



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA E FARMACOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

**IDENTIFICAÇÃO DA POLIFÁRMACIA COM ÊNFASE NO: ACOMPANHAMENTO
FARMACOTERAPÊUTICO DE IDOSOS DEPRESSIVOS.**

TERESINA

2012

**IDENTIFICAÇÃO DA POLIFÁRMACIA COM ÊNFASE NO: ACOMPANHAMENTO
FARMACOTERAPÊUTICO DE IDOSOS DEPRESSIVOS.**

Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Farmácia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

TERESINA

2012

TAMYRES DE ANDRADE MACEDO

**ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE IDOSOS DEPRESSIVOS DE
UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado junto ao curso de Farmácia da Universidade Federal do Piauí, como requisito para a obtenção do título de Bacharel.

Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas(Orientador)

Universidade Federal do Piauí

Assinatura:_____

Prof. Dr. André Luis Menezes Carvalho (Avaliador interno)

Universidade Federal do Piauí

Assinatura:_____

Profa. Esp. Antonia Helena Fernandes do Amaral (Avaliador externo)

Instituição de Longa Permanência

Assinatura: _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

REITOR

Prof. Dr. José Arimatéia Dantas Lopes

VICE-REITOR

Prof. Dr^a. Nadir do Nascimento Nogueira

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE GRADUAÇÃO

Profa. Dra. Regina Ferraz Mendes

DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr. Antônio dos Santos Rocha Filho

VICE-DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr. José Guilherme Ferre Pompeu

COORDENADOR DO CURSO DE FARMÁCIA

Profa. Dra. Maria das Graças Freire de Medeiros

VICE-COORDENADOR DO CURSO DE FARMÁCIA

Profa. Dra. Eilika Andréia Feitosa Vasconcelos

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A todos os idosos.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me dar forças em tudo que faço e pela sua infinita bondade.

Aos meus pais, Edmar Ferreira e Josélia Andrade, pelo amor infinito, pelo apoio incondicional, por serem o maior exemplo de vida que tenho, por sempre ter apostado em minha educação e graças a eles que consigo mais esta conquista em minha vida!

As minhas irmãs Amanda e Maria Clara, pelo apoio, por me aturarem ao longo do tempo, por sempre torcerem por mim e sempre me incentivarem a ser melhor em tudo que faço.

Aos meus avós Aurora, Josias, Filinto (em memória) e Rosa (em memória) pelos ensinamentos repassados, carinho e esperanças em mim depositados.

À minha família, por sempre acreditar em mim.

Ao Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas, por me orientar nesse caminho árduo e pelo tempo dedicado a me orientar.

A dona Helena, secretária do abrigo para idosos pela oportunidade e total apoio para desenvolver o trabalho no abrigo.

Aos idosos do abrigo.

À minha turma, “Os Farmanetes”, pela convivência, pela amizade, apoio e aos grandes amigos que fiz. Em especial as “bandidas” (Kassia, Lívia e Deusa) pela por todo esse tempo juntos, por toda a ajuda em tantos momentos... muito obrigada por tudo... vocês foram essenciais !

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para esse trabalho.

Eu posso não estar onde gostaria de estar, mas
estou feliz por saber que estou a caminho.

(Joyce Meyer)

Sumario	9
Lista de Abreviaturas	
Lista de Ilustrações	10
Lista de Gráficos	11
Lista de Tabelas	12
1.INTRODUÇÃO	15
1.1 OBJETIVO	
1.1.1 Objetivo Geral	17
1.1.2 Objetivo Especifico	17
2. REFRENCIAL TEORICO	
2.1 Paciente Idoso	19
2.2 Depressão	21
2.3 Polifarmacia em idosos	24
2.4 Atenção farmacêutica a idosos	26
2.5 Método Dader	28
3. MATERIAS E METODOS	
3.1 Tipo de trabalho	29
3.2 Coleta da amostra	29
3.3 Local da pesquisa e população estuda	29
3.4 Critérios de inclusão e exclusão	30
3.5 Limitação do trabalho	30
3.6 Instrumentos de avaliação utilizados	30
3.6.1 Escala de depressão geriátrica (EDG)	30
3.6.2 Escala de solidão da UCLA	31
3.6.3 Avaliação breve do estado mental	32
3.6.4 Escala de depressão de Cornnel na Demência (CSDD)	33
3.7 Analise dos dados	34
3.8 Considerações éticas.	34

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Perfil socioeconômico dos idosos portadores de depressão residentes no abrigo casa São Jose do município de Teresina-PI.	35
4.2 Analise e avaliação dos prontuários dos idosos portadores de depressão residentes no abrigo casa São Jose do município de Teresina-PI.	37
4.3 Classificação quanto ao Anatomical Therapeutical Chemical Classification System- ATC dos medicamentos utilizados pelos os idosos com depressão residentes no abrigo casa São Jose no município de Teresina-PI.	43
4.4 Perfil das interações medicamentosas dos idosos com depressão residentes no abrigo casa São Jose do município de Teresina-PI.	45
4.5 Analise dos medicamentos inapropriados para idosos presentes nos prontuários dos idosos portadores de depressão residentes no abrigo Casa São José no município de Teresina, Piauí.	50
4.6 Analise dos resultados dos instrumentos de avaliação aplicados nos idosos com depressão residentes no abrigo casa São Jose do município de Teresina –PI	52
4.7 Acompanhamento Farmacoterapeutico dos idosos com depressão residentes no abrigo casa São Jose do município de Teresina-PI.	57
4.8 Estudo do material informativo elaborado para os cuidadores e profissionais de saúde do abrigo casa São Jose do município de Teresina-PI.	59

5. CONCLUSÃO

Referencia	69
Anexo	79
Apêndices	83

LISTA DE ABREVIATURAS

AtenFar - Atenção Farmacêutica

AFT - Acompanhamento Farmacoterapêutico

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CSDD - Escala de Cornell de Depressão na Demência

IM - Interação Medicamentosa

ILPI - Instituição de Longa Permanência

EDG - Escala de Depressão Geriátrica

MEEM - Miniexame do Estado Mental

MS - Ministério da Saúde

NOTIVISA - Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária

OMS - Organização Mundial de Saúde

PRM - Problema Relacionado ao Medicamento

RNM - Reação Negativa ao Medicamento

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE INLUSTRAÇÕES

- Ilustração 1:** Boletim informativo elaborado para profissionais de saúde e cuidadores do ILPI (Associação Divina Providência Casa São José). 61
- Ilustração 2 :** Boletim informativo elaborado para profissionais de saúde e cuidadores do ILPI (Associação Divina Providência Casa São José). 62
- Ilustração 3 :** Boletim informativo elaborado para profissionais de saúde e cuidadores do ILPI (Associação Divina Providência Casa São José). 63
- Ilustração 4 :** Boletim informativo elaborado para profissionais de saúde e cuidadores do ILPI (Associação Divina Providência Casa São José). 64
- Ilustração 5 :** Boletim informativo elaborado para profissionais de saúde e cuidadores do ILPI (Associação Divina Providência Casa São José). 65
- Ilustração 6:** Cartão de Acompanhamento Farmacoterapêutico elaborado para profissionais de saúde e cuidadores do ILPI (Associação Divina Providência Casa São José) para o registro dos dados dos idosos. 66
- Ilustração 7:** Tabela dos horários da medicação elaborado para profissionais de saúde e cuidadores do ILPI (Associação Divina Providência Casa São José) para o registro dos dados dos idosos. 67

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1:** Distribuição do consumo de medicamentos pelos idosos com depressão em relação ao sexo no abrigo Casa São José no município de Teresina, Piauí. 38
- Gráfico 2:** Relação dos principais grupos farmacológicos usados pelos os idosos com depressão no abrigo Casa São José acompanhados durante a prática da atenção farmacêutica. 38
- Gráfico 3:** Resultados obtidos através da Escala de Solidão da UCLA dos idosos com depressão no abrigo Casa São José 53
- Gráfico 4:** Comparação dos resultados obtidos através da Escala de Solidão da UCLA com o estado civil dos idosos com depressão no abrigo Casa São José. 54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados clínicos e sociodemográficos dos usuários com depressão no abrigo Casa São José no município de Teresina, Piauí.	35
Tabela 2: Hipótese diagnóstica dos idosos com depressão em relação ao sexo no abrigo Casa São José acompanhados durante a prática da atenção farmacêutica.	40
Tabela 3: Relação de todos os medicamentos usados pelos idosos com depressão do Abrigo Casa São Jose.	42
Tabela 4: Distribuição dos fármacos mais utilizados pelos gerontes, segundo o <i>Anatomical Therapeutical Chemical Classification System – ATC</i> ,níveis 1 e 2.	44
Tabela 5: Perfil das interações medicamentosas fármaco-fármaco* presentes nos prontuários dos idosos acompanhados.	47
Tabela 6: Perfil das interações medicamentosas fármaco-alimento* presentes nos prontuários dos idosos acompanhados.	48
Tabela 7: Medicamentos inadequados presentes nos prontuários dos idosos acompanhados.	49
Tabela 8 - Grau de depressão conforme Escala de Depressão Geriátrica dos idosos com depressão no abrigo Casa São José.	52
Tabela 9: Comparação entre as pontuações da Escala Geriátrica de Depressão com os níveis de solidão obtidos na Escala de Solidão da UCLA dos idosos com depressão no abrigo Casa São José.	55
Tabela 10: Perfil do desempenho dos idosos com depressão no Miniexame do estado mental (MEEM), em abrigo Casa São José, Teresina – PI.	55
Tabela 11 - Grau de depressão conforme Escala de Cornell de Depressão na Demência (CSDD) dos idosos no abrigo Casa São José	56

RESUMO

MACEDO, T. A. **IDENTIFICAÇÃO DA POLIFÁRMACIA COM ÊNFASE NO: ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE IDOSOS DEPRESSIVOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA.** 2012. 101 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Farmácia) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2012.

Os idosos são o grupo etário mais medicalizado na sociedade, devido a grande prevalência de doenças crônicas. O uso de diversos medicamentos propicia o risco no aumento de problemas relacionados com medicamentos (PRMs), interações medicamentosas e reações adversas decorrentes do uso simultâneo de diferentes classes terapêuticas. O objetivo do trabalho foi estudar a polifarmácia de idosos portadores de depressão de uma instituição de longa permanência (ILPI) na cidade de Teresina-Piauí, a fim de investigar possíveis problemas relacionados à farmacoterapia e apresentar ferramentas para auxiliar na escolha de fármacos. O trabalho consistiu em um estudo pesquisa do tipo exploratório descritivo em abordagem quantitativa, com aplicação da técnica de observação direta e do Método Dáder, por meio do estudo das fichas dos atendimentos realizados durante os atendimentos dos idosos, realizado no período de Janeiro a Outubro de 2012 na casa São Jose, Teresina-Piauí. Foram aplicados instrumentos de avaliação do grau de depressão, solidão e avaliação breve do estado mental dos idosos do abrigo. Os medicamentos prescritos nos prontuários foram classificados segundo a classificação anatômica e terapêutica *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System*, e analisados quando a presença de interações medicamentosas entre os fármacos e os nutrientes. Os medicamentos mais prevalentes foram, os estimulantes e depressores do sistema nervoso central, os agentes anti-hipertensivos, e as vitaminas. No estudo foi encontrado uma prevalência de 24 interações medicamentosas, sendo 13 interações fármaco-fármaco, e 11 interações fármaco- nutrientes. Segundo a análise dos critérios de Beers-Fick foram identificados cinco medicamentos classificados como inadequados para utilização em idosos, devido a efeitos indesejáveis e complicações clínicas observadas. Os instrumentos aplicados para avaliar o nível depressão, solidão e avaliam o grau de funcionalidade e comprometimento cognitivo revelaram que em 85,8% dos idosos tinham depressão leve a moderada e apenas 14,2% depressão severa. Enquanto ao nível de solidão 71,6% dos idosos tiveram nível baixo, 14,2 % do idoso leve e 14,2 % idoso moderado. O miniexame do estado metal revelou um grande comprometimento cognitivo e um dano neurológico que os limita para realizar certas atividades com lucidez. A escala de Cornell utilizada para avaliar o nível de depressão dos idosos com demência revelou depressão de leve a moderada na maioria dos idosos com demência. Foram desenvolvidos boletins informativos com o intuito de orientar cuidadores do abrigo e profissionais de saúde do abrigo enquanto a farmacoterapia. Com os resultados acima descritos a presença do farmacêutico é de suma importância na atenção à saúde do idoso, pois é o profissional de saúde mais competente em identificar interações medicamentosas e reações adversas que influenciam e comprometem a adesão e a continuidade do tratamento.

ABSTRACT

MACEDO, T. A. **Pharmacotherapeutic follow DEPRESSIVE OF ELDERLY IN AN INSTITUTION FOR LONG STAY**. 2012. 101 p. Work of Course Completion (Bachelor of Pharmacy) - Federal University of Piauí, Teresina, 2012.

The aging process can be defined from changes in the body, demonstrated so variable and individual. Population aging has been accompanied by the growth of psychiatric illnesses, including depression stands out as being one of the most common mental disorders in the elderly. The elderly are the age group most medicalized society, due to high prevalence of chronic diseases. The use of various drugs provides the increased risk in drug related problems (DRPs), drug interactions and adverse reactions resulting from the simultaneous use of different therapeutic classes. The aim of the study was to polypharmacy in elderly patients with depression remained an institution long (LTCF) in the city of Teresina, PI, to investigate potential issues related to pharmacotherapy and provide tools to assist in the choice of drugs. The sample of older adults with depression LTCF where the study was conducted consists of 11 subjects, 6 male users and 5 females. The paper reports on a research study in an exploratory and descriptive quantitative approach, applying the technique of direct observation and Method Dader, by studying the records of visits made during the visits of the elderly, conducted from January to October 2012 house in San Jose, Teresina-PI. Instruments were administered to assess the level of depression, loneliness and brief assessment of mental status of elderly shelter. The medicines prescribed in the medical records were classified according to the anatomical classification and therapeutic Anatomical Therapeutic Chemical Classification System, and analyzed when the presence of drug interactions between drugs and nutrients. The drugs were more prevalent, stimulants and central nervous system depressants, anti-hypertensives, and vitamins. The study found a prevalence of 24 drug interactions, and drug-drug interactions 13, and 11 drug-nutrient interactions. According to the analysis of the criteria for Beers-Fick (2003) identified five drugs were classified as unsuitable for use in the elderly and due to side effects caused by these clinical complications. The tools used to assess the level depression, loneliness and assess their functionality and cognitive impairment revealed that in 85.8% of the elderly had mild to moderate depression and only 14.2% severe depression. While the level of solitude 71.6% of the elderly had low level, 14.2% of the elderly mild and 14.2% moderate elderly. The state miniexame metal revealed a large cognitive impairment and neurological damage that limits them to perform certain activities with lucidity. The Cornell scale used to assess the level of depression in elderly patients with dementia revealed mild to moderate depression in the majority of elderly patients with dementia. Finally, newsletters were developed with the aim of guiding the shelter caregivers and health professionals shelter while pharmacotherapy, medication-related problems and correct use of medicines.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 14 milhões de pessoas com mais de 65 anos, representando aproximadamente 7,4% da população (IBGE, 2011). De acordo com a Organização Mundial de Saúde – (OMS) a população idosa crescerá de tal forma, que o Brasil futuramente será o sexto do mundo, tendo cerca de 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no ano de 2020 (BRASIL, 2006).

O número de idosos no Brasil passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008 – um aumento de quase 700% em menos de 50 anos. Conseqüentemente, doenças associadas ao processo de envelhecimento passaram a ganhar maior expressão no conjunto da sociedade (VERAS, 2009). Com isso, surgem novas preocupações em relação ao processo do envelhecimento populacional, visto que algumas conseqüências advindas do crescimento do número de pessoas da terceira idade podem ser traduzidas em aumento das incapacidades, do uso dos serviços de saúde e maior comorbidades nessa população (ANTES et al , 2012).

O estudo do envelhecimento e da velhice, como processos do ciclo vital, é hoje um dos principais pontos de atenção dos agentes sociais e governamentais, bem como da medicina em geral. Dentre os diversos transtornos que afetam idosos, a depressão, considerada atualmente o “mal do século”, merece especial atenção (GAZALLE; HALLALB; LIMA, 2004).

No Brasil, é estimado que aproximadamente 20 milhões de idosos sofrem de depressão, ocupando o quinto lugar como o problema de saúde mais prevalente no mundo, sendo, cada vez mais, a causa de morte ou invalidez (ANTES et al. ,2012). A depressão tem conseqüências graves, incluindo sofrimento dos pacientes e de seus cuidadores, incapacidade física associada à doença física e aos transtornos cognitivos, aumento dos custos dos cuidados de saúde e mortalidade aumentada relacionada ao suicídio e à doença física (MARTINSEN ,2008).

Devido ao crescimento do número de doenças crônico-degenerativas e suas dificuldades, os pacientes que tem mais de 60 anos, são os fundamentais utilizadores da farmacoterapia, com estimativa de que 80% consomem, diariamente, um medicamento, no mínimo, e usam mais medicamentos do que qualquer outra

faixa etária e, quando hospitalizados, consomem entre oito a quinze medicamentos por dia (ROZENFELD, 2003).

Baseado na polifarmácia e ao grande número de medicamentos administrados pelos idosos, a Atenção Farmacêutica foi também direcionada para esses, envolvendo a promoção do uso racional de medicamentos por meio de ações educativas na área da saúde (MARQUES, 2008).

Por isso é de suma importância ações que permitam a interação entre o “farmacêutico usuário e o medicamento”, para que possibilite a criação estratégias educativas que comprovem que o acompanhamento farmacoterapêutico contribui para o uso racional de medicamentos, diminuição de possíveis interações medicamentosas e melhora na saúde e qualidade de vida do idoso.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

O presente estudo teve como objetivo estudar a polifarmácia de idosos portadores de depressão de uma instituição de longa permanência a fim de investigar possíveis problemas relacionados à farmacoterapia e apresentar ferramentas para auxiliar na escolha de fármacos durante o acompanhamento farmacoterapêutico.

1.1.2. Específicos

- Realizar um levantamento dos principais medicamentos utilizados com prescrição por meio da análise das prescrições médicas e identificar possíveis interações medicamentosas.
- Analisar dentre esses a existência de medicamentos inapropriados para o uso em senis, segundo os Critérios de Beers-Fick (2003);
- Realizar o acompanhamento farmacoterapêutico dos idosos e detectar, registrar e solucionar os resultados negativos associados ao medicamento que os idosos apresentarem
- Notificar reações adversas a medicamentos (RAMs);
- Elaborar material informativo visando auxiliar o procedimento quanto aos cuidados a farmacoterapia dos idosos prestadas pelos profissionais de saúde e cuidadores do abrigo.
- Avaliar o nível de depressão dos idosos utilizando a Escala de Depressão Geriátrica (EDG).
- Averiguar o grau de solidão dos idosos tendo como instrumento Escala de Solidão da UCLA .
- Aplicar o questionário da Avaliação Breve do Estado Mental para verificar se houve mudança do estado cognitivo dos usuários geriátricos.

- Verificar o grau de depressão dos idosos que possuem como comorbidade o mal de Alzheimer, utilizando como ferramenta a Escala de Cornell de Depressão na Demência (CSDD).

1.2 JUSTIFICATIVA

A partir das análises de diversos estudos que retratam o crescimento do envelhecimento populacional foi verificada uma mudança na estrutura das famílias e com essa nova realidade, foi observada uma carência, por parte da família, para garantir os cuidados básicos do idoso, tendo como uma alternativa digna o internamento em instituição de longa permanência. E a depressão sendo uma enfermidade mental frequente no idoso, ocorrendo principalmente em idosos institucionalizados, a qual compromete intensamente a qualidade de vida dos gerontes. Além disso ser um fator de risco para processos demências, com todos esses dados, foi verificada a escassez de estudos que retratem deste tema em gerontes institucionalizados.

Apesar de a depressão ser uma doença psiquiátrica muito comum entre os idosos, à mesma não é frequentemente diagnosticada, uma vez que a maioria dos profissionais de saúde encaram alguns sintomas da depressão como processo natural do envelhecimento e o acometido não recebe tratamento. Então é de fundamental importância que os profissionais da saúde tenham familiaridade com as características da depressão geriátrica e estejam preparados para investigar a presença de seus sintomas.

Contudo os idosos são geralmente mais sensíveis aos efeitos colaterais dos medicamentos antidepressivos, bem como apresentam outras co-morbidades associadas e faz uso de outras medicações, o que aumenta o risco de ocorrerem complicações clínicas e interações medicamentosas.

É de grande relevância ressaltar que os profissionais de saúde durante o acompanhamento de idosos quanto utilizam medicamentos, ampliem suas táticas que contemplem direções e informações sobre a análise e terapia usada. O uso do medicamento deve ser exaltado na comunicação entre profissional e usuário, levando em conta as condições de escolaridade e tratamento medicamentoso.

Dessa maneira, o objetivo principal foi avaliar a farmacoterapia de um grupo de idosos acometidos por depressão, que dependem da assistência de seus cuidadores para recebimento do tratamento e para realizar boa parte das atividades diárias

2.0 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. *Pacientes Idosos*

O processo de envelhecimento pode ser definido a partir de alterações no organismo, demonstrada de forma variável e individual. Caracterizado por ser um sistema dinâmico, gradual e irreversível, no qual interagem diversos fatores biológicos, psíquicos e sociais, acompanhado por alterações significativas na composição, estrutura e fisiologia dos sistemas orgânicos e do indivíduo como um todo (MEIRELES, 2007; FALLER et al, 2010).

O envelhecimento da população é um fenômeno global, que sucede em todas as regiões e países do mundo, com exceção daqueles em extrema pobreza. O Brasil está envelhecendo rapidamente (GONÇALVES et al,2011). Na última década, a população brasileira com idade igual ou superior a 60 anos cresceu 2,5 vezes mais (36%) do que a mais jovem (14%) (IBGE, 2012). O Brasil hoje é um “jovem país de cabelos brancos” (LIMA-COSTA et al, 2011; BRASIL, 2012). A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais (VERAS, 2009).

Dessa forma, o envelhecimento populacional e a expectativa de vida em crescimento, conduzem ao um acréscimo significativo do número de idosos, principalmente, em relação as doenças da população desta faixa etária, principalmente pelo fato da maior predisposição a doenças de caráter crônico-degenerativo (BARETO, 2009; CARVALHO, 2008). A fugacidade deste processo fornece uma série de questões cruciais, como o aumento de gastos na saúde devido às doenças crônicas e enfermidades complexas típicas da idade, que perduram por longos anos, exigindo cuidados contínuos, atendimentos especializados e internações (FALLER et al., 2010).

Doenças crônicas degenerativas englobam um vasto espectro de patologias não transmissíveis, entre elas, doenças cardiovasculares, respiratórias, osteomusculares, neuropsiquiátricas, diabetes mellitus, hipertensão arterial Sistêmica e certos tipos de câncer (FELIPE; ZIMMERMANN, 2011). Essas por sua vez estão diretamente associadas à incapacidade funcional encontrada em idosos, levado a uma maior demanda por medicamentos e produzindo consequentemente

uma diminuição da qualidade de vida. Envelhecer com qualidade de vida é uma preocupação entre os profissionais da área da saúde. Mas não é fácil definir qualidade de vida para os idosos (MONTEIRO, 2005).

Partindo dessas novas concepções o Ministério da Saúde já incluiu a saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde do país, por meio da publicação da Portaria nº 2.528 DE 19 de Outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Essa política configura em uma nova política nacional de saúde da pessoa idosa baseada no paradigma da capacidade funcional, que é abordada de maneira multidimensional. Objetivando, no âmbito do SUS, garantir atenção integral à Saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo (MS, 2006; VERAS, 2009; BRASIL, 2003).

As diretrizes básicas da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa são bons exemplos das preocupações com a promoção do envelhecimento saudável, com a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, com a prevenção de doenças, com a recuperação da saúde dos que adoecem e com a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida (GORDILHO, 2000).

2.2 Depressão

A modificação na pirâmide etária mundial fez com que o estudo do envelhecimento e da velhice seja foco de atenção, suscitando ações de agentes sociais e governamentais, além de profissionais da área da saúde (BENEDETTI et al , 2008; RABELO, 2009). Sabe-se que o envelhecimento é um processo multifatorial que promove alterações anatômicas e funcionais no organismo, que podem resultar no surgimento de doenças crônicas e degenerativas, como hipertensão arterial, artrite, reumatismo, artrose, doenças cardíacas, diabetes, osteoporose, doenças pulmonares, demências ou transtornos mentais, acidente vascular cerebral e câncer, resultando na diminuição da funcionalidade e da qualidade de vida do idoso (SANTOS, 2012).

O processo de envelhecimento populacional tem sido acompanhado com o crescimento de doenças psiquiátricas, entre as quais a depressão se destaca como sendo uns dos transtornos mentais mais comuns em idosos (BOREGES; BENEDETTI; MAZO, 2007).

A depressão consiste em enfermidade mental frequente no idoso, associada a elevado grau de sofrimento psíquico (RABELO, 2009; CAXIETA, 2005). Na população geral, a depressão tem prevalência aproximadamente 15%; demência afeta cerca de 5% dos idosos aos 65 anos de idade e aproximadamente 20% daqueles com 80 anos ou mais. Também a depressão tem taxas de prevalência entre 5 e 35%, variando de acordo em nível de gravidade. A prevalência de sintomas depressivos na população acima de 65 anos de idade vivendo na comunidade varia entre 10,3 e 13,5% e no Brasil chega a 14,3% (REYS et al, 2006; BOREGES; BENEDETTI; MAZO, 2007).

A depressão é uma psicopatologia que se caracteriza como um distúrbio de natureza multifatorial da área afetiva ou do humor, que exerce forte impacto funcional envolvendo inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social por humor deprimido ou falta de motivação, perda de interesse ou prazer (anedonia) e cansaço. Além disso, ocorre alteração no peso corporal (ganho ou perda de peso significativo – 5%), prejuízo no sono (insônia ou hipersonia), agitação ou retardo psicomotor, sentimento de inutilidade ou culpa, baixa capacidade de concentração ou tomada de decisão e/ou ideação suicida são outros sintomas relevantes no diagnóstico da depressão. Em idosos, além dos sintomas comuns, a depressão costuma ser acompanhada com queixas somáticas, hipocondria, baixa autoestima, sentimento de inutilidade, humor disfórico, tendência autodepreciativa, alteração do sono e do apetite, ideação paranóide e pensamento recorrente de suicídio (CARDOSO, 2011; ÁVILA; BOTTINO, 2006).

Contudo, para definir o diagnóstico, é essencial um grupo de sintomas centrais, como a perda de energia ou interesse, humor deprimido, dificuldade de concentração, alterações do apetite e do sono, sentimento de pesar ou fracasso e lentificação das atividades físicas e mentais. O episódio depressivo pode ser classificado como leve, moderado ou grave. Essa classificação varia de acordo com o número, gravidade e tempo de apresentação dos sintomas (GONÇALVES; ANDRADE, 2010;).

Com base nos dados relatados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desde a década de 1990, a depressão vem ocupando um lugar de destaque na lista dos problemas de saúde pública, considerando esse como patologia de tratamento doença mais cara de todas as doenças em todo o mundo, e que até o ano de 2010 só perderá o primeiro lugar para as doenças cardíacas isquêmicas graves. Ainda

segundo a OMS, esta síndrome, no ano de 2020, será a segunda moléstia que afetará os países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento (SIQUEIRA, 2009; COUTINHO, 2002).

O interesse pelo assunto depressão em idosos tem crescido com o aumento do percentual de idosos na sociedade e pelos obstáculos encontrados por profissionais da área da saúde em diagnosticar e tratar esses pacientes. Parte da dificuldade se deve ao fato de que a depressão em idosos é uma síndrome heterogênea tanto quanto a etiologia quanto à resposta ao tratamento (ÁVILA; BOTTINO, 2006).

No idoso, a depressão tem sido caracterizada como uma síndrome que envolve inúmeros aspectos clínicos, etiopatogênicos e de tratamento. Quando de início tardio, frequentemente pode ser associada a doenças clínicas gerais e a anormalidades estruturais e funcionais do cérebro. Se não tratada, a depressão aumenta o risco de morbidade clínica e de mortalidade, principalmente em idosos hospitalizados com enfermidades gerais (STELLA et al., 2002).

As principais causas de depressão no idoso estão relacionadas ao um conjunto amplo de componentes nos quais atuam fatores genéticos, eventos vitais, como luto e abandono, e doenças incapacitantes, como câncer, Doença de Parkinson, demência, diabetes ou ao uso de medicamentos, como anti-hipertensivos, corticosteroides, entre outros. Sentimentos de frustração, de perda, a incapacidade de reengajamento na atividade produtiva, a ausência de retorno social, são fatores que comprometem a qualidade de vida e predisõem o idoso ao desenvolvimento de depressão. Além disso, todos esses fatores podem levar à depressão nos idosos, e a institucionalização também pode ser considerada um fator estressante e desencadeador dessa patologia. Os idosos residentes em asilos apresentam risco aumentado de desenvolver depressão, principalmente nos primeiros meses após a internação (PACHECO, 2002; STELLA et al, 2002; LEITE et al, 2006 ; RABELO, 2009).

O diagnóstico da depressão passa por várias etapas, conforme descrito a seguir, anamnese detalhada, com o usuário e com familiares ou cuidadores, exame psiquiátrico minucioso, exame clínico geral, avaliação neurológica, identificação de efeitos adversos de medicamentos, exames laboratoriais e de neuroimagem. Essas são atuações preciosas para o diagnóstico da depressão, intervenção psicofarmacológica e prognóstica, principalmente em função da maior prevalência

de comorbidades e do maior risco de mortalidade (STELLA et al., 2002; GONÇALVES; ANDRADE, 2010).

Com base em todos dados mencionados é essencial que profissionais de saúde aperfeiçoem cada vez mais seus conhecimentos sobre depressão em idosos, uma vez que é o clínico ou geriatra que o idoso procura como demanda específica de sintomas disfóricos, com quadros inespecíficos de queixas como cansaço ou fadiga ou ainda, mesclando sintomas de depressão com quadro clínico de outras patologias. Nesse sentido, o uso sistemático de escalas de depressão e uma correta avaliação podem facilitar a detecção precoce da doença e tornar possível uma intervenção mais adequada sobre os indivíduos (CARREIRA et al., 2011).

2.3 Polifarmácia em idosos

Os estudos populacionais sobre o consumo de medicamentos no Brasil destacam o uso crescente com a idade. Assim como o número de indivíduos idosos vem aumentando, o consumo de medicamento por essa população acompanha essa tendência (SILVA et al, 2012). Os idosos são provavelmente, o grupo etário mais medicalizado na sociedade, devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas com a idade (FLORES; BENVENÚ, 2008). As consequências do vasto uso de medicamentos têm impacto no campo clínico e econômico repercutindo na segurança dos usuários dos serviços de saúde (SECOLI, 2010).

O uso de medicamentos por idosos tem uma linha tênue entre o risco e o benefício, dessa forma, a elevada utilização de medicamentos pode afetar a qualidade de vida do idoso, por outro lado, são os mesmos que, em sua maioria, ajudam a prolongar a vida (ANDRADE; SILVA; FREITAS, 2004).

Os idosos chegam a constituir 50% dos multiusuários de medicamentos em decorrência da terapêutica utilizada com o passar dos anos. Esse fato ocorre devido à maior prevalência de doenças crônico-degenerativas nessa faixa etária. A polifarmácia é um problema importante no atendimento do idoso, devendo ser sempre pesquisada e evitada quando possível (GALATO; SILVA; TIBURCIO, 2008).

Um estudo realizado no município de Bambuí por Loyola Filho e colaboradores (2005) demonstrou o consumo elevado de medicamentos, pois verificou que, entre 1.606 idosos, correspondendo que 1.383 haviam utilizado no mínimo um medicamento no período de três meses, a, mais de 86% da população estudada.

A polifarmácia definida como o uso de cinco ou mais medicamentos, de forma simultânea e crônica (SECOLI, 2010). Para designar a cronicidade, alguns autores definem como períodos não inferiores há três meses e outros aceitam o período de uma semana. A polimedicação aumentou de modo importante nos últimos anos, apesar de não ser uma questão contemporânea. O uso de diversos medicamentos propicia o risco no aumento de problemas relacionados com medicamentos (PRMs), sendo estes vinculados com a farmacoterapia, o que interfere ou pode interferir nos resultados esperados com a saúde do paciente (FLORES, 2005; SECOLI, 2010).

A polifarmácia também está associada ao aumento do risco e da gravidade das reações adversas a medicamentos (RAM), de precipitar interações medicamentosas (IM), de causar toxicidade cumulativa, de ocasionar erros de medicação, de reduzir a adesão ao tratamento e elevar a morbimortalidade. Assim, essa prática pode ser relacionada diretamente aos custos assistenciais, que incluem medicamentos e as repercussões advindas desse uso (PRYBYS, 2002; LOYOLA-FILHO; UCHOA; LIMA-COSTA, 2006).

No Brasil, uma expressiva parcela dos medicamentos prescritos é da classe dos psicofármacos. Calcula-se que pelo menos 13% do total de fármacos consumidos em nosso país envolva benzodiazepínicos, antidepressivos, neurolépticos, anticonvulsivantes ou estimulantes do sistema nervoso central (LUCCHETTI et al., 2010).

Os usuários internados em instituições de longa permanência para idosos (ILPI) merecem um cuidado particular quanto ao consumo desses grupos medicamentosos, visto que seu uso corriqueiro de fármacos pode ser observado em quadros demências, depressões e distúrbios comportamentais. Estima-se que a prevalência de psicofármacos em asilados chegue a 63,0%, sendo que esses medicamentos usualmente prescritos por médicos não psiquiatras em decorrência da necessidade de controle comportamental, presença de depressão e transtornos do sono (LUCCHETTI et al., 2010; STELLA et al., 2006).

A literatura salienta que deve ser adotada cautela, ao prescrever medicamentos para gerontes, em que deve entender as mudanças funcionais e estruturais próprias da idade, as quais alteram de maneira significativa a farmacocinética e farmacodinâmica das drogas (MARIN et al, 2010). Devido essas limitações fisiológicas a farmacocinética clínica desta população sofre uma série de alterações que interferem diretamente nos processos de absorção, distribuição,

metabolização e eliminação dos medicamentos, podendo os medicamentos em doses terapêuticas habituais produzir efeitos tóxicos e reações medicamentosas adversas indesejáveis. Assim, os idosos são mais vulneráveis ao uso de muitos medicamentos, o que justifica maior preocupação com essa população (SILVA et al.,2012;ACURCIO,2009).

2.4 Atenção farmacêutica ao idoso

A atenção farmacêutica (AtenFar) é uma modalidade de prática profissional em que o farmacêutico adota um papel ativo em benefício do paciente, ajudando o prescritor na escolha pertinente e na dispensação dos medicamentos, ele assume, dessa forma, responsabilidade direta na colaboração com outros profissionais de saúde e com os pacientes, para alcançar o resultado terapêutico desejado (ANDRADE; SILVA; FREITAS, 2004).

O objetivo da AtenFar não é intervir no diagnóstico ou na prescrição de medicamentos, atribuições do médico, e sim assegurar uma farmacoterapia racional, segura e custo-efetiva. Abrangendo macrocomponentes como a promoção e educação em saúde, orientação farmacêutica, dispensa, atendimento farmacêutico e acompanhamento farmacoterapêutico, além do registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados, incluindo todos os problemas relacionados aos medicamentos (PRMs), erros de medicação e conciliação de medicamentos em idosos (MENESES; SÁ, 2010).

O conceito de atenção farmacêutica utilizado no Brasil foi o regulamentado na Proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica,o qual é definido como. Um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. Dessa forma pode ser considerada como a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicosociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (OPAS, 2002).

Ao interpretar as funções do farmacêutico no sistema de atenção a saúde a Organização Mundial de Saúde (OMS) estende o benefício da atenção farmacêutica para toda comunidade reconhecendo a relevância da participação do farmacêutico junto com a equipe de saúde na prevenção de doenças e promoção da saúde. Atribuindo ao farmacêutico as atividades de educação em saúde, especialmente relacionadas ao uso correto de medicamentos, a dispensação e a indicação farmacêutica que pode interferir de maneira significativa no uso adequado de medicamentos pelas pessoas e pela sociedade (OPAS-OMS, 2002; ANGONESI; RENNÓ, 2011).

Entre outras atribuições do farmacêutico podem ser destacadas como o monitoramento da utilização dos medicamentos por meio da ficha de controle farmacoterapêutico; o aconselhamento aos doentes a cerca do uso de medicamentos de venda livre; a participação em programas de educação para a saúde em colaboração com outros membros da equipe de saúde e a construção de indicadores que visem mensurar a efetividade das intervenções (ANDRADE ;SILVA ;FREITAS ,2004).

É constituído por lei por meio do Estatuto do Idoso que regula os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60(sessenta) anos. Segundo o artigo 15 do estatuto, é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo o acesso universal, igualitário e contínuo das ações e serviços para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (MS, 2003). No âmbito farmacêutico ocorreu uma preocupação singular com essa faixa etária. Baseado na polifarmácia, grande número de medicamentos administrados pelos idosos, a Atenção Farmacêutica foi também direcionada para eles, envolvendo a promoção do uso racional de medicamentos por meio de ações educativas na área da saúde (MARQUES, 2008).

Apesar da Atenção Farmacêutica não ser uma atividade exclusiva para essa faixa etária, há uma maior preocupação com os idosos. A polimedicação presente em quase todas as prescrições para idosos pode implicar em sérias consequências para esse grupo. Outro problema detectado entre nos idosos é a não-adesão ao tratamento prescrito, expondo os mesmos a um risco maior de hospitalização e morbidade. Assim, o acompanhamento farmacoterapêutico exercido na AtenFar é indispensável para esse grupo (OLIVEIRA et al, 2005).

2.5 Métodos Dáder de Acompanhamento Farmacoterapêutico

O acompanhamento farmacoterapêutico é definido como "um serviço profissional que visa à detecção de problemas relacionados com medicamentos (PRMs), para a prevenção e resolução de resultados negativos associados com medicamentos (RNMs). Este serviço implica em um compromisso e deve ser fornecido de forma contínua, sistemática e documentado, em colaboração com o usuário e com outros profissionais de saúde, a fim de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes" (HERNANDEZ et al., 2007)

O Método Dáder de Acompanhamento Farmacoterapêutico é um procedimento operativo simples que permite realizar AFT a qualquer doente, em qualquer âmbito assistencial, de forma sistematizada, continuada e documentada. A sua aplicação permite registrar, monitorizar e avaliar os efeitos da farmacoterapia utilizada por um doente, por meio de procedimentos simples e claros (HERNANDEZ; CASTRO; DÁDER, 2009).

O Método Dáder é baseado na obtenção de informação sobre os problemas de saúde e a farmacoterapia do doente para elaborar a história farmacoterapêutica. A partir da informação contida na história, elaborados os estados da situação do doente, que permitem visualizar o "panorama" sobre a sua saúde e o seu tratamento em distintos momentos, bem como avaliar os resultados da farmacoterapia. Em consequência da avaliação e da análise dos estados da situação, pode ser estabelecido um plano de atuação com o doente, no qual ficarão registradas todas as intervenções farmacêuticas que se considerem oportunas para melhorar ou preservar o seu estado de saúde (HERNANDEZ; CASTRO; DÁDER, 2009).

Apesar de o Método Dáder estabelecer normas básicas para a realização do AFT, este método caracterizado por ser adaptável e por se ajustar às particularidades do local assistencial no qual pretende realizar o acompanhamento farmacoterapêutico (HERNANDEZ; CASTRO; DÁDER, 2009).

3.0 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Este projeto foi delineado como um projeto de pesquisa do tipo exploratório descritivo em abordagem quantitativa, com aplicação da técnica de observação direta e do Método Dáder, por meio do estudo das fichas dos atendimentos realizados durante os atendimentos dos idosos nos serviços de saúde da Associação Divina Providência (Casa São José), no município de Teresina.

3.2 Coleta de dados

No período de Janeiro a Outubro de 2012, foram feitas coletas, análises e estudos dos prontuários dos usuários portadores de depressão mediante a autorização do cuidador e responsável pela associação, para registrar as informações referentes ao diagnóstico e a terapêutica dos mesmos. As coletas tinham por base as fichas preenchidas durante as entrevistas e os prontuários de cada um dos pacientes. Os registros dos dados foram feitos em formulários próprios específicos (**Apêndice I**). Além da aplicação de testes para avaliar o grau de depressão, solidão e avaliação breve do estado mental dos gerontes institucionalizados.

3.3 Local da pesquisa e população estudada

O estudo foi realizado no abrigo para idosos na Associação Divina Providência (Casa São José), no município de Teresina. Esse instituto é filantrópico, sendo um espaço que presta auxílio a 34 idosos. É composta por duas alas, masculina (17 idosos) e feminina (17 idosos). Os gerontes recebem assistência médica de várias especialidades (clínica geral, psiquiatria, neurologia, oftalmologia e cardiologia). Além disso, os idosos recebem assistência material (moradia e alimentação), lazer e serviço funeral.

Foi realizado o acompanhamento farmacoterapêutico de um grupo de onze idosos acometidos por depressão com faixa etária variando de 62 a 94 anos de idade, que dependiam de assistência dos cuidadores para realização de quase todas as atividades diárias. Os idosos de ambos os sexos que aceitaram participar de forma voluntária a pesquisa.

3.4 Critérios de inclusão e critérios de exclusão

A fim de constituir a amostra dessa pesquisa buscou-se no abrigo os gerontes de ambos os sexos, portadores de depressão já diagnosticados e com uso de medicação específica para essa condição clínica e que concorde em participar da pesquisa com assinatura do Termo de Livre Consentimento e Esclarecido (TCLE).

3.5 Limitação do trabalho

A elaboração do acompanhamento farmacoterapêutico enfrentou um grande obstáculo, pelo fato do Método Dáder requerer um diálogo com o usuário. A maior dificuldade foi o fato de que os gerontes, em sua maioria, não apresentam um estado de lucidez. Ademais, os mesmos não têm conhecimento de quais medicamentos estão utilizando, nem a finalidade destes, inviabilizando de certa forma a aplicação da metodologia Dáder. Como a inaptidão dos idosos em responder ficha de acompanhamento farmacoterapêutico, ocorreu uma adequação do método, em que as informações necessárias foram coletadas de modo indireto, com pesquisa ao histórico do paciente e análise dos prontuários médicos.

3.6 Instrumentos de Avaliação Utilizados

Durante a realização da pesquisa houve à necessidade da aplicação de instrumentos para avaliar o grau de depressão, solidão e avaliação breve do estado mental dos idosos do abrigo casa São José. Pelos os métodos abaixo:

1. Para avaliação da depressão – Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (YESAVAGE et al.,1983) **(Apêndice III)** .
2. Para avaliação da solidão – Escala de Solidão da UCLA (NETO, 1989). **(Apêndice IV)**
3. Para avaliação da função cognitiva--Avaliação Breve do Estado Mental (GUERREIRO et al. , 1994) **(Apêndice V)**.
4. Escala de Cornell de Depressão na Demência (ALEXOPOULOS, G.S.; ABRAMS, RC.; YOUNG, RC;. et al. CORNELL SCALE FOR DEPRESSIONIN DEMENTIA. BIOLOCAL PSYCHIAT,2002)**(Apêndice VI)**.

3.6.1 Escala de Depressão Geriátrica (EDG):

Em 1983, Yesavage e colaboradores desenvolveram e validaram um instrumento de triagem para depressão chamada de Escala de Depressão Geriátrica (EDG). A EDG possui uma versão longa e uma curta, composta de 30 e 15 questões, respectivamente. Ambas são validadas internacionalmente e amplamente utilizadas na avaliação geriátrica global, auxiliando para a determinação da necessidade de tratamento nessa fração da população.

A EDG é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para o rastreamento de depressão em idosos. Diversos estudos mostraram que ela oferece medidas válidas e confiáveis. Diversos estudos já demonstraram que a EDG oferece medidas válidas e confiáveis para a avaliação de transtornos depressivos. Além disso, versões reduzidas da GDS com 1,4, 10, 15 e 20 questões (em contraste com as 30 questões da versão original) vêm sendo utilizadas de forma cada vez mais frequente. O uso dessas versões reduzidas na prática clínica é ainda mais atraente, já que o tempo gasto com sua aplicação pode ser substancialmente reduzido (ALMEIDA, 1999).

Devido algumas particularidades dos idosos do abrigo a escala sofreu modificações ao invés de trinta perguntas originais foram reduzidas para vinte e seis perguntas as quais melhor se adequaram a realidade dos usuários. Para o preenchimento da versão modificada, deve considerar-se que os itens 1, 6, 8, 10, 11, 13, 15, 17, 19, 25 e 26, devem ser pontuados negativamente, isto é, a uma resposta “Não” corresponde um ponto. Aos itens 2, 3, 4, 5, 7, 9, 12, 14, 16, 18, 20, 21, 22, 23 e 24, será atribuído um ponto à resposta positiva “Sim”.

Propõe-se que, para mensuração dos resultados, se proceda à seguinte classificação: valores de 0 a 10: idosos normais; para pontuações entre 11 a 18 são indicativos de depressão de severidade crescente; uma pontuação 19 a 26 é indicação de idosos gravemente deprimidos (FERREIRA, 2005).

3.6.2 Escala de Solidão da UCLA

A “Escala de Solidão da UCLA” tem como nome original de “UCLA Loneliness Scale” e foi desenvolvida por Russel; Peplau; Cutrona, (1980). A mesma foi dada para a população portuguesa e validada por Neto (1989). A versão portuguesa possui 18 itens. É um questionário que avalia a solidão e os sentimentos associados à mesma. As respostas de cada item podem ser avaliadas por meio de uma escala

de tipo Likert com 4 pontos, desde nunca (1) até muitas vezes (4). A pontuação mínima possível é de 18 pontos e a máxima de 72 pontos. A pontuação total é obtida por meio da soma dos itens, metade dos quais formulados da forma inversa (itens 1, 4, 5, 8, 9, 13, 14, 17 e 18), e reflete o índice de solidão. Assim, um resultado mais elevado traduz solidão, enquanto um resultado mais baixo traduz satisfação social (ausência de solidão). Nesta escala a solidão é encarada enquanto estado psicológico e apreendida de modo unidimensional (NETO, 1989).

A escala de solidão da UCLA apesar de adequada levanta diversos problemas potenciais. A possibilidade de enviesamento nas respostas é um problema, pelo fato de todos os itens terem sido redigidos na mesma direção, induzindo que as pontuações elevadas reflitam sentimentos de insatisfação social. Um segundo problema pode ser associado à desejabilidade social, uma vez que, havendo um determinado estigma ligado à solidão, os sujeitos podem distorcer as respostas subvalorizando a sua experiência de solidão. Outro problema que surge que pode ser referido à validade discriminante (FERNANDES, 2007). O instrumento de pesquisa foi usado na sua integridade total e não houve nenhum tipo de modificação no teste utilizada entre os idosos do abrigo.

3.6.3 Avaliação Breve do Estado Mental

Miniexame do Estado Mental (MEEM) teve como objetivo fazer uma avaliação clínica prática de mudança do estado cognitivo em pacientes geriátricos. Examinando a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo praxia, e habilidades de linguagem e viso-espaciais. Tem sido utilizado como teste de rastreio para perda cognitiva ou como avaliação cognitiva de beira de leito. Porém não pode ser usado para diagnosticar demência (FOLSTEIN, 1998)

O MEEM é uma escala de 11 itens que contém informações sobre diferentes parâmetros cognitivos. As questões são separadas em cinco categorias, tendo cada uma o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: **Orientação** (temporal e espacial 10 pontos); **Retenção** (3 pontos); **Atenção e Cálculo** (5 pontos); **Evocação** (memória 3 pontos); e **Linguagem** (9 pontos – este inclui 1 ponto pela capacidade construtiva visual), para um escore total que pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade

cognitiva. O tempo de aplicação deste instrumento varia entre aproximadamente 5 a 15 minutos (CALIXTO; MARTINS, 2010).

Contudo a maior parte da população do presente estudo é analfabeta e/ou possui outra patologia concomitante não sendo possível a realização de algumas etapas do presente teste, o qual foi adaptado para a realidade dos usuários. Dessa maneira foi retirada a categoria de “atenção e cálculo”, e alguns itens da categoria de “linguagem” os quais necessitavam da leitura do item pelo usuário, ou que ainda que os mesmo escrevessem e/ou que realizassem algum tipo de esforço físico.

4.8.1 Escala de Cornell de Depressão na Demência (CSDD).

A Cornell Scale for Depression in Dementia (C.S.D.D.) foi especificamente desenvolvida para avaliar sinais e sintomas de depressão em indivíduos com demência. Sua utilização é indicada quando o objetivo é quantificar os sintomas e não fazer o diagnóstico, o que requer a utilização de outros instrumentos. É constituída por 19 itens que analisam e quantificam a informação obtida por meio de entrevista com o prestador de cuidados, o qual colabora no preenchimento da escala). Cada item é avaliado por gravidade em uma escala de 0 a 2 (0 = ausente, 1 = leve ou intermitente, 2 = grave). A pontuação dos itens é adicionada. Escores superiores a 10 indicam uma provável depressão. Escores acima de 18 indicam uma depressão severa. Escores inferiores a seis, em regra, estão associados com ausência de significativa dos sintomas depressivos. Em regra tem sido considerado que pontuações iguais ou inferiores a nove pontos estão relacionadas com ausência de depressão. As pontuações entre dez e 17 pontos indicam uma provável depressão. E a pontuações superiores a 18 pontos indicam depressão. Como esse ultimo teste é realizado especificamente com o cuidador, não foi necessária nenhuma modificação, o é instrumento foi utilizado na sua integralidade total (ALEXOPOULOS et al., 2002).

3.7 Análises dos dados

Os testes realizados foram essenciais para definir a amostra condizente com o estudo e foram relacionados com outros estudos que utilizaram as mesmas ferramentas. As informações obtidas sobre o uso de medicamentos foram confrontadas com a literatura pertinente, enquanto, a prática de polifarmácia,

medicamentos potencialmente inadequados para idosos, segundo os critérios de Beers (1991) revista por Fick e colaboradores (2003), e a classe terapêutica das medicações foi determinada pela classificação *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC), adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que organiza os medicamentos em diferentes grupos de acordo com o órgão ou sistema que atuam e suas propriedades químicas, terapêuticas e farmacológicas.. E em relação na verificação de interações medicamentosas foi utilizado publicações regulares de periódicos nacionais e internacionais, livros e a base de dados Micromedex®.

3.8 Considerações éticas

A pesquisa só foi realizada mediante aprovação do projeto (CEEA: 0345.0.045.000-10) pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (**Anexo I**). Todos os idosos convidados a participar foram esclarecidos quanto ao objetivo da entrevista e do acompanhamento farmacoterapêutico e quando aceitaram de forma verbal participar voluntariamente assinou a responsável pela associação o Termo Livre de Consentimento e Esclarecido (TLCE) (**Anexo II**).

4.Resultados e Discussão

4.1 Perfil socioeconômico dos idosos portadores de depressão residentes no abrigo Casa São José no município de Teresina, Piauí.

Partindo da análise dos resultados encontrados na pesquisa, obteve-se um total de 11 idosos, sendo 6 (54,5%) homens e 5 mulheres (45,5%) ,em concordância com estudo realizado Reis e colaboradores (2011) que por meio de um estudo realizado com gerontes depressivos de instituições asilares na Bahia, apresentou 65,22 % do sexo masculino e 34,78% do sexo feminino. Porém esses dados diferem da maioria dos estudos com idosos depressivos institucionalizados que tem por predominância o sexo feminino, como mostra o estudo de Valcarenghi e colaboradores (2011) no estudo tinham participação de 66,7% do sexo feminino e 33,3 % do sexo masculino.

Tabela 1. Dados clínicos e sociodemográficos dos usuários com depressão no abrigo Casa São José no município de Teresina, Piauí.

Variável	N	%
Idade (anos)		
60- 69 anos	3	27,3
70 -79 anos	4	36,4
80-89 anos	3	27,3
90-99 anos	1	9,0
Total	11	100
Sexo		
Masculino	6	54,5
Feminino	5	45,5
Total	11	100
Estado Civil		
Solteiro	3	27,6
Viúvo	4	36,4
Divorciado	4	36,4
Total	11	100
Escolaridade		
Analfabeto	4	36,4
Até 4 anos	2	18,2
4á 8 anos	3	27,2
8 ou mais	2	18,2
Total	11	100

Fonte: Abrigo Casa São José - Teresina, Piauí, 2012.

A média de idade dos idosos foi 75 anos (36,4%). Um estudo realizado por Carreira e colaboradores (2011) tinha dados semelhantes com media de idade de 79 anos. Quanto ao estado civil, 3 (27,6%) são solteiros, quatro (36,4 %) divorciados e 4 (36,4 %) viúvos. Quanto à escolaridade, 4 (36,4%) analfabetos, 2 (18,2%) tinham

ate quatro anos de estudo, 3(27,2%) tinham de quatro a oito anos de estudo e 2 (18,2 %) tinha mais de oito anos de estudo (Tabela 1).

4.2 Análise e avaliação dos prontuários dos idosos portadores de depressão residentes no abrigo Casa São José no município de Teresina, Piauí.

No abrigo, os responsáveis pela administração das medicações são os auxiliares de enfermagem. A instituição dispõe de 4 auxiliares, em que dois alternam-se em turnos na ala masculina e dois na ala feminina. As medicações são administradas conforme as informações constantes nos prontuários, semanalmente atualizados após consulta médica.

Partindo da análise dos prontuários dos gerontes acompanhados foi observado o elevado número de medicamentos consumidos diariamente por este grupo. Segundo Fanhani e colaboradores (2006) presença de doenças crônicas nessa faixa da população concorre para a necessidade, na maioria dos casos, da utilização de mais de um medicamento. Em geral, as doenças dos idosos (crônicas e múltiplas) perduram por vários anos e exigem desses indivíduos acompanhamento constante da saúde, especialmente no que se refere ao uso contínuo de medicamentos. A polifarmácia é uma prática diretamente proporcional à idade do paciente. A elevada prevalência entre os idosos também está associada ao número de diagnósticos médicos presentes. Assim, quanto maior o número de problemas médicos identificados, maior a lista de prescrições (COELHO FILHO; MARCOPITO; CASTELO, 2004).

De acordo com Galhardo e colaboradores (2010) o número de medicamentos em uso por idosos apresenta uma média de 5,8 por paciente, sendo que 38% dos idosos usavam mais de seis medicamentos por dia. Após análise dos dados dos prontuários médicos dos idosos acompanhados foi observado uma pequena influência do gênero, uma vez que o número de medicamentos consumidos por dia pelo sexo feminino foi (6,8) foi superior ao número de prescrições aos idosos do sexo masculino (6,6) (**Gráfico 1**).

A maior utilização de medicamentos pelas mulheres idosas em comparação aos homens é consistente com os resultados de outras investigações epidemiológicas. No estudo de Lucchetti e colaboradores (2010) foi relatado que o sexo feminino apresentou uma média de consumo de 3,04 e os homens de 2,41. As mulheres constituem o grupo social que mais utiliza medicamentos, tornando-as mais suscetíveis aos problemas relacionados a medicamentos.

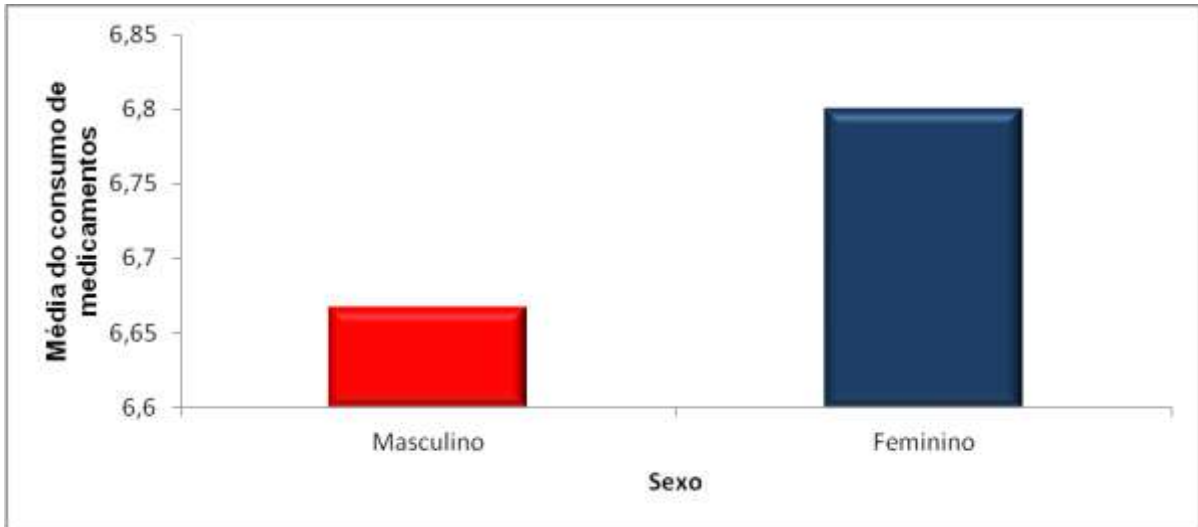


Gráfico 1: Distribuição do consumo de medicamentos pelos idosos com depressão em relação ao sexo no abrigo Casa São José no município de Teresina, Piauí.

Os principais grupos farmacológicos presentes nos prontuários dos idosos com depressão foram: Psicoativos (18%), Antihipertensivos (16%), Antidepressivos (12%), Polivitamínicos (10%), hipoglicemiantes (5%), medicamentos para o Alzheimer (5%) anticonvulsivante (4%), antiinflamatórios (4%) e outros (35%) (Gráfico 2).

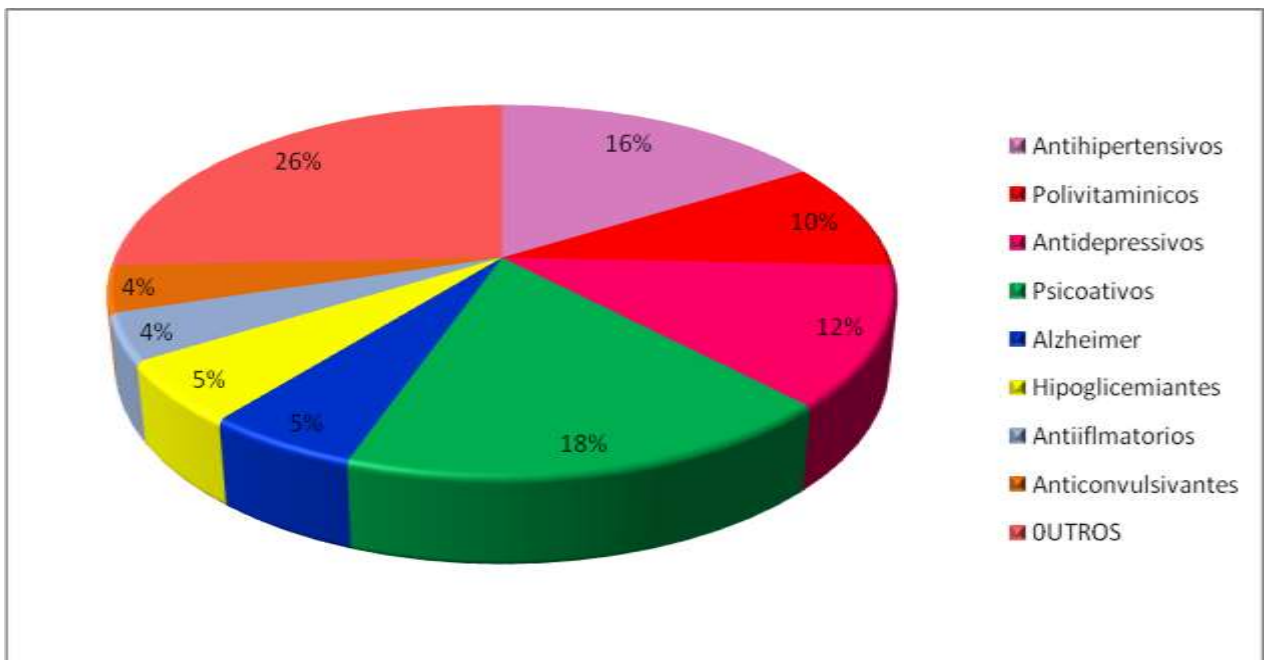


Gráfico 2: Relação dos principais grupos farmacológicos usados pelos os idosos com depressão no abrigo Casa São José acompanhados durante a prática da atenção farmacêutica.

A maioria dos medicamentos presentes no estudo atua no Sistema Nervoso Central este numero já era esperado já que o estudo tem como enfoque o acompanhamento de gerontes depressivos. Devido a este fato é necessário um cuidado redobrado, pois a presença de distúrbios psicoativos, por si só, podem aumentar o risco da polifarmacia. Segundo Neto e colaboradores (2012) o controle dos horários e medicações corretos são fatores primordiais, visto que no tratamento das alterações psiquiátricas são utilizadas, por muitas vezes, associação de substancias psicoativas, como foi no caso da referente pesquisa a maioria dos idosos faziam uso de mais de um medicamento psicoativo.

Medicamentos anti-hipertensivos foram o segundo grupo farmacológico mais presentes nos prontuários. Diversos estudos relatam o grande numero de dessa classe farmacológica presente na farmacoterapia dos idosos. O estudo realizado por Simões e Marques (2009) com 148 idosos as classes terapêuticas mais prescritas, em ordem decrescente de ocorrência, foram: antihipertensivos(bloqueadores de canal de cálcio, inibidores da enzima conversora de angiotensina, â-bloqueadores, entre outros), cardioterápicos (antiarrítmicos, antianginosos e cardiotônicos; sendo que os medicamentos pertencentes a essas classes farmacológicas perfazem um total de, 40,5% dos medicamentos prescritos.

Segundo Fleming e Goetten (2005), a associação de doença cardiovascular e depressão são bastante comuns no idoso. Algumas medicações antidepressivas prescritas para esse grupo específico de usuários podem afetar a pressão arterial e o coração. Conhecer os possíveis efeitos colaterais cardiovasculares dos antidepressivos é de fundamental importância no tratamento do idoso para se prevenir complicações que podem ser fatais. Os antidepressivos são capazes de produzir alterações na condução cardíaca, na contratilidade, na frequência, no ritmo e na pressão arterial ortostática.

As principais hipóteses diagnósticas dos idosos com depressão em relação ao sexo verificadas foram: no sexo feminino problemas cardíacos como arritmia cardíaca e hipertensão (80%), mal de Alzheimer (60%), diabetes (40%), acidente vascular cerebral (20%), mal de Parkinson (20%), e deficiência visual (20%) e no sexo masculino problemas cardíacos como arritmia cardíaca e hipertensão (66,6%),

mal de Alzheimer (16,7%), diabetes (33,3%), acidente vascular cerebral (33,3%), mal de Parkinson (16,7%), e asma (16,7%) (**Tabela 2**).

Um estudo com realizado com 42 idosos de um ILPI do estado de São Paulo mostrou que os moradores eram portadores de duas a sete doenças e/ou distúrbios cada um, apresentando média de 4,7, com maior frequência de hipertensão arterial sistêmica (76,2%), dislipidemia (64,3%), incontinência urinária (40,5%), depressão (40,5%), catarata e/ou glaucoma (38,1%), problemas cardíacos (31,0%), osteoporose (31,0%) e distúrbios gastrointestinais (31,0%). As doenças com menor prevalência na instituição são: câncer de próstata, transtorno de ansiedade, transtorno obsessivo compulsivo, paraparesia espástica tropical, dermatite seborreica e linfadenopatia cervical, cada uma apresentando 2,4% (LEHN et al ,2012). Em relação às doenças, as crônicas não transmissíveis foram as mais prevalentes, com ênfase na hipertensão arterial sistêmica, que é a doença que aparece com maior frequência nos estudos com o público idoso institucionalizado ou não-institucionalizado (LENARDT; MICHEL ;TALLMANN,2009).

Tabela 2: Hipótese diagnóstica dos idosos com depressão em relação ao sexo no abrigo Casa São José acompanhados durante a prática da atenção farmacêutica.

Hipótese diagnóstica	Sexo	
	Masculino (%)	Feminino
Mal de Alzheimer	1 (16,7%)	3(60%)
Mal de Parkinson	1(16,7%)	1(20%)
Diabetes mellitus	2(33,3%)	2(40%)
Problemas cardíacos (hipertensão e arritmias)	4(66,6%)	3(80%)
Acidente Vascular Cerebral (ACV)	2(33,3%)	1(20%)
Asma	1(16,7%)	-
Deficiência Visual/Glaucoma	-	1(20%)

Fonte: Abrigo Casa São José - Teresina, Piauí, 2012.

A tabela 3 é referente a todos os medicamentos presentes encontrados nos prontuários do gerontes acompanhados, com um total de 50 medicamentos. Nos prontuários tinham uma variação de 3 a 11 medicamentos prescritos para cada idoso. Essa quantidade assemelha-se à encontrada em instituições de internação geriátrica na medida em que, um estudo sobre medicamentos utilizado por idosos, foi verificado uma diversidade numérica de 1 a 13 medicamentos prescritos a um mesmo idoso (GIACOMIN; LIMA; CHAVES, 2012). Esses dados colaboram para o aumento da vigilância dos cuidadores para o aparecimento de possíveis reações adversas. O risco de reações medicamentosas aumenta de três a quatro vezes em pacientes submetidos à polifarmácia, podendo imitar síndromes geriátricas ou precipitar quadros de confusão, incontinências e quedas. É frequente o idoso apresentar mais de duas receitas médicas. Uma revisão sobre os óbitos mostrou que 18,2% das mortes foram diretamente associadas ao uso de mais de um medicamento (SECOLI, 2010).

Estudos recentes demonstram o quanto o papel do farmacêutico tem colaborado na redução da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos. Neste sentido, a inclusão do farmacêutico junto à equipe multidisciplinar, pode contribuir sobremaneira na prevenção e promoção da saúde, proporcionando a seleção adequada dos medicamentos, assegurando a adesão ao tratamento, bem como, a efetividade e a segurança da farmacoterapia (AGUIAR, 2008).

Tabela 3: Relação de todos os medicamentos usados pelos idosos com depressão do Abrigo Casa São Jose.

MEDICAMENTOS			
Captopril	Nimisulida	Cloridrato Amiodarona	<i>Extrato mole de Gentiana lutea e Extrato fluido Aloe ferox</i>
Metformina	Nimodipina	Memantina	Carbonato de cálcio
Furosemida	Maleato de levomepromazina.	Mirtazapina	Glibenclamida
Amitriplina	Maleato de timol	Besilato Anlodipino	Carbamazepina
Risperidona	Cloridrato de Tiamina	Fumarato de Quetiapina	Topiramato
Escitalopram	Acido acetilsalicílico	Cloridrato de Donepezila	Rivastigmina
Cloridrato de sertralina	Clonazepam	Cloridrato de tioridazina	Fenitoina
Complexo B :	Lorazepam	Cloridrato de ciclobenzaprina	Hidroclorotiazida
Sulfato ferroso	Calmon(<i>Passiflora incarnata</i> <i>L., Crataegus oxyacantha</i> <i>L., Salix alba L.</i>)	Acido Valproico	Pantoprazol Sodico
Supositório de glicemia	Levodopa + benserazida	Cumariana+Heparina sódica	Fluconazol
Maleato de Enalapril	Clusivol	Cloridrato de clorpromazina	Bromidrato de citalopram.
Optivo	Promestieno	Cloridrato de Fluoxetina	Carvedilol
Salmeterol	Levotiroxina sódica.		

Fonte: Abrigo Casa São José - Teresina, Piauí, 2012.

4.3 Classificação quanto ao Anatomical Therapeutical Chemical Classification System – ATC dos medicamentos usados pelos idosos com depressão residentes no abrigo Casa São José no município de Teresina, Piauí.

O sistema de classificação ATC e a DDD são unidades de medidas consideradas padrão ouro para a pesquisa de utilização de medicamentos. O sistema ATC e o DDD são ferramentas para a troca e comparação de dados locais, nacionais ou internacionais sobre o uso de medicamentos. O ATC é utilizado em estudos de utilização de medicamentos, é uma ferramenta que fornece recursos para análises estatísticas sobre a utilização destes fármacos em diversos ambientes, algumas formas de uso do código (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

A tabela seguinte representa a descrição dos fármacos mais utilizados pelos idosos, segundo a classificação anatômica (Nível 1) e a terapêutica (Nível 2) da *Anatomical Therapeutical Chemical Classification System – ATC*. Os grupos anatômicos mais consumidos são os que atuam e os que agem no sistema nervoso (36,7%), cardiovascular (26,5%) e no trato alimentar e metabolismo (20,4%), representado principalmente por vitaminas. Os medicamentos utilizados para tratamento da hipertensão foram os mais importantes dentro da classe do sistema cardiovascular. Já os fármacos mais consumidos pertencentes à classe do sistema nervoso central (SNC) foram os que possuem efeitos estimulantes (psicoanalépticos) e depressores (psicolépticos) (**Tabela 4**). O perfil de utilização de medicamentos dos participantes foi semelhante ao observado em outros estudos nacionais. No estudo de BUENO e colaboradores (2012) realizados com idosos assistidos por um programa de atenção ao idoso evidenciou como grupo de medicamentos mais relevantes no consumo de idosos os que atuam sobre os sistemas nervoso e cardiovascular, com percentagens de 29,1 e 27,3%, respectivamente. Nesse mesmo estudo também foi classificado no nível 2 da ATC, sendo os medicamentos mais utilizados no sistema nervoso N03 - Antiepiléticos e N05 – Psicolépticos. E no sistema cardiovascular os medicamentos C03 - Diuréticos e C09 - Agentes com ação no sistema renina-angiotensina.

Tabela 4: Distribuição dos fármacos mais utilizados pelos gerontes, segundo o *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* – ATC, níveis 1 e 2.

Grupo de medicamentos ATC1	Grupo de medicamentos ATC2	Código ATC	Número de medicamentos
Sistema Cardiovascular – C	Agentes betabloqueadores	C07	1
	Antiarrítmicos	C01	2
	Bloqueadores dos canais de cálcio	C08	4
	Diuréticos	C03	1
	Inibidores do sistema renina-angiotensina	C09	5
Sistema Nervoso – N	Antiepilépticos	N03	3
	Antiparkinsonicos	N04	3
	Psicolépticos	N05	5
	Psicoanalépticos	N06	7
Sistema Muscular esquelético – M	Produtos anti-inflamatórios e antireumáticos	M01	1
	Relaxante muscular	M03	1
Trato alimentar e metabolismo – A	Drogas para distúrbios relacionados a acidez	A02	1
	Medicamentos utilizados na diabetes	A10	2
	Preparações Estomalogicas	A01	2
	Suplementos minerais	A12	2
	Vitaminas	A11	3
Sistema Respiratório-R	Medicamentos para doenças da via respiratória Obstrutiva	R03	1
Órgão dos Sentidos-S	Oftalmológicos	S01	4
Dermatológicos-D	Antifúngicos para uso dermatológico	D01	1
Sangue e órgãos formadores de sangue – B	Agentes antitrombóticos	B01	2
Sistema Hormonal-H	Terapia Tireoide	H03	1
Sistema Genito Urinário-G	Hormônios Sexuais e moduladores sist.genito	G03	1

4.4 Perfil das interações medicamentosas idosos portadores de depressão residentes no abrigo Casa São José no município de Teresina, Piauí.

Em relação às interações medicamentosas foram identificadas 24 interações farmacológicas, sendo 13 interações fármaco-fármaco (**Tabela 5**) e 11 interações fármaco-alimento (**Tabela 6**). O uso de vários medicamentos pode provocar interações decorrentes da interferência de um fármaco sobre a ação de outro, ou de um alimento; ou de um nutriente sobre a sua ação (SEHN et al., 2003). O efeito de um medicamento é influenciado por muitos fatores, desde os que são relacionados à predisposição ao desenvolvimento de efeitos adversos, especialmente, ligados a: genética, idade, condições gerais de saúde, situação das funções renal e hepática, consumo de álcool, tabagismo, dieta (BRAGA, 2004). O idoso por ser mais vulnerável ao uso de muitos medicamentos, e sabendo das condições fisiológicas que eles têm, contribui para que ocorram as interações medicamentosas em maior proporção nesses pacientes, o que justifica maior preocupação com essa população (GIACOMIN; LIMA; CHAVES, 2012).

Quanto às classes terapêuticas mais envolvidas destacaram-se os cardioterápicos, diuréticos e anti-hipertensivos, sendo que os princípios ativos mais problemáticos foram: captopril, amiodarona e hidroclotiazida. O estudo realizado por MARIN e colaboradores (2008) salientou que os medicamentos utilizados para problemas do sistema cardiovascular foram os mais prevalentes, em especial, os hipotensores como o inibidor da ECA e bloqueador do canal de cálcio. Esses fármacos são considerados responsáveis pelas maiores frequências de interações e, conseqüentemente, de possíveis reações adversas a medicamento. Merecem destaque também os diuréticos tiazídicos, cuja indicação deve contar com criteriosa avaliação com a finalidade de evitá-los na presença de alguns sinais e sintomas bastante frequentes entre os idosos.

A amiodarona usada por muitos idosos que apresentam doenças cardiovasculares são implicadas em interações medicamentosas graves que podem causar respectivamente cardiotoxicidade e intoxicação digitálica (SECOLI, 2010).

Dentre as interações medicamentosas observadas é interessante discutir sobre o uso da glibenclamida com captopril e hidroclotiazida que podem incidir em hipoglicemia grave por meio da diminuição da resistência a insulina e por meio deste

mecanismo pode necessitar de redução da dose do hipoglicemiante oral (BRUNTON;LAZO;PARKER,2010).

O estudo de Amaral e Perassolo (2012) realizado com 70 usuários de um programa dos grupos HIPERDIA do município de Parobé/RS, teve a ocorrência de 13% a interação entre de hipoglicemiantes com IECA e advertiu que associações de hipoglicemiantes com IECA, os quais potencializam o efeito hipoglicemiante. A associação de hipoglicemiantes com diuréticos foi de 11%, o resultado desta interação medicamentosa é que o efeito hipoglicemiante pode ser diminuído pelos diuréticos tiazídicos e de alça. Esta interação medicamentosa pode ser responsável, em parte, pelo controle glicêmico inadequado apresentado por cerca da metade dos participantes do presente estudo.

Os elevados percentuais de interações medicamentosas presentes nas prescrições médicas para idosos sugerem a necessidade de um maior preparo médico,em relação à farmacologia, demonstrando que o mesmo seleciona mal os medicamentos a serem prescritos ou não avalia adequadamente as possibilidades de interações medicamentosas que podem resultar em potenciais efeitos adversos (Pereira; Baptista, 2004).

Tabela 5: Perfil das interações medicamentosas fármaco-fármaco* presentes nos prontuários dos idosos acompanhados.

Idoso	Fármaco 1	Fármaco 2	Mecanismo de interação	Consequência
1	Ciclobenzaprina	Amiodarona	Aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Aumentado de torsade de pointes
1	Nimodipina	Amiodarona	Inibição do CYP3A4	Aumento das concentrações plasmáticas de nimodipina
2	Captopril	Glibenclamida	Redução da resistência à insulina	Hipoglicemia grave
3	Risperidona	Clorpromazina	Aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Aumentado de torsade de pointes
6	Captopril	Glibenclamida	Redução da resistência à insulina	Hipoglicemia grave
6	Captopril	Hidroclorotiazida	Vasodilatação	Hipotensão Postural
6	Glibenclamida	Hidroclorotiazida	Redução da resistência à insulina	Hipoglicemia grave
7	Escitalopram	Heparina Sodica+Cumarina	Desconhecido	Aumento do risco de hemorragia
7	Fluconazol	Risperidona	Aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Aumentado de torsade de pointes e parada cardíaca.
8	Acido Acetilsalicílico	Captopril	Inibição da síntese das prostaglandinas	Diminuição do efeito do captopril
9	Acido Acetilsalicílico	Fluxetina	Desconhecido	Um aumento do risco de hemorragia
9	Acido Acetilsalicílico	ácido valpróico	Alteração na ligação e no metabolismo das proteínas	Aumento das concentrações plasmáticas do acido valpróico
11	Carvedilol	Metformina	Alteração no metabolismo da glicose	Hipoglicemia, hiperglicemia

Fonte: Micromedex®

Tabela 6: Perfil das interações medicamentosas fármaco-alimento* presentes nos prontuários dos idosos acompanhados.

Idoso	Fármaco 1	Alimento	Mecanismo de interação	Consequência
2	Captopril	Alimentos	Redução da biodisponibilidade	Redução do efeito anti-hipertensivo
2	Nimodipina	Alimentos	Redução da absorção	Redução da eficácia terapêutica
2	Aledronato de sódio	Alimentos (Lácteos)	Redução da absorção	Redução da eficácia terapêutica
5	Sertralina	Alimento (suco toranja)	Inibição do metabolismo da sertralina do citocromo P450	Aumento da concentração dos níveis séricos da sertralina.
5	Clonazepam	Alimentos (Cafeína)	efeito antagonista no SNC	Redução de efeitos sedativos e ansiolíticos de clonazepam.
6	Captopril	Alimentos	Redução da biodisponibilidade	Redução do efeito anti-hipertensivo
7	Nimodipina	Alimentos	Redução da absorção	Redução da eficácia terapêutica
7	Amiodarona	Alimento (suco toranja)	Inibição do metabolismo da amiodarona do citocromo P450	em aumento das concentrações séricas de amiodarona
9	Captopril	Alimentos	Redução da biodisponibilidade	Redução do efeito anti-hipertensivo
10	Clonazepam	Alimentos (Cafeína)	Efeito antagonista no SNC	Redução de efeitos sedativos e ansiolíticos de clonazepam.
10	Levodopa	Alimentos	Redução da absorção	Redução da eficácia terapêutica

Fonte: Micromedex®

O fenômeno de interação fármaco-nutriente pode surgir antes ou durante a absorção gastrointestinal, durante a distribuição e armazenamento nos tecidos, no processo de biotransformação ou mesmo durante a excreção. Assim, é de importância fundamental conhecer os fármacos cuja velocidade de absorção e/ou quantidade absorvida podem ser afetadas na presença de alimentos, bem como aqueles que não são afetados (MOURA; REYES, 2002).

Nas interações medicamento-alimento relacionadas na tabela acima, percebe-se que a maioria está associada na absorção e biodisponibilidade da droga que ao ser reduzido pode resultar uma dose absorvida abaixo da necessária para oferecer um efeito terapêutico esperado. Porém, se a interação resultar no aumento da biodisponibilidade pode ocorrer uma exacerbação do efeito da droga. Nesse contexto, as interações entre os medicamentos e os alimentos, devem ser consideradas.

Embora as interações medicamentosas sejam mais exploradas, os alimentos também podem modificar a ação dos medicamentos por alterar sua absorção, via alterações no esvaziamento e enchimento gástrico, adsorção do fármaco, mudanças do fluxo sanguíneo esplênico e da liberação de bile. Por isso, a importância de estudar as interações alimento-droga, uma vez que é possível aumentar a eficácia clínica do tratamento, tornando-o também mais seguro (FARHAT; IFTODA; SANTOS, 2007).

4.5 Análise dos medicamentos inapropriados para idosos presentes nos prontuários dos idosos portadores de depressão residentes no abrigo Casa São José no município de Teresina, Piauí.

Diante da preocupação com o uso inapropriados de medicamentos desenvolveram-se listas de substâncias que devem ser evitadas em idosos ou usadas apenas em condições excepcionais (COSTA et al., 2008). Um problema associado à farmacoterapia identificado foi à utilização de medicamentos inapropriados para gerontes segundo os critérios de Beers-Fick (2003). As medicações inadequadas utilizadas pelos idosos foram amiodarona, amitriptilina, lorazepam, clonazepam e ácido acetilsalicílico.

Tabela 7: Medicamentos inadequados presentes nos prontuários dos idosos acompanhados.

Medicamento utilizado	Razão da inadequação*	Frequência nos idosos
Amiodarona	Alterações do intervalo QT; arritmias graves, como <i>Torsades de pointes</i>	1
Amitriptilina	Altamente anticolinérgicos, Sedativo e pode causar Ortostática	1
Lorazepam e Clonazepam	Aumentar o risco do comprometimento cognitivo, delírio, quedas, fraturas.	6
Ácido acetilsalicílico	Aumenta o risco de sangramento Gastro Intestinal/ úlcera péptica doença de alto risco para esse grupo, principalmente aqueles com mais de 75 anos.	3
Total		11

* Fontes: BEERS et al., 1991; FICK et al., 2003; SOARES et al., 2008.

A lista Beers criteria, foi criada em 1991, e é utilizada extensivamente em países da América do Norte (Beers et al., 1991). Essa lista foi desenvolvida, e posteriormente modificada em 1997, com base em revisão de literatura, avaliando-se as bibliografias empregadas e os questionários, contando para isso com a participação de *experts* em cuidados geriátricos, farmacologia clínica e psicofarmacologia. Tais critérios foram revisados novamente em 2003, havendo a retirada e o acréscimo de novas medicações (Fick et al., 2003).

Entre os fármacos potencialmente contraindicados para os idosos, se enquadram benzodiazepínicos (BZD), hipoglicemiantes orais de meia-vida longa, barbitúricos de curta duração, antidepressivos com ação anticolinérgica potente, analgésicos, opióides, associações em doses fixas de antidepressivos e antipsicóticos, indometacina e relaxantes musculares (COSTA et al., 2008).

Dentre os medicamentos inapropriados para idosos, destaca-se, em no presente estudo, o uso de amitriptilina, lorazepam e clonazepam classificado conforme ATC psicoanalépticos, psicolépticos e antiepilépticos respectivamente que atuam no sistema nervoso. Segundo os critérios de Fick e colaboradores (2003) benzodiazepínico de longa duração considerado inapropriado por ter longa meia-vida em idosos, produzindo sedação prolongada e aumento do risco de quedas e fraturas.

No Brasil, não existe uma lista como a mencionada. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), órgão federal encarregado da regulação do uso de medicamentos no Brasil, emite periodicamente alertas sobre medicações em circulação, mas nada tão específico à população idosa.

4.6 Análise dos resultados dos instrumentos de avaliação aplicados nos idosos com depressão residentes no abrigo casa São José no município de Teresina, Piauí.

Durante o acompanhamento dos gerontes depressivos do abrigo casa São Jose foi notado à necessidade de aplicação de instrumentos que avaliassem o nível depressão, solidão e estado cognitivo. Um bom estado de lucidez dos idosos era imprescindível para a realização aplicação desses instrumentos. Porem dos onze idosos acompanhados apenas sete estavam adeptos aplicação desses, pois quatro idosos possuíam mal de Alzheimer o que os tornavam inaptos aplicação dos testes. Para esses idosos foi utilizada a escala de Cornell de Depressão na Demência, tal questionário era realizado com os cuidadores dos idosos depressivos com demência.

A Escala de Depressão em Geriatria (EDG) vem sendo amplamente utilizada em diversos países, com índices de confiabilidade e validade considerados adequados. Durante os últimos anos a versão original da GDS com 30 itens vem cedendo espaço para as versões reduzidas com 15 itens (FERRARI; DALACORTE, 2007). No presente estudo 85,8% dos idosos tinham depressão leve a moderada e apenas 14,2% depressão severa (**Tabela 8**). Esses achados condiz com dados relatados no estudo de VAZ (2009) realizado com idosos de uma instituição de longa permanência em Bragança,na amostra inquirida obteve uma taxa de prevalência de depressão em 46,7%,sendo 33,3 apresentaram depressão leve a moderada e 13,4% depressão grave.

Tabela 8 - Grau de depressão conforme Escala de Depressão Geriátrica dos idosos com depressão no abrigo Casa São José.

EDG	N(%)
Sem depressão	0
Depressão leve a moderada	6(85,8)
Depressão severa	1(14,2)
Total	7

Fonte: Abrigo Casa São José - Teresina, Piauí, 2012

A escolha da Escala de Depressão Geriátrica para avaliação do grupo de estudo foi baseada no fato de ser instrumento de fácil aplicação composta por perguntas direcionadas para os sintomas depressivos comuns nos idosos e não para as queixas físicas associadas à depressão.

O idoso institucionalizado apresenta uma maior carência de afeto, com poucos amigos e parentes, possuem inúmeras perdas físicas, sociais e emocionais. Esses, entre outros, são fatores determinantes para o surgimento de depressão nos idosos institucionalizados, já que frequentemente se observa que o idoso deprimido passa por uma importante piora de seu estado geral e por um decréscimo significativo de sua qualidade de vida (JUNIOR et al., 2011).

O nível de solidão foi obtido a partir da Escala de Solidão da UCLA que mede especificamente o nível de solidão auto-percebido. As pontuações possíveis variam entre 18 e 72, correspondendo os valores mais elevados a um maior nível de solidão. Na figura que se segue (**Gráfico 3**) apresentamos os resultados obtidos através da Escala de Solidão da UCLA juntos dos idosos da instituição. Desta forma, podemos verificar que 5 (71,6%) idosos obtiveram resultados entre os 41 e 50 pontos, 1 (14,2 %) idoso obteve 31-40 pontos e um (14,2 %) idoso entre 18–30 pontos. Analisando esses dados foi concluído que os pacientes com pontuação entre 18 a 30 nível baixo, os pacientes 31-40 leve e os pacientes 41-50 moderado.

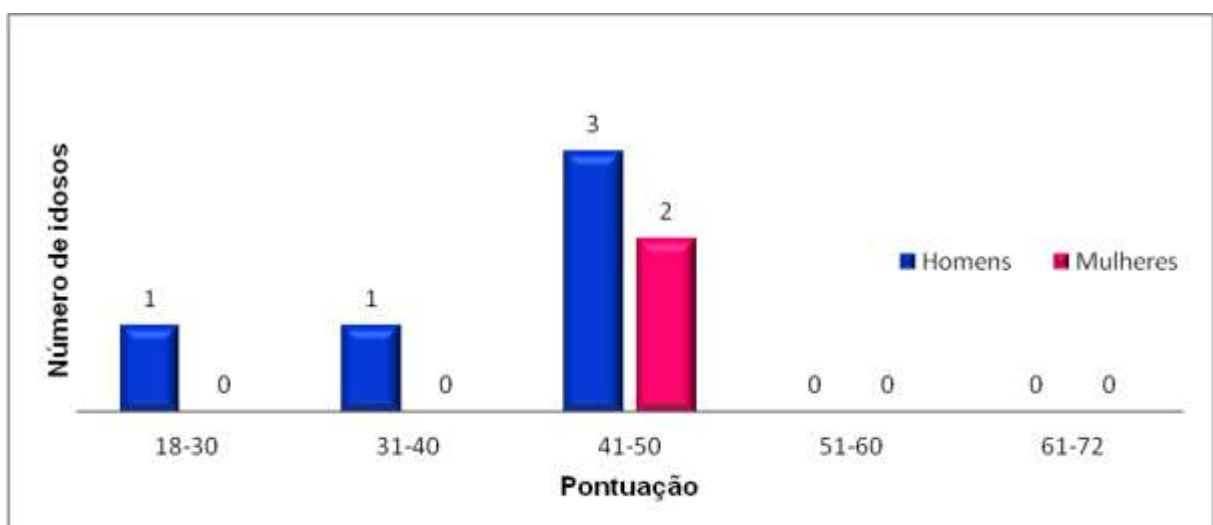


Gráfico 3: Resultados obtidos através da Escala de Solidão da UCLA dos idosos com depressão no abrigo Casa São José.

Segundo (Neto, 2000) a escala de UCLA é encarada enquanto estado psicológico e apreendida de modo unidimensional. Os autores pretendiam com esta escala criar um instrumento psicometricamente adequado, de fácil administração que pudesse servir de estímulo à investigação empírica sobre a solidão.

O **Gráfico 4** faz a correlação entre o estado civil e os níveis de solidão apresentados pelos idosos no estudo. A maior pontuação foi registrado nos idosos que eram divorciados que estava em numero de 4 pessoas cuja o nível de solidão é considerado moderado, nessa mesma classificação também enquadrava-se um idoso viúvo e solteiro. E um idoso solteiro obteve pontuação entre 18-31 pontos considerada solidão leve. O idosos divorciados eram justamente os usuários que mais se queixavam a falta da família, falta da visita dos filhos e os que mais se preocupavam com o passado.

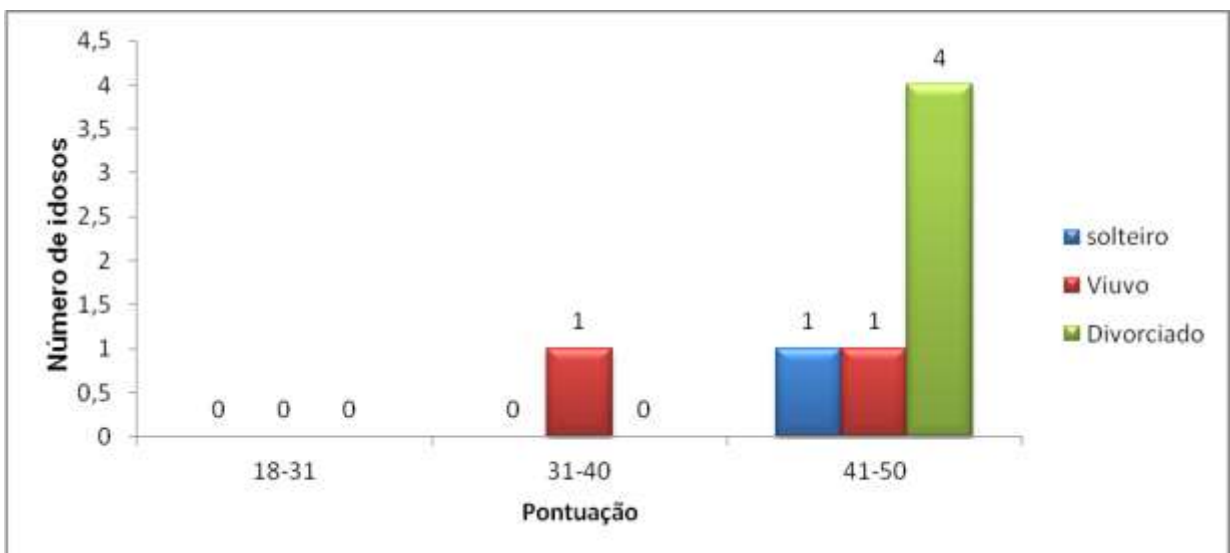


Gráfico 4: Comparação dos resultados obtidos através da Escala de Solidão da UCLA com o estado civil dos idosos com depressão no abrigo Casa São José.

Na tabela que se segue (**Tabela 9**), correlacionou as maiores pontuações na Escala Geriátrica de Depressão com os níveis de solidão obtidos na Escala de Solidão da UCLA nos mesmos idosos. Nesta tabela verificou que os níveis de solidão são na sua maioria elevados o que possibilita averiguar que a solidão é eminente em casos de depressão. Desta maneira, pode-se leva a associação e interligação entre a solidão e a depressão.

Tabela 9: Comparação entre as pontuações da Escala Geriátrica de Depressão com os níveis de solidão obtidos na Escala de Solidão da UCLA dos idosos com depressão no abrigo Casa São José.

Depressão	Solidão
12	32
13	48
14	44
16	42
19	42
15	45
11	26

O MEEM é utilizado como um rastreamento do estado cognitivo, auxiliando no diagnóstico de demência e avalia cinco áreas da cognição: orientação, registro, atenção e cálculo, recuperação e linguagem. O escore do MEEM pode variar de um mínimo de zero até um total máximo de 30 pontos. Quanto menor a pontuação maior é o dano na função cognitiva (ALMEIDA, 2010). No estudo realizado com idosos com depressão do abrigo casa São Jose esse instrumento teve adaptações para realidade dos gerontes como já dito anteriormente. Com resultados da tabela a baixo a media de pontos dos idosos foi 7,71 indicando um grande comprometimento cognitivo.

Tabela 10: Perfil do desempenho dos idosos com depressão no Miniexame do estado mental (MEEM), em abrigo Casa São José, Teresina – PI.

IDOSOS/ASPECTOS	1	2	3	4	5	6	7	Valor máximo
Orientação espacial e temporal	4	6	1	1	0	1	3	7
Memória imediata	2	3	0	0	0	2	3	3
Evocação de palavras	3	3	0	0	0	3	0	3
Nomeação	0	2	1	2	2	2	2	2
Repetição	1	1	1	0	1	1	3	1
TOTAL	10	15	3	3	3	9	11	16

O sistema nervoso central é atingido pelo envelhecimento, tanto por fatores intrínsecos (genéticos), quanto por extrínsecos. A alteração cognitiva encontrada neste estudo foi elevada, 39,3% dos idosos com comprometimento cognitivo. O fator neuropsicológico envolvido no envelhecimento, seja ele patológico ou não, deixa consequências aos processos cognitivos, como aprendizagem e, principalmente, memória. Partindo-se desse pressuposto, atividades que mantenham os idosos ativos mentalmente e fisicamente, proporcionam maior autonomia e qualidade de vida. (MELLO; HADDAD; DELLAROZA, 2012).

Escala Cornell para a Depressão na Demência foi especificamente desenvolvida para avaliar sinais e sintomas de uma possível depressão em indivíduos com demência (ALEXOPOULOS, 1988; BURNS et al., 2002). Conforme a tabela abaixo 3(75%) usuários foram diagnosticado com depressão Le a moderada e 1(25%) usuário apresentou depressão severa.Os cuidadores que responderam ao questionário consideraram que os idosos demonstraram alguns sinais e sintomas indicadores de alteração do estado de humor, destacando a ansiedade, a falta de reatividade a acontecimentos agradáveis, a irritabilidade, a agitação, os despertares múltiplos e o pessimismo (todos estes itens foram cotados com dois pontos).Todos esse fatores contribuíram para o resultados relatados.

Tabela 11 - Grau de depressão conforme Escala de Cornell de Depressão na Demência (CSDD) dos idosos no abrigo Casa São José.

CSDD	N
Sem depressão	0
Depressão leve a moderada	1
Depressão severa	3
Total	4

4.7 Acompanhamento farmacoterapêutico dos idosos residentes no abrigo Casa São José no município de Teresina-Pi.

No dia 20 de janeiro do decorrente ano ocorreu a primeira visita ao abrigo São José, onde foi realizado um levantamento de todos os pacientes diagnosticados com depressão, partir desse foi verificado que onze pacientes sofriam dessa condição clinica, sendo um total de seis homens e cinco mulheres. Nessa mesma data foram coletados todos os dados da ala masculina e feminina, tais dados foram retirados do prontuário de cada paciente. Pela análise dos prontuários de maneira aleatória foi escolhido dois pacientes para realização do acompanhamento farmacoterapeutico. Porem logo na primeira entrevista foi atentado a grande dificuldade dos idosos em responder a ficha de acompanhamento, uma vez que a metodologia desta necessitava de um dialogo direto com paciente e estes além de não conhecerem as medicações utilizadas na maioria das vezes que não apresentavam estado de lucidez.

Partindo dessa problemática o método foi adequado para a realidade do abrigo, em que as informações necessárias para continuação do estudo foram coletadas de modo indireto, por meio dos prontuários e pelas informações concedias pelas enfermeiras e técnicas de enfermagem. Pelas informações obtidas foram selecionados dois idosos para a descrição de casos, descrevendo, possíveis PRMs e RNMs detectados, a proposta de possíveis intervenção e resolução dos casos.

Usuário A:

D.R.S., sexo masculino, 71 anos, divorciado, analfabeto, pressão Arterial 130 mmHg/70mmHg, glicemia capilar 117 mg/dl (pós-prandial), apresentava sequelas de dois acidente vascular cerebral (AVC) . Os problemas de saúde tratados pelo usuário são a depressão e o acidente vascular cerebral e Hipertensão arterial. Foi relatado pela técnica de enfermagem que o usuário sentia muita falta dos filhos, sozinho e que estava apresentando quadros de insônia, agitação e irritabilidade.

Na época do aparecimento das reações adversas ao medicamento o usuário fazia uso das seguintes medicações Sertralina 50 mg, Complexo B, Enalapril 5 mg ,Diazepam 5 mg, Supositório de glicerina. Tomada conhecimento das referidas informações teve como intervenção foi realizado um estudo e foi verificado como possível acusador das reações o Diazepam e esta informação foi notificado no

Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a reação adversa ao medicamento foi classificada segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde, esta reação ficou classificada como grave enquanto a gravidade levando a possível incapacidade do medicamento e enquanto a casualidade como possível. E a informação do estudo foi repassada a técnica de enfermagem que relatou o estudo para o médico. O médico teve como conduta a retirada do diazepam e modificação no receituário do usuário.

Usuário B:

M.V.C., sexo feminino, de 75 anos, viúva, analfabeta, pressão arterial 110 mmHg/70 mmHg, glicemia capilar 296 mg/dl (pós-prandial). Os problemas de saúde tratados pelo usuário são Depressão, Diabetes Mellitus tipo II, mal de Alzheimer e mal de Parkinson. A paciente fazia uso das seguintes medicações, Glibenclamida 3mg, Complexo B, Risperidona 1mg, Clorpromazina 4% e Rivastigmina 6mg. Pelo o valor da glicemia capilar mesmo sendo pós-prandial e a usuária mesmos sendo diabética foi notado que o valor estava muito acima do valor normal, por meio dessa constatação foi averiguado as possíveis causas do não controle da glicemia capilar. Um das possíveis causas do elevado valor da glicemia capilar estava na maneira que o medicamento hipoglicemiante era administrado, a paciente recusava à administração do medicamento e a solução encontrada pelas técnicas de enfermagem era a maceração do comprimido e o misturava na comida do usuário.

Outro motivo detectado para o alto valor da glicemia era a presença dois medicamentos utilizados, risperidona e clorpromazina, pois esses possuem em suas composições açúcar e caramelo, respectivamente. Levantado a suspeita de que esses medicamentos estivessem relacionados ao alto valor da glicemia na paciente. Vale acrescentar que as bulas de ambos os medicamentos possuem alertas quanto ao uso por portadores de diabetes. Então os PRMs encontrados são três: (I) administração errada do medicamento, (II) desconhecimento da medicação utilizada e (III) efetividade do medicamento. Como intervenções foi feito um boletim informativo (**Apêndice II**) para médico com os medicamentos suspeitos pelo alto valor da glicemia, e foi orientado a técnica de enfermagem a não maceração dos comprimidos e não misturar os comprimidos na comida. Após um mês foi trocada a medicação do usuário e o valor glicêmico de 296 mg/dl (pós-prandial) diminuiu para 172 mg/dl (pós-prandial).

4.8 Estudo do material informativo elaborado para os cuidadores e profissionais de saúde do abrigo casa São José no município de Teresina-Pi.

A fim de orientar e facilitar a assistência prestada pelos cuidadores e profissionais de saúde que cuidam dos gerontes do abrigo, foram elaborados boletins informativos sobre cuidados enquanto a farmacoterapia, sobre a doença, uso correto dos medicamentos, cartões de acompanhamento farmacoterapêutico e tabelas com horários da administração dos medicamentos.

No primeiro boletim tem como foco evidenciar a importância de conhecimentos básicos da doença de enfoque do trabalho a depressão, neste boletim foram ministradas informações básicas sobre o que é a depressão, citando sua causa, elencaram-se os principais sintomas e forma tratamento da doença (**Ilustração 1**).


No segundo, terceiro e quarto boletim informativo tratam sobre tratamento farmacológico de usuários do abrigo, pois devido ao grande número de medicamentos utilizados pelos gerontes foi atendida a necessidade da elaboração desses materiais para a melhor compreensão e orientação das técnicas enfermagem e cuidadores com informações básicas sobre os medicamentos utilizados e melhor forma de administração e dicas sobre exercício físico e alimentação (**Ilustração 2, 3 e 4**).

A elaboração do quinto boletim informativo foi direcionado para médico que presta assistência no abrigo, esse boletim trata do caso do usuário B que estava apresentando problemas relacionados à medicação que deveriam ser imediatamente solucionados. Esse material tinha como enfoque primordial alerta ao médico que dois medicamentos (risperidona e clorpromazina) presentes na farmacoterapia do usuário poderiam estar relacionados ao não controle da glicemia capilar do usuário, pois esses possuem açúcar e caramelo em sua composição e na bula de ambos alerta enquanto ao uso em pacientes diabéticos. (**Apêndice II**).

O sexto boletim informativo tem como tema o “uso correto dos medicamentos” este foi tem por objetivo orientar os cuidadores e técnicos de enfermagem ao modo certo de administração dos medicamentos dos gerontes, os orientando a sempre ficarem atentos com horário da medicação, recomendando que as medicações dever ser tomadas com água, que os medicamentos não podem ser partidos ou

macerados, alertando-os que os idosos fazem uso de diversas medicações e sempre observarem possíveis reações (**Ilustração 5**).

Foram confeccionados um cartão de acompanhamento farmacoterapêutico e uma tabela com os horários dos medicamentos. O cartão de acompanhamento é uma ferramenta muito útil para atenção básica, pois nele profissional de saúde insere os últimos dados da verificação da pressão arterial, glicemia, peso, circunferência da cintura, índice de massa corpórea (IMC) e medição da altura do usuário. A tabela com horários da medicação é outra ferramenta não menos importante, pois nesta o profissional de saúde (preferencialmente o médico ou farmacêutico) anota os horários das medicações utilizadas pelo o usuário, para que este (**Ilustração 6 e 7**).



Universidade Federal do Piauí
Centro de Ciências da Saúde / Curso de Farmácia
“Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes”
 - IDOSOS (Casa São José) -

ATENFAR

Responsável: Tamyres de Andrade Macedo / Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas

Conhecendo sua doença!



O que é DEPRESSÃO?

É uma doença que se caracteriza por afetar o estado de humor da pessoa, deixando-a com um predomínio anormal de tristeza. Todas as pessoas, homens e mulheres, de qualquer faixa etária. Em crianças e idosos a doença tem características particulares, sendo a sua ocorrência em ambos os grupos também freqüente.



O que causa?

As causas de depressão são múltiplas, de maneira que somadas podem iniciar a doença. Deve-se a questões constitucionais da pessoa, com fatores genéticos e neuroquímicos somados a fatores ambientais, sociais e psicológicos, como: Estresse, estilo de vida, crises, separações conjugais, morte familiares e etc.



Principais sintomas?

- Perda de energia ou interesse.
- Alterações do apetite e do sono.
- Sentimento de perda ou fracasso.
- Dificuldade de concentração.



Tratamento da DEPRESSÃO?

Realizado com o uso de antidepressivos, psicoterapia ou com a associação dos dois. É fundamental o apoio e a participação de familiares e amigos no sucesso do tratamento.



- Sempre TOME sua medicação no horário certo;
- Pratique atividades físicas;
- Consuma alimentos saudáveis!;



O TRATAMENTO PODE SER LONGO, NÃO DEIXE DE TOMAR SUA MEDICAÇÃO SEM ORIENTAÇÃO MÉDICA.

Seguindo todas essas orientações sua saúde e qualidade de vida estarão BEM.

Referência

Abuchaim, C.M.; Galvão, A.L. Depressão. ABC da Saúde Informações Médicas Ltda. São Paulo, jan 2010. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?650>
 Souza, F.G.M. Tratamento da depressão. Rev. Bras. Psiquiatria. vol.21 s.15 São Paulo May 1999.

Ilustração 1: Boletim informativo elaborado para profissionais de saúde e cuidadores do ILPI (Associação Divina Providência Casa São José).



Universidade Federal do Piauí
Centro de Ciências da Saúde / Curso de Farmácia



“Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes”

- IDOSOS (Casa São José) -

Responsável: Tamyres de Andrade Macedo / Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas



Seguimento Farmacoterapeutico

➔ Orientação quanto ao tratamento farmacológico

Amlodipina 5 mg

- Indicado no tratamento da hipertensão e daisquemia miocárdica.



Citalopram 20 mg

- Indicado para o tratamento de depressão e prevenção de recaída ou recorrência; de transtornos do pânico com ou sem agorafobia e em transtorno obsessivo compulsivo.



➔ Como você deve tomar suas medicações

- Com bastante água, cerca de 250ml (copo americano) e de estômago cheio, 1 hora antes ou 2 horas depois das refeições.
- Não tome com leite, chás ou outro tipo de bebida!
- Tome sempre de acordo com a prescrição do médico!!



Fique atento as dicas:

Mantenha o peso adequado.



Diminua ou abandone o consumo de bebidas alcoólicas.



Não fume.



Pratique atividades físicas. Evite ficar parado.



Diminua o sal da comida e leia o rótulo dos alimentos, evitando os com maior teor de sódio.



NO STRESS
Evite o estresse.



Tome a medicação conforme orientação médica.

BRUNTON, L. L.; LAZO, J. S.; PARKER, K. L. Goodman & Gilman: As bases farmacológicas da terapêutica. 11ª. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2006.
KATZUNG, B. G. Farmacologia Básica e Clínica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005

Ilustração 2 : Boletim informativo elaborado para profissionais de saúde e cuidadores do ILPI (Associação Divina Providência Casa São José).



Universidade Federal do Piauí
Centro de Ciências da Saúde / Curso de Farmácia
"Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes"
- IDOSOS (Casa São José) -



Responsável: Tamyres de Andrade Macedo / Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas

Acompanhamento Farmacoterapêutico

Diferentes tipos de medicações fazem parte do seu acompanhamento farmacoterapêutico. São eles, Antidepressivos, Neurolépticos, Antidiabéticos e Alzheimer.



Quais são os medicamentos do seu tratamento?



Rivastigmina (Exelon)

Tratamento de pacientes com demência leve a moderadamente grave do tipo Alzheimer.

Cloridrato de clorpromazina (Ampicitil)

É indicado nos casos em que haja necessidade de uma ação neuroléptica, vagolítica, simpatomolítica, sedativa ou antiemética.

Complexo B

Nos estados de hipovitaminoses do complexo B.

Cloridrato de tioridazina (Melleril)

Sintomas variados de distúrbios mentais psicóticos e não-psicóticos graves, estes caracterizados por agitação, depressão com agitação e distúrbios do sono.

Glibenclamida

Tratamento oral da diabetes mellitus tipo II.

Cloridrato Memantina (memantina)

Indicado na doença de Alzheimer moderadamente a grave.



Como você deve tomar esse medicamento!

- Com bastante água, cerca de 250ml (copo americano) e de estômago cheio, 1 hora antes ou 2 horas depois das refeições.
- Não tome com leite, chás ou outro tipo de bebida!
- Tome sempre de acordo com a prescrição do médico!!

Preste atenção

Fique Atento!



- Consumir alimentos saudáveis (rico em fibras);
- Evitar o consumo de bebidas alcoólicas;
- Não fumar e fazer atividades físicas;

O TRATAMENTO PODE SER LONGO, NÃO DEIXE DE TOMAR O MEDICAMENTO, SEM A ORIENTAÇÃO DO SEU MÉDICO!

Dados do Paciente:

Nome: M.V.C.

Data de nascimento: 03/02/1937

Idade: 75

Sexo: Feminino

BRUNTON, L. L.; LADD, J. S.; PARKER, K. L. Goodman & Gilman: As bases farmacológicas da terapêutica. 11ª. ed. Rio de Janeiro.

KATZUNG, B.G. Farmacologia: Básica e Clínica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

Ilustração 3 : Boletim informativo elaborado para profissionais de saúde e cuidadores do ILPI (Associação Divina Providência Casa São José).



Universidade Federal do Piauí
Centro de Ciências da Saúde / Curso de Farmácia
“Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes”
 - IDOSOS (Casa São José) -



Responsável: Tamyres de Andrade Macedo / Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas

SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO!

Uma diversidade de medicamentos fazem parte do seguimento farmacoterapêutico. São eles, antidepressivos, anti-hipertensivos, benzodiazepínicos, polivitamínicos.




Quais são os medicamentos do seu tratamento?

SERTRALINA

É indicado no tratamento de sintomas de depressão, incluindo depressão acompanhada por sintomas de ansiedade, em pacientes com ou sem história de mania.

DIAZEPAM

É indicado no alívio sintomático da ansiedade, agitação e tensão, causadas por estados psiconeuróticos e distúrbios passageiros por stress.

ENALAPRIL

É indicado para o tratamento de todos os graus de hipertensão essencial, tratamento da hipertensão renovascular e todos os graus de insuficiência cardíaca.

COMPLEXO B

É indicado nos casos de hipovitaminose de vitaminas do complexo B.



Como você deve tomar seus medicamentos?

- Com bastante água, cerca de 250ml (copo americano) e de estômago cheio, 1 hora antes ou 2 horas depois das refeições.
- Não tome com leite, chás ou outro tipo de bebida!
- Tome sempre de acordo com a prescrição do médico!!



Atenção

- Consumir alimentos saudáveis
- Evitar o consumo de bebidas alcoólicas, não fumar e fazer atividades físicas.



O TRATAMENTO PODE SER LONGO, NÃO DEIXE DE TOMAR SUA MEDICAÇÃO SEM ORIENTAÇÃO MÉDICA.

Referência
 BRUNTON, L. L.; LAZO, J. S.; PARKER, K. L. Goodman & Gilman: As bases farmacológicas da terapêutica, 11ª ed. Rio de Janeiro.
 KATZUNG, B. G. Farmacologia Básica e Clínica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

Ilustração 4 : Boletim informativo elaborado para profissionais de saúde e cuidadores do ILPI (Associação Divina Providência Casa São José).



Universidade Federal do Piauí
Centro de Ciências da Saúde / Curso de Farmácia

“Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes”

- IDOSOS (Casa São José) -

Responsável: Tamyres de Andrade Macedo / Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas



Uso Correto dos Medicamentos

Sempre tome seu medicamento com água (um copo de 250 mL). Nunca tome com chás, suco ou leite.



Sempre tome seu medicamento na dose e no horário indicado pelo médico. Nunca deixe de tomá-lo.



O medicamento nunca deve ser partido ao meio ou macerado!



MEDICAMENTOS



Cuidado alguns medicamentos interagem com alimentos.



Fique Ligado



Da mesma forma que o medicamento cura uma doença, ele também pode piorar seu estado de saúde. Só depende da forma como é usado!



Os idosos geralmente têm múltiplas doenças, tomam mais de um medicamento, aumentando assim o risco de interações medicamentosas e efeitos indesejados.



Se tiver dúvidas sobre seu tratamento, procure o **MÉDICO** ou o **FARMACÊUTICO**



BRUNTON, L. L.; LAZO, J. S.; PARKER, K. L. Goodman & Gilman: As bases farmacológicas da terapêutica. 11ª. ed. Rio de Janeiro.

Ilustração 5 : Boletim informativo elaborado para profissionais de saúde e cuidadores do ILPI (Associação Divina Providência Casa São José).



"A maior riqueza é a saúde"

Mantenha hábitos de vida saudáveis.
Tenha uma alimentação balanceada e pratique exercícios.

Com esse cartão em mãos você poderá acompanhar sua saúde.

Leve sempre que tiver consulta com seu **FARMACÊUTICO.**

Apresente-o sempre ao médico durante a consulta.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
"ATENÇÃO FARMACÊUTICA A GRUPOS ESPECÍFICOS DE USUÁRIOS"
RESPONSÁVEIS:
Kássia Karoline Leal Barros Gomes¹, Alexandre Xavier de Lira da Silva¹, Lúcia Queiroz de Souza¹, Maria Deusa de Sousa Neta², Tanyres de Andrade Macelo¹ e Rivelison Mendes de Freitas²

¹Discentes do Curso de Graduação em Farmácia da UFPL
²Docente do Curso de Graduação em Farmácia da UFPL







UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE FARMÁCIA



Controlando sua saúde



USUÁRIO: _____

ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO
Cartão de Monitoramento

DATA	Pressão Arterial	Glicemia	Peso	IMC

PROFISSIONAL: _____



CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA	MEDICAÇÃO

Ilustração 6: Cartão de Acompanhamento Farmacoterapêutico elaborado para profissionais de saúde e cuidadores do ILPI (Associação Divina Providência Casa São José) para o registro dos dados dos idosos.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ CURSO DE FARMÁCIA
 "Atenção farmacêutica a grupos específicos de pacientes-Idosos"
 -Abrigo São José-



Responsável: Tamyres de Andrade Macedo/ Orientador: Rivelilton Mendes de Freitas

Usuário(a): _____
 Médico: _____

PERÍODO	HORÁRIO	MEDICAMENTOS	Quantidade	TOMAR COM		
				Água	Suco	Lado
MANHÃ 						
TARDE 						
NOITE 						

RESPONSÁVEL: _____
 OBSERVAÇÕES: _____

IMPORTANTE: Se você se sentir mal ao tomar esses medicamentos, avise ao MÉDICO ou FARMACÊUTICO!

Ilustrações: Diarlle Carvalho acadêmico do 9º período do Curso de Graduação em Farmácia da Universidade Federal do Piauí.

Ilustração 7: Tabela dos horários da medicação elaborado para profissionais de saúde e cuidadores do ILPI (Associação Divina Providência Casa São José) para o registro dos dados dos idosos.

5.0 CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho revelaram o quando é necessário o acompanhamento da farmacoterapia de idosos, pois este grupo esta mais susceptível a possíveis eventos adversos como doses de fármacos subterapêuticas ou tóxicas, a interações farmacológicas que levem hipotensão, hipoglicemia, sedação prolongada e dentre outras. E a presença do profissional farmacêutico é de suma importância na atenção à saúde do idoso, pois é o profissional de saúde mais competente em identificar interações medicamentosas e reações adversas que influenciam e comprometem a adesão e a continuidade do tratamento por parte dos idosos.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, F.A.; ROZENFEL, S.; RIBEIRO, A.Q.; KLEIN, C.H.; MOURA, C.S.; ANDRADE, C.R. Utilização de medicamentos por aposentados brasileiros. 1 – Metodologia e resultados de cobertura de inquérito multicêntrico. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, p. 87-96, 2009.

AGUIAR, P.M.; LYRA JUNIOR, D.P.; SILVA, D.T.; MARQUES, T.C. Avaliação da farmacoterapia de idosos residentes em instituições asilares no nordeste do Brasil. **Latin American Journal of Pharmacy**, v. 27, n. 3, p. 454-459, 2008.

ALEXOPOULOS, G.S.; BUCKWALTER, K.; OLIN J.; MARTINEZ, R.; WAINSCOTT, C.; KRISHNAN, K.R. Comorbidity of late life depression: an opportunity for research on mechanisms and treatment. **Biological Psychiatry**, v. 52. p. 543-558, 2002.

ALMEIDA, A.L.M. Considerações sobre a avaliação da qualidade de vida em grupo de pacientes com Acidente Vascular Cerebral. **Revista Neurociências**, v. 18, n. 2, p. 147-149, 2010.

ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 57.p. 421-426,1999.

AMARAL, D.M. D; PERASSOLO, M.S. Possíveis interações medicamentosas entre os anti-hipertensivos e antidiabéticos em participantes do Grupo HIPERDIA de Parobé, RS (Uma análise teórica). **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica Aplicada**, v. 33, n.1, p.99-105, 2012.

ANDRADE, M.A.; SILVA, M.V.S.; FREITAS, O. Assistência Farmacêutica como Estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em Idosos. **Semina Ciências Biológicas e da saúde**, v. 25, n. 1, p. 55-63, 2004.

ANGONESI, D.; RENNÓ, M.U.P. Dispensação Farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p.3883-3891, 2011.

ANTES, D.L.; Rossato, L.C.; Souza, A.G.; Benedetti, T.R.B.; Borges, G.F.; Mazo.G.Z. Índice de aptidão funcional geral e sintomas depressivos em idosos. **Revista Brasileira Cineantropometria e Desempenho humano**, v. 14, n. 1, p.125-133, 2012.

ÁVILA, R.; BOTTINO, C.M. C. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 28, n. 4, p. 316-20, 2006.

BARRETO, S.M.; FIGUEREDO, R.C. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. Chronic diseases, self-perceived health status and health risk behaviors: gender differences. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 38-47, 2009.

BEERS, M.H.; OUSLANDER, J.G.; ROLLINGHER, I.; REUBEN, D.B.; BROOKS, J.; BECK, J.C. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. **Archives of Internal Medicine**, v. 151, p. 1825-1832, 1991.

BENEDETTI, T.R.B.; BORGES, L.J.; PETROSK, E.L.; GONÇALVES, L.H.T. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 302-307, 2008.

BORGES, L.J. ; BENEDETTI, T, R.; B; MAZO, G.C. Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos iniciantes em programa de exercício físico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 56, n. 4, p. 273-279, 2007.

BUENO, C.S.; OLIVEIRA, K.R.; BERLEZI, E.M.; EICKHOFF, H.M.; DALLEPIANE, L.B.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O.; MAFALDA, A. Utilização de medicamentos e risco de interações medicamentosas em idosos atendidos pelo Programa de Atenção ao Idoso da Unijuí. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica Aplicada**, v. 3, n. 3, p. 331-338, 2009.

BURNS, A.; LAWLOR, B.; CRAIG, S. Rating scales in old age psychiatry. **British Journal of Psychiatry**, v. 180, p. 161-167, 2002.

BRAGA, T.B.T.; PAFFENBACH, G. WEISS, D.P.L.; BARROS, M.B.A. MENDES, G.B. Point prevalence of drug prescriptions for elderly and non-elderly inpatients in a teaching hospital. **Revista Paulista de Medicina**, v. 122, n. 2, p. 48-52, 2004.

BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censos demográficos**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [site da Internet]. [acessado 2012 set 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, 26 de outubro de 2006. v. 1, p. 142-5.

BRUNTON, L.L.; LAZO, J.S.; PARKER, K.L. **Goodman & Gilman as bases farmacológicas da terapêutica**. 11ª ed. São Paulo: McGraw Hill, 2010.

Caixeta, L. Demência fronto temporal subdiagnosticada. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 63, n. 1, p. 186-186, 2005.

CALIXTO, E. **Os Factores Bio-Psico-Sociais na Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados**. Tese de Mestrado, submetida à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade do Algarve, Algarve, 2010.

CARDOSO, L.R.T. Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. **Psicologia Argumento**, v. 29, n. 67, p. 479-489, 2011.

CARREIRA, L.; BOTELHO, M.R.; MATOS, P.C.B. ; TORRES, M.M.; SALCI, M.A. Prevalência De Depressão em Idosos Institucionalizados. **Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 268-73, 2011.

CARVALHO, J.A.M.; WONG, L.L.R. Transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 597-605, 2008.

COELHO FILHO, J.M.; MARCOPITO, L.F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 557-564, 2004.

COSTA, R.M.; LIMA, V.A.B.; PAIVA, I.G.; SOUSA, P.T.B.; LIMA, L.G. Uso de medicamentos por idosos: algumas considerações. **Revista Geriatria & Gerontologia**, v. 3, n. 2, p. 126-131, 2008.

COUTINHO, M.P.L.; GONTIÈS, B.; ARAÚJO, L.F.; SÁ, R.C.N. Depressão, Um Sofrimento Sem Fronteira: Representações Sociais Entre Crianças E Idosos. **Revista**

Semestral da Área de Psicologia da Universidade São Francisco, v. 8, n. 2, p.183-192, 2002.

FANHANI, H. R.; CORREA, M. I; LOURENÇO, E. B.; FERNANDES, E. D.; BILLÓ, V. L.; LORENSON, L.; SPIGUEL, P. K. S.; GALORO, J. L. F.; TAKEMURA, O. S.; ANDRADE, O. G. Avaliação domiciliar da utilização de medicamentos por moradores do Jardim Tarumã, município de Umuarama - Pr. **Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar**, v. 10, n. 3, p. 127-131, 2006.

FARHAT, F.C.L.G.; IFTODA, D.M.; SANTOS, P.H. Interações entre Hipoglicemiantes Orais e Alimentos. **Revista Saúde**, v. 9, n. 21, p. 57-62, 2007.

FELIPE, L.K.; ZIMMERMANN, A. Doenças Crônicas Degenerativas em Idosos: Dados Fisioterapêuticos. **Revista Brasileira em Promoção a Saúde**, v. 24, n. 3, 2011.

FERNANDES, H. J. **Solidão em idosos do meio rural do conselho de Bragança**. Tese de Mestrado, submetida à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade do Porto, Porto, 2007.

FERRARI, J.F. DALACORTE, R.R. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. **Scientia Medica**, v. 17, n. 1, p. 3-8, 2007.

FERREIRA, S. **Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage)**. Formação Especializada em Geriatria e Gerontologia, da Universidade de Aveiro, Aveiro, 2005.

FOLSTEIN, M. Mini-mental and son, **International Journal Geriatric Psychiatry**, v 13, p. 290 -4, 1998.

FICK, D.M.; COOPER, J.W.; WADE, W.E.; WALLER, J.L.; MACLEAN, J.R.; BEERS, MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. **Archives of Internal Medicine**, v. 163, p. 2716-2724, 2003.

FLEMING, I.; GOETTEN, L.F. Medicamentos mais utilizados pelos idosos: implicações para a enfermagem. **Arquivos de Ciências da Saúde Unipar**, v. 9, n. 2, p.121-128, 2005.

FLORES, V.B.; BENVENÚ, L. A. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n.6, p. 1439-1446, 2008.

GALHARDO, V.A. C.; MARIOSA, M.A. S.; TAKATA, J.P.I. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. **Revista Medica de Minas Gerais**, v. 2, n. 1, p.16-21, 2010.

GAZALLE, F.K; Hallal, P.C; Lima, M.S. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando ?. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 3, p.145-149, 2004.

GIACOMIN, M.S.; LIMA, A.T.F.; CHAVES, A.C.P. Perfil Da Farmacoterapia De Idosos Institucionalizados de uma Cidade No Vale Do Aço – Minas Gerais. **Farmácia & Ciência**, v. 3, p. 01-19, 2012.

GONÇALVES, K.A.M.; SILVA,M.G.; KAMIMURA,Q.P.; SILVA,J.L.G. Perfil da Utilização de Medicamentos por Idosos no Brasil.In: **XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação**, 2011, São Paulo.

GONÇALVES, C.V; ANDRADE, K.L. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA). **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 2, p. 289-299, 2010.

GORDILHO, A.; NASCIMENTO, J.S.; RAMO, L.R.; FREIRE, M.P. A.; ESPINDOLA, N.; MAIA, R. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI/ UERJ; 2000.

GUERREIRO, M; SILVA, A. P; BOTELHO, M. A. Adaptação à população Portuguesa na tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). **Revista Portuguesa de Neurologia**, v. 1, p. 9-10, 1994.

HERNANDEZ, D.S.; CASTRO, M.M.S.; DÁDER, M.J.F. **Método Dáder. Guia de seguimiento farmacoterapéutico**. Granada: Universidade de Granada, 2007.

HERNANDEZ, D.S.; CASTRO, M.M.S.; DÁDER, M.J.F. **Manual de seguimiento farmacoterapéutico**. Universitárias Lusófonas, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000: resultados da amostra.** [online]. Rio de Janeiro; 2000. Disponível em: <http://www1.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/cens2000/primeiros_resultados_amostra/brasil/pdf/tabela_1_1_1.pdf>. Acesso em 18 set 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Sinopse do Censo Demográfico de 2010.** Rio de Janeiro, 2011.

JUNIOR, J.A.S.H.; SILVA, R.A. QUEIROZ, R.C.; ARRUDA, J.M.; BASTOS, O. Depressão em Idosas Institucionalizadas: Atividades de Lazer e Remissão de Sintomas. **Revista Neurobiologia**, v. 74, n.1, p.75-81, 2011.

LEHN, F.; COELHO, H.D.D.; GARCIA, M.T.; SCABAR, L.P. Estado nutricional de idosos em uma instituição de longa permanência. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 30, n.1, p. 53-8, 2012.

LEITE, V.M.M.; CARVALHO, E.M. F.; BARRETO, K. M. L.; FALCÃO, I.V. Depressão E Envelhecimento: Estudo Nos Participantes Do Programa Universidade Aberta À Terceira Idade. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. 1, p.31-8, 2006.

LENARDT, M. H.; MICHEL, T.; TALLMANN, A. E. C. A condição de saúde de idosas residentes em instituição de longa permanência. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 227-236, 2009.

LIMA-COSTA, M.F; MATOS, D.L; CAMARGOS, V.P; MACINKO, J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p.3689-3696, 2011.

LOYOLA-FILHO AI, UCHOA E, LIMA-COSTA MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamento entre idosos na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Caderno de Saúde Pública**, v.22, n.12, p. 2657-67, 2006.

LOYOLA FILHO AI, UCHOA E, FIRMO JOA, LIMA-COSTA MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 545-53, 2005.

LUCCHETTI, G; GRANERO, A.L; PIRES, S.L; GORZONI, M, L; TAMAI, S. Fatores associados ao uso de psicofármacos em idosos asilados. **Revista Psiquiátrica**, v. 32, n. 2, p.38-43, 2010.

LUCCHETTI, G; GRANERO, A.L; PIRES, S.L; GORZONI, M, L; TAMAI, S. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira Geriátrica e Gerontologia**, v. 13, n.1, p.51-58, 2010.

MARIN, M.J.S ; RODRIGUES, L.C.R; DRUZIAN,S;CECÍLIO,L.C.O. Diagnóstico De Enfermagem Em Idosos Que Utilizam Múltiplos Medicamentos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n.1, p.47-52, 2010.

MARIN, M.J.S.; CECÍLIO, L.C. O.; UGOLINI, A.E.W. PEREZ, F. SANTELLA, F. SILVA, C.B.A. FILHO, J.R.G.; ROCETI, L.C. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n.7, p.1545-1555, 2008.

MARQUES, M.M. **Atenção Farmacêutica: Instrumento de Educação em Saúde no Programa de Saúde da Família**. Dissertação de Mestrado do Centro Universitário Plínio Leite, 2008.

MARTINSEN, E.W. Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. **Nordic Journal of Psychiatry**, v.62, n. 47, p. 25-29, 2008.

MEIRELES, V.C, MATSUDA, L.M, COIMBRA, J.A.H.; MATHIAS, T.A.F. Característica dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuição para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde & Sociedade**, v.1, n.1, p. 69-80, 2007.

MELLO, B.L.D.; HADDAD, M.C.L.; DELLAROZA, M.S.G. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 34, n. 1, p. 95-102, 2012.

MENESES, A.L.L; SÁ, M.L.B. Atenção farmacêutica ao idoso:fundamentos e propostas.**Revista Geriatria & Gerontologia**,v. 4, n. 3, p. 154-161, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), **Estatuto do Idoso**. 1. ed.; 2ª reimpr –Brasília: Ministério da Saúde. p. 70, 2003.

MONTEIRO, C.A.; MOURA, E.C.; JAIME, P.C.; LUCCA A.; FLORINDO, A.; FIGUEIREDO, I.C.R.; BERNA, R. SILVA, N.N. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. **Revista de Saúde Pública**, v. 39 ,n. 1 , p. 47-57, 2005.

MOURA, M.R.L.; REYES, F.G. Interação fármaco-nutriente: uma revisão. **Revista de Nutrição**, v. 15, n. 2, p. 223-238, 2002.

NETO, F.A. Escala de Solidão da UCLA: adaptação portuguesa. **Psicologia Clínica**, v. 2, p. 65-79, 1989.

Neto, F. **Psicología social** (Vol. II). Lisboa: Universidade Aberta. 2000.

NETO, J.A.C.; DELGADO, A.A.A .; GALVÃO, C.C.G.D.; MACHADO, S.J.M.; BICALHO, T.C.; OLIVEIRA, T.A. Uso de medicamentos por idosos de Juiz de Fora: um olhar sobre a polifarmácia. **HU Revista**, v. 37, n. 3, p. 305-313, 2012.

OLIVEIRA, A.B.; OYAKAWA, C.N.; MIGUEL, M.D.; ZANIN, S.M.W.; MONTRUCCHIO, D.P. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 41, n. 4, p. 410-413, 2005.

Organização Panamericana de Saúde (OPAS). **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: Proposta**. Brasília: OPAS, MS, 2002.

PEREIRA, L.R. L.; VECCHI, L.U.P.; BAPTISTA, M.E.C. Avaliação da utilização de medicamentos em pacientes idosos por meio de conceitos de farmacoepidemiologia e farmacovigilância. **Revista Ciências & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 479-81, 2004.

PRYBYS, K.M.; MELVILLE, K.; HANNA, J.; GEE, A.; CHYKA , P. Polypharmacy in the elderly: clinical challenges in emergency practice: part 1 overview, etiology, and drug interactions. **Emergency Medicine Reports**, v. 23, n. 8, p.145-53, 2002.

RABELO, D.F. Declínio cognitivo leve em idosos: fatores associados, avaliação e intervenção. **Revista Mineira de Ciências da Saúde**, v. 1, n.1, p. 56-68, 2009.

REIS, L.A.; SAMPAIO, L.S.; COSTA, L.S.; MASCARENHAS, C.H.M. Influência do quadro depressivo na capacidade funcional de idosos institucionalizados. **Ciência & Desenvolvimento**, v. 4, n. 1, p.62-72, 2011.

REYS, B.N.; BEZERRA, A.B.; VILELA, A.L.S.; KEUSEN, A.L.; MARINHO, V.; PAULA, E.; LAKS, J. Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 6, p.401- 404 2006.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 717-724, 2003.

RUSSELL, D; PEPLAU, L.A; CUTRONA, C.E; The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 39, n. 3, p. 472-480, 1980.

SANTOS, J.G.; PEREIRA, J.R.; TEIXEIRA, C.V.L.;CORAZZA,D.I; VITAL,T.M.; COSTA,J.L.R. Sintomas depressivos e prejuízo funcional de idosos de um Centro-Dia Geriátrico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 61, n.2, p.102-6, 2012.

SECOLI, S.R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 136-40, 2010.

SEHN, R; CAMARGO, A.L; HEINECK, I; FERREIRA, M.B. C. Interações medicamentosas potenciais em prescrições de pacientes hospitalizados. **Infarma**, v. 15, n. 9-10, p. 77- 81, 2003.

SIMÕES, M.J.S.; MARQUES, A.C. Consumo de medicamentos por idosos segundo prescrição médica em Jaú-SP. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica Aplicada**, v. 26, n. 2, p. 139-144, 2005.

SILVA, A.L.; RIBEIRO, A.Q.; KLEIN, C.H.; ACURCIO, F.A.; Utilização De Medicamentos Por Idosos Brasileiros, De Acordo Com A Faixa Etária: Um Inquérito Postal. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1033-1045, 2012.

SIQUEIRA, G.R.; VASCONCELOS, D.T; DUARTE. G.C.; ARRUDA, I.C.; COSTA, J.A.S.; CARDOSO, R.O. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.14, n.1, p. 253-259, 2009.

SOARES, M.A.; FERNANDEZ-LLIMÓS, F.; LANÇA, C.; CABRITA, J.; MORAIS, J.A. Operacionalização Para Portugal: Critérios de Beers de Medicamentos

Inapropriados nos Doentes Idosos. **Acta Medica Portuguesa**, v. 21, n. 1, p. 441-452, 2008.

STELLA, F.; GOBBI, S.; CORAZZA, D.I.; COSTA, J.L.R. Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. **Motriz: Revista de Educação Física**, v. 8, n. 3, p. 91-98, 2002.

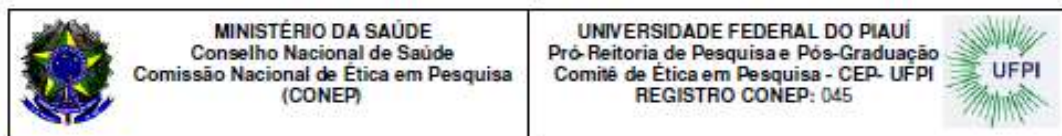
VAZ, S.F.A. **A Depressão no Idoso institucionalizado. Estudo em Idosos residentes nos Lares do Distrito de Bragança.** Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, 2009.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

YESAVAGE, J; BRINK, T. ROSE, T.L; LUM, O; HUANG, V; ADEY M. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal Psychiatr Research**, v.17, n.1, p.37-49, 1983

WORLD HEALTH ORGANIZATION [Internet]. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. **Anatomical Therapeutic Chemical ATC/DDD Index 2012.** Oslo: World Health Organization, 2012 [citado 12 Nov.2012]. Disponível em: <http://www.whocc.no/atcddd/>.

ANEXOS



CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Identificação dos problemas relacionados com medicamentos dados para implantação da atenção farmacêutica a idosos.

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0345.0.045.000-10

Pesquisador Responsável: Rivellison Mendes de Freitas

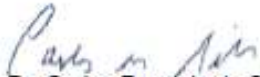
Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Junho/2011 Relatório final

Os membros do CEP-UFPI não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 06/12/2010

Teresina, 09 de Dezembro de 2010.


 Prof. Dr. Carlos Ernando da Silva
 Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI
 COORDENADOR



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA E FARMACOLOGIA
BACHARELADO EM FARMÁCIA**

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS RELACIONADOS COM MEDICAMENTOS: DADOS PARA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA A IDOSOS

Pesquisador responsável: Rivelilson Mendes de Freitas.

Instituição/Departamento: Centro de Ciências da Saúde/Campus Ministro Petrônio Portella.

Telefone para contato: 86-8118-2379 ou 86-2315-5870.

Local da coleta de dados: Associação Divina Providência (Casa São José), no município de Teresina.

Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente **voluntária**.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo:

O objetivo do estudo é coletar e anotar os dados para permitir a implantação de um programa de orientação sobre os medicamentos que serão usados durante o seu atendimento ambulatorial realizado pelos profissionais da Associação Divina Providência no município de Teresina. Essas informações serão usadas também para a estruturação das

atividades de artesanato, cerâmica, entre outros (oficinas) e os grupos de orientação individual (grupos terapêuticos) sobre as doenças e os medicamentos usados durante o tratamento. Como também queremos delinear suas características sócio-econômicas, e avaliar os principais problemas de saúde, as principais reações adversas e os parâmetros relacionados à sua medicação.

Procedimentos. A sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento de um questionário, respondendo às perguntas formuladas. O projeto também visa estudar os seus tratamentos prescritos, para isso solicita-se o acompanhamento dos registros (prontuários) dos senhores realizados durante as consultas pelos profissionais de saúde da Associação Divina Providência.

Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

Riscos. O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. O sujeito dessa pesquisa poderá ser identificado por meio de fotografias e gravações das entrevistas durante o acompanhamento, e os resultados desta pesquisa podem ser divulgados em qualquer forma após a assinatura desse Termo de Livre Consentimento e Esclarecido.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Teresina, Pi - 27 de janeiro de 2012.

Assinatura

Número da identidade

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga
Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI
tel.: (86) 3215-5737 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

APÊNDICES

APÊNDICE I: Ficha de acompanhamento farmacoterapêutico usada durante a prática da ATENFAR no ALPI Associação Divina Providência (Casa São José).



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS UNIVERSITÁRIO MINISTRO PETRÔNIO PORTELLA
CURSO DE FARMÁCIA**



UNIDADE DE CUIDADOS FARMACÊUTICOS: _____

RESPONSÁVEL PELA ENTREVISTA: _____

DADOS DO PACIENTE

Número do Cadastro: _____ Data de Início: ___/___/___

Médico responsável: _____

1. Nome: _____

2. Telefone: _____ 3. Idade: _____ 4. Peso: _____

5. Data de nascimento: ___/___/___ 6. Sexo () M () F

7. Oriundo: () Teresina () Interior, qual? _____

8. Grau de instrução do paciente:

() Analfabeto () Fundamental incompleto

() Fundamental completo () Médio incompleto

() Médio completo () Superior incompleto

() Superior completo

9. Mora sozinho? () Sim () Não; Com quem? _____

10. Possui cuidador? () Sim; Quem? _____ () Não

11. Relação com o cuidador: () Parente Qual? _____

() Contratado(a)

12. Grau de instrução do cuidador:

() Analfabeto () Fundamental incompleto

() Fundamental completo () Médio incompleto

() Médio completo () Superior incompleto

() Superior completo

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Patologias apresentadas: () Hipertensão () Diabetes () Outras

13. Tempo de diagnóstico de hipertensão arterial: _____

14. Tempo de diagnóstico de diabetes? _____

15. Doenças crônicas associadas?

16. História familiar de hipertensão arterial?

() Sim; Grau de parentesco? _____ () Não

17. História familiar de diabetes?

() Sim; Grau de parentesco? _____ () Não

18. algum comprometimento/complicação? () Sim () Não

Qual?

HÁBITOS DE VIDA DO PACIENTE

19. Consome bebidas alcoólicas? () Sim, especifique a frequência () Não

Frequência () Diariamente () Semanalmente () Mensalmente () Ocasionalmente

20. Tabagista: () Sim, especifique a frequência () Não

Frequência () Diariamente () Semanalmente () Mensalmente () Ocasionalmente

21. Realiza atividade física? () Sim, especifique a frequência () Não

Frequência () Diariamente () Semanalmente () Mensalmente () Ocasionalmente

22. Hábitos alimentares:

PERFIL FARMACOTERAPÉUTICO DO PACIENTE

23. Informações sobre medicamentos utilizados:

Medicamentos/Dose/Posologia	Como usa	Via administração	Frequência – Tempo de utilização	
			Desde quando (data)	Até quando (data)

Pressão Arterial

Data						
Valor						
Valor						
Data						
Valor						
Valor						

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS AO PACIENTE

Intervenção farmacêutica	Data	Aceita	Impacto	Desfecho	M.C.	Comunicado	P.S. resolvido

Legenda:

Intervenção farmacêutica:

- 01 – Sugerido umentar a concentração/posologia do medicamento prescrito;
 02 – Sugerido diminuir a concentração/posologia do medicamento prescrito;
 03 – Sugerido alterar a via de administração do medicamento prescrito;
 04 – Alertado para a omissão na administração do medicamento prescrito;
 05 – Alertado para a administração do medicamento prescrito com um quantitativo superior ao prescrito;
 06 – Alertado para a administração do medicamento prescrito com um quantitativo inferior ao prescrito;
 07 – Alertado da inadequação da administração que leva a alteração dos parâmetros farmacocinéticos/farmacodinâmicos;
 08 – Alertado para potencial desenvolvimento da reação adversa por algum medicamento da terapia prescrita (alergias);
 09 – Alertado para identificação da reação adversa medicamentosa;
 10 – Outros (Especificar);

Impacto:

- 01 – prevenção/resolução PRM 1; 02 – Prevenção/resolução PRM2; 03 – Prevenção/resolução PRM3; 04 – Prevenção/resolução PRM4; 06 – Prevenção/resolução PRM5; 06 – Prevenção/resolução PRM6; 07 – Outros (especificar);

Desfecho:

- 01 – suspensão do item prescrito, após contato com o médico;
 02 – modificado para outro medicamento com indicação semelhante;
 03 – informado/retificado pelo médico/enfermagem a informação omissa/incompleta;
 04 – umentada a dose do medicamento prescrito;
 05 – diminuída a dose do medicamento prescrito;
 06 – alterada a via de administração do medicamento prescrito;
 07 – ratificada a informação técnica da prescrição (medicamento selecionado, concentração, via de administração e posologia);
 08 – Outros (Especificar);

Meio de comunicação: 01 – telefone; 02 – comunicação escrita; 03 – comunicação verbal; 04 – outros;

Comunicado: 01 – médico; 02 – enfermeiro; 03 – paciente; 04 – cuidador; 05 – outros (especificar);

Aceita: 01 – sim; 02 – não.

Problema de saúde resolvido: 01 – sim; 02 – não.

PROBLEMAS RELACIONADOS A MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	Data	PRM	DESCRIÇÃO DA SUSPEITA DE PRM	CAUSA

Legenda:**Causas:**

01 - acesso em receber o medicamento; 02 - interação; 03 - não adesão; 04 - erro de prescrição; 05 - erro de dispensação; 06 - erro da administração; 07 - outros (Especificar).

Apêndice II: Boletim informativo elaborado para o médico do ILPI (Associação Divina Providência Casa São José).



Vol. 3, n. 5/2012
ISSN 2237-7387

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE FARMÁCIA

Boletim Informativo



Grupo de Estudos sobre Uso de Medicamentos

***Acompanhamento Farmacoterapêutico -
Idosos***

CONSULTE O SEU MÉDICO OU FARMACÊUTICO

Teresina, Set/Out de 2012

Risperidona



É um medicamento pertencente ao grupo de antipsicóticos neurolépticos atípicos . É um medicamento usado para tratar as assim chamadas psicoses (alterações mentais) . Isto significa que ele tem um efeito favorável sobre um certo número de transtornos relacionados ao pensamento, às emoções e/ou às atividades, tais como: confusão, alucinações, distúrbios da percepção e isolamento da sociedade.

É usado, também, em outras condições, especificamente para controlar os transtornos do comportamento tais como agressão verbal e física, desconfiança doentia, agitação e vagar em pessoas que perderam suas funções mentais (isto é, pessoas com demência).

Cuidado a risperidona pode intensificar o efeito do álcool e de drogas que reduzem a habilidade para reagir ("tranquilizantes", analgésicos narcóticos, certos anti-histamínicos e antidepressivos. Assim, NÃO ingira bebidas alcoólicas .



Clorpromazina



A clorpromazina, um antipsicótico do grupo das fenotiazinas. É um medicamento que possui uma ação estabilizadora e depressora do sistema nervoso permitindo assim, o controle dos mais variados tipos de excitação.

Indicado, entre outros casos, em pacientes que necessitam de medicação sedativa (calmante), pré-anestésica ou antiemética (alívio de enjoo, vômitos e náuseas).

Durante o tratamento com clorpromazina NÃO é indicado o uso de álcool, lítio . E deve ser utilizado com prudência em pacientes parkinsonianos, que necessitem de um tratamento de psicose (alterações mentais) em estados de agitação e excitação, em geral devido à sua idade avançada e risco de hipotensão e sedação.

Problemas relacionados a Risperidona e a Clorpromazina

Risperidona



Clorpromazina

⇒ Comprimidos contém açúcar, portanto devem ser usados com cautela em portadores de Diabetes;

⇒ Aumento da glicose (açúcar) sanguíneo.

⇒ Atenção Diabéticos: Gotas contém 409,5 mg de açúcar líquido e 3,5 mg de caramelo por mL.

⇒ Paciente faz uso de 1mL do medicamento durante o dia que equivale a 20,46 mg de açúcar e 0,175 mg de caramelo.

Relato de Caso

M.V.C., de 75 anos, sexo feminino, usuária do abrigo de idosos em Teresina-PI desde de 2007, possui diabetes mellitus do tipo II não controlada cujo valor da última glicemia capilar pós-prandial correspondeu a 296 mg/dL.

Verificou-se que dois medicamentos utilizados, risperidona e clorpromazina, possuem em suas composições açúcar e caramelo, respectivamente. Levantou-se a suspeita de que esses medicamentos estivessem relacionados ao alto valor da glicemia na paciente. Vale lembrar que as bulas de ambos os medicamentos possuem alertas quanto ao uso por portadores de diabetes.

Alerta

Por essa questão, o GEUM solicita que todas as reações adversas observadas a esse medicamento, sejam notificadas, através da Ficha de Notificação elaborada pelo GEUM ou pelo telefone (86) 3237-1336.

Caso ainda não tenha ficha de notificação, solicite-nos através do email: geum.ufpi@gmail.com. As notificações também poderão ser feitas através do formulário de reações adversas e/ou queixas técnicas, disponível no endereço eletrônico da ANVISA - <http://www.anvisa.gov.br>.

Esse estudo foi realizado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE Nº 0093.0.045.000-93)

Referências

- ⇒ Amplicil® : clorpromazina. Responsável técnico Antonia A. Oliveira, Suzano: Sanofi-Aventis. Disponível em <http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BMI26365-1-01.PDF>
- ⇒ BRUNTON, L. L.; LAZO, J. S.; PARKER, K. L. *Goodman & Gilman: As bases farmacológicas da terapêutica*. 11. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2006;
- ⇒ Risperdal® : risperidona. Responsável técnico Marcos R. Pereira. São José dos Campos : JANSSEN-CILAG FARMACÊUTICA. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BMI25824-1-01.PDF>

Apoio:



O Boletim Informativo Geum é uma publicação bimestral dos professores e alunos do curso de farmácia da UFPI, para informações, colaborações, dúvidas e sugestões entre em contato pelo e-mail e telefone abaixo:

E-mail: geum.ufpi@gmail.com; Tel.: (86) 3237-1336

COORDENADOR: Prof. Dr. Lívio César Cunha Nunes

SUB-COORDENADOR: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas


AUTORES: Tamyres de Andrade Macedo¹; Sean Telles Pereira²; Rivelilson Mendes de Freitas³; Lívio César da Cunha Nunes³.

1 - Discente do Curso de Farmácia da UFPI.


2 - Farmacêutico do GEUM.

3 - Docentes do Curso de Farmácia da UFPI.

Apêndice III: Instrumento utilizado para avaliar o estado cognitivos dos idosos com depressão no abrigo casa São José.



Universidade Federal do Piauí
Centro de Ciências da Saúde / Curso de Farmácia
Atenção Farmacêutica a Grupos Específicos de Usuários**
Responsável: Tamyres de Andrade Macedo
Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas



AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL

Sexo: _____ Estado Civil: _____
 Idade: _____ Habilitações literárias: _____

I. Orientação:
 “Vou lhe fazer algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz”.(Dar 1 ponto a cada resposta certa).

1. Em que ano estamos? _____
2. Em mês estamos? _____
3. Em que dia do mês estamos? _____
4. Em que dia da semana é estamos? _____
5. Em país estamos? _____
6. Qual nome do estado que estamos? _____
7. Como é o nome da casa que estamos? _____

II. Retenção:
 “Vou lhe dizer três palavras. Queria que as repetisse e procura-se decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras .”
 As palavras são: Pera, gato e bola.
 Repita as três palavras .(Dar 1 ponto a cada resposta correta):
 Pera _____ Gato _____ Bola _____

III. Linguagem
 Dar 1 ponto a cada resposta correta:
 a)mostrar o relógio no pulso
 “Como se chama isto?” _____
 b) Mostrar um lápis
 Como se chama isto?” _____
 c)Repetir a frase
 O rato rói a rolha: _____

IV. Evocação:
 (Só efetuada no caso do sujeito ter aprendido as três palavras referidas na prova de retenção)
 Pera _____ Gato _____ Bola _____

Escala adaptada: Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia, 1994, cit.por GEECD, 2003.

Apêndice IV: Instrumento utilizado para avaliar o nível de solidão dos idosos com depressão da casa São Jose.



Universidade Federal do Piauí
Centro de Ciências da Saúde / Curso de Farmácia
Atenção Farmacêutica a Grupos Específicos de Usuários**
Responsável: Tamyres de Andrade Macedo
Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas



ESCALA DE SOLIDÃO DA UCLA

Sexo:

Estado Civil:

Idade:

Habilitações literárias:

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Muitas Vezes
Sente se em sintonia com as pessoas que estão a sua volta?	4	3	2	1
Sente falta de camaradagem?	1	2	3	4
Não há ninguém a quem possa correr?	1	2	3	4
Sento que faz parte de um grupo de amigos?	4	3	2	1
Tem muito em comum com as pessoas que o rodeiam?	4	3	2	1
Já não sente intimidade com ninguém?	1	2	3	4
Os seus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam?	1	2	3	4
Você é voltado para fora?	4	3	2	1
Há pessoas a quem se sente chegado?	4	3	2	1
Sente – se excluído (a)	1	2	3	4
Ninguém lhe conhece realmente bem?	1	2	3	4
Sente-se isolado (a) dos outros?	1	2	3	4
Consigo encontrar camaradagem quando quero	4	3	2	1
Há pessoas que realmente lhe compreende bem?	4	3	2	1
Sente-se infeliz por ser tão retraído?	1	2	3	4
Há pessoas que estão a sua volta, mais não com você?	1	2	3	4
Há pessoas com que consegue falar?	4	3	2	1
Há pessoas que pode recorrer?	4	3	2	1

Escala adaptada: Russel, D.W, 1988; tradução portuguesa Neto, F.

Apêndice V : Instrumento utilizado para avaliar o nível de depressão dos idosos com depressão no abrigo casa São José.



Universidade Federal do Piauí
 Centro de Ciências da Saúde / Curso de Farmácia
 Atenção Farmacêutica a Grupos Específicos de Usuários**
 Responsável: Tamyres de Andrade Macedo
 Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas



ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Sexo:
 Idade:


Estado Civil:
 Habilitações literárias:

Responda **Sim** ou **Não** consoante tem sentido de há uma semana pra cá:


1. Esta satisfeito com sua vida?	Sim	Não
2. Sente sua vida vazia?	Sim	Não
3. Fica por muitas vezes aborrecido?	Sim	Não
4. Pôs de lado muitas atividades do seu interesse?	Sim	Não
5. Anda incomodado (a) com pensamentos que não consegue afastar?	Sim	Não
6. Está bem disposto (a) a maior parte do tempo?	Sim	Não
7. Tem medo que lhe aconteça alguma coisa de mal?	Sim	Não
8. Sente feliz a maior parte do tempo?	Sim	Não
9. Sente-se por muitas vezes desamparado (a)?	Sim	Não
10. Fica por muitas vezes inquieto (a) e nervoso (a)?	Sim	Não
11. Preocupa-se com o futuro?	Sim	Não
12. Acha que tem mais dificuldade de memoria que outras pessoas?	Sim	Não
13. Acha que está vivo é muito bom?	Sim	Não
14. Sente-se muitas vezes que este desanimado (a) ou abatido (a)?	Sim	Não
15. Sente-se inútil?	Sim	Não
16. Preocupa-se muito com o passado?	Sim	Não
17. Acha sua vida interessante?	Sim	Não
18. É difícil fazer novas atividades?	Sim	Não
19. Sente-se cheio de energia?	Sim	Não
20. Sente-se para si não há esperança?	Sim	Não
21. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que senhor (a)?	Sim	Não
22. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	Sim	Não
23. Sente-se muitas vezes com vontade de chorar?	Sim	Não
24. Tem dificuldade em se concretar?	Sim	Não
25. Gosta de se levantar pela manhã?	Sim	Não
26. Seu pensamento era tão claro como era antes?	Sim	Não

Escala adaptada: Yesavage, 1983.

Apêndice VI: Instrumento utilizado para avaliar o nível de depressão dos idosos com depressão que possuem Alzheimer.



Universidade Federal do Piauí
Centro de Ciências da Saúde / Curso de Farmácia
Atenção Farmacêutica a Grupos Específicos de Usuários**
Responsável: Tamyres de Andrade Macedo
Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas



ESCALA DE CORNELL DE DEPRESSÃO NA DEMÊNCIA (CSDD)

Sexo: _____ Estado Civil: _____
 Idade: _____ Habilitações literárias: _____

Cotação: A: Não avaliável, 0: Ausente, 1: Intermitente e 2: Grave.
 Avaliação deve basear-se nos sinais e sintomas que ocorreram na semana anterior à entrevista.
 Não pontuam se os sinais são decorrentes de incapacidade física ou doença. As perguntas são feitas a quem presta cuidado ao doente.

A. Sintomas relativos ao Humor.

1. Ansiedade (expressão ansiosa, ruminções, preocupações);	A, 0, 1, 2
2. Tristezas (expressão triste, voz triste, choro fácil);	A, 0, 1, 2
3. Ausências de reação aos eventos agradáveis;	A, 0, 1, 2
4. Irritabilidades, facilidade em ficar contrariado, impaciência;	A, 0, 1, 2

B. Distúrbios do Comportamento.

5. Agitação, não consegue ficar no lugar, se contorce, puxa os cabelos;	A, 0, 1, 2
6. Lentidão psicomotora: dos movimentos, da fala, das reações;	A, 0, 1, 2
7. Numerosas queixas somáticas (anotar ausente se apenas sintomas gastrintestinais);	A, 0, 1, 2
8. Perda de interesse, menor implicação nas atividades habituais;	A, 0, 1, 2

C. Sintomas Somáticos

9. Perda de apetite, come menos do que usualmente;	A, 0, 1, 2
10. Perda de peso (anotar severa se superior à 2,5 kg em 1 mês);	A, 0, 1, 2
11. Falta de energia, se cansa facilmente, incapaz de sustentar uma atividade;	A, 0, 1, 2

D. Funções Cíclicas

12. Variações de humor durante o dia, sintomas mais Acentuados pela manhã;	A, 0, 1, 2
13. Dificuldades para dormir, dormem mais tarde do que usualmente;	A, 0, 1, 2
14. Despertar noturno frequente avaliação impossível;	A, 0, 1, 2
15. Despertar matinal precoce, mais cedo do que usualmente;	A, 0, 1, 2

E. Distúrbios Ideatórios

16. Idéias de suicídio (pensa que a vida não vale a pena de ser vivida, deseja morrer);	A, 0, 1, 2
17. Auto-depreciação (se queixa dele próprio, pouca estima de si, sentimento de fracasso);	A, 0, 1, 2
18. Pessimismo (antecipação do pior)	A, 0, 1, 2
19. Idéias delirantes congruentes ao humor, idéias delirantes de pobreza, de doença ou de perda	A, 0, 1, 2

Escala adaptada: Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, et al. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biological Psychiatry* 1988; 23: 271-284

Apêndice VII: Pôster apresentado no 2º Congresso Brasileiro de Farmacêuticos Clínicos (PCARE).



MACÊDO, TAMYRES DE ANDRADE¹; SOUSA NETA, MARIA DEUSA¹; SOUSA, LÍVIA QUEIROZ ²; GOMES, KÁSSIA KAROLINE LEAL BARROS¹; SILVA, ALEXANDRE XAVIER DE LIRA¹; FREITAS, RIVELILSON MENDES¹.

1- Estudante de Farmácia da Universidade Federal do Piauí - UFPI.
2- Docente de Farmácia da Universidade Federal do Piauí - UFPI.

INTRODUÇÃO

Atenção Farmacêutica é uma prática profissional que consiste na provisão responsável da farmacoterapia com o objetivo de alcançar resultados definidos em resposta à terapêutica prescrita, que melhorem a qualidade de vida do paciente, que busque prevenir ou resolver os problemas farmacoterapêuticos de maneira sistematizada e documentada. A atenção farmacêutica ao idoso requer mais comprometimento, pois eles necessitam de orientação especial verbal e/ou escrita, para aperfeiçoar o tratamento e reduzir riscos à saúde. O crescimento da população idosa está relacionado à prevalência elevada de doenças crônico-degenerativas, dentre elas aquelas que comprometem o funcionamento do sistema nervoso central, como as enfermidades neuropsiquiátricas, particularmente a depressão.

OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo coletar, registrar, subsidiar dados para a realização do acompanhamento farmacoterapêutico de idosos com depressão de um abrigo de longa permanência da cidade de Teresina.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, por método de pesquisa documental, através da análise de prontuários dos idosos de um abrigo de Teresina, PI, no período de janeiro a maio de 2012. Foram realizadas entrevistas segundo a metodologia descrita por Cipolle (2000). Os dados foram coletados com emprego da técnica de observação direta através da análise prospectiva das fichas dos atendimentos realizados durante os atendimentos dos idosos nos serviços de saúde. O trabalho foi autorizado CEP-UFPI com protocolo CAAE Nº 0345.0.045.000-10.

RESULTADO

Tabela 1: Relação entre a faixa etária e sexo dos idosos com depressão no abrigo Casa São José acompanhados durante a prática da atenção farmacêutica, Teresina, 2012.

Faixa etária (anos)	Sexo	
	Masculino	Feminino
64 a 71 anos	3	2
72 a 79 anos	0	1
80 a 87 anos	2	0
> 88 anos	1	1

Tabela 2: Hipótese diagnóstica dos idosos com depressão no abrigo Casa São José acompanhados durante a prática da atenção farmacêutica, Teresina, 2012.

Hipótese diagnóstica	Sexo	
	Masculino	Feminino
Mal de Alzheimer	1	3
Parkinson	1	1
Depressão	6	4
Hipertensão	3	0

Tabela 3: Relação da distribuição dos medicamentos pelo grupo farmacológico usados em função do sexo dos idosos com depressão no abrigo Casa São José acompanhados durante a prática da atenção farmacêutica, Teresina, 2012.

Grupo Farmacológico	Sexo	
	Masculino	Feminino
Antihipertensivos	3	5
Ansiolíticos e hipnóticos	7	2
Diuréticos	2	—
Vitaminas	4	2
Sais minerais	1	1
Antimicrobianos	—	2
Antiinflamatórios	3	—
Antidepressivo	6	5
Antiparkinson	1	—
Psicoativos	2	3
Alzheimer	—	4
Laxante	1	1
Anticonvulsivante	—	1
Hipoglicemiante	—	1

Tabela 4.0: Relação de todos os medicamentos usados pelos idosos com depressão do Abrigo Casa São José, Teresina, 2012.

Captopril	Clasivil
Metformina	Amiriprina
Furosemida	Nimesulida
Escitalopram	Nimodipina
Respiridona	Maleato de levomepromazina
Tiamina	Cloridrato de Trazodona
Acido acetilsalicílico	Cloridrato de sertralina
Clonazepam	Complexo B
Lorazepam	Maleato de Enalapril
Calmon(Passiflora incarnata L., Crataegus oxyacantha L., Salix alba L.)	Cloridrato de ciclobenzaprina
Sulfato ferroso	Memantina
Supositório de glicerina	Extrato mole de Gentiana lutea e Extrato fluido Aloe ferox
Cloridrato de Donepezila	Carbonato de cálcio
Rivastigmina	Cloridrato Amiodarona
Cloridrato de floridazina	Mirtazapina
Cloridrato de clorpromazina	Fluconazol
Cloridrato de memantina	Amoxicilina
Glibenclamida	Carbonato de lítio
	Topiramato

CONCLUSÃO

A partir do estudo realizado, percebeu-se a importância do farmacêutico e da implantação de um serviço de atenção farmacêutica (ATENFAR) em um abrigo de longa permanência, a fim de melhorar a eficácia do tratamento, melhorar a qualidade de vida dos idosos e reduzir o número de interações e reações adversas ao medicamento e reduzir os custos com o tratamento farmacológico.

BIBLIOGRAFIA

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C.; FRAKES, M. Resultados del ejercicio de la Atención Farmacéutica. Pharm Care Esp. v. 2, p. 94-106, 2000.

Apendice VIII:Foto de um usuarios com depressão do abrigo casa São Jose.



Apêndice IX: Foto de uma usuária com depressão do abrigo casa São José.

