDT, Olavo Forlin; DA SILVA, Sargeele. Polifarmácia em geriatria. **Revista da AMRIGS**, v. 56, n. 2, p. 164-174, 2012.

SILVANO, Carla Maria et al. O fenômeno da polifarmácia no idoso frágil. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, v. 4, n. 4, p. 2995-3005, Nov. 2012.

SMANIOTO, Francieli Nogueira; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço. Avaliação da farmacoterapia prescrita a idosos institucionalizados. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 4, p. 523-527, Ago. 2013.

TEIXEIRA, Jorge Juarez Vieira; LEFEVRE, Fernando. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Ver. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 207-213, Abr. 2001.

YUNES, Luciana Palis; COELHO, Tamara de Almeida; ALMEIDA, Silvana Maria de. Principais interações medicamentosas em pacientes da UTI-adulto de um hospital privado de Minas Gerais. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde**, v. 2, n. 3, p. 23-6, 2011.
KUSUMOTA, Luciana; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; MARQUES, Sueli. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 525-532, Jun. 2004.

