

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

DÉBORA SANTOS LULA BARROS

**A CONDUTA DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO POR CUIDADORES DE
IDOSOS COM DEMÊNCIA**

BRASÍLIA

2014

DÉBORA SANTOS LULA BARROS

**A CONDUTA DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO POR CUIDADORES DE
IDOSOS COM DEMÊNCIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Orientador(a): Prof^ª Dr^ª. Silvana Nair Leite Contezini

Co-orientador(a): Prof^ª Dr^ª Dayde Lane Mendonça

BRASÍLIA

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de ensino, estudo ou pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília. Acervo 1014666.

Barros, Débora Santos Lula.
B277c A conduta do tratamento medicamentoso por cuidadores de idosos com demência / Débora Santos Lula Barros. -- 2014. 107 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, 2014.
Inclui bibliografia.
Orientação: Silvana Nair Leite Contezini ; Coorientação: Dayde Lane Mendonça.

1. Cuidadores - Conduta. 2. Idosos - Cuidado e tratamento. 3. Demência senil. 4. Farmacologia geriátrica. I. Leite, Silvana Nair. II. Silva, Dayde Lane Mendonça. III. Título.

CDU 616-053.9

DÉBORA SANTOS LULA BARROS

**A CONDUTA DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO POR CUIDADORES DE
IDOSOS COM DEMÊNCIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Brasília.

Aprovada em 7 de fevereiro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a. Silvana Nair Leite Contezini – Orientadora

Universidade de Brasília

Prof^a Dr^a. Janeth de Oliveira Silva Naves – Titular

Universidade de Brasília

Prof^a Dr^a Helena Eri Shimizu – Titular

Universidade de Brasília

Prof^a Dr^a Dayde Lane Mendonça - Suplente

Universidade de Brasília

Dedico este trabalho a todos os idosos acometidos pelas síndromes demenciais e seus familiares. Eles são guerreiros e exemplos na luta diária, pois demonstram que o cuidado ao próximo é um ato de amor supremo que faz parte da vivência em família.

AGRADECIMENTOS

Eu gostaria de agradecer em primeiro lugar a Deus. Senhor de todas as coisas e inclusive do meu destino. Quando revejo o meu passado vejo que cada pessoa e cada ato foram pensados e colocados como uma perfeita trama para que concretizasse da maneira mais sublime e proveitosa os meus sonhos.

Agradeço aos grandes educadores, meus pais Lula e Suse, cujos ensinamentos levarei por toda minha vida. Quero agradecer aos meus melhores amigos, os meus irmãos, Daniel, Letícia, Luciana, Marjorye e Lucas. Venho destacar a atuação da minha avó Izabel, tias Lúcia e Lia, que sempre muito presentes e dedicadas lutam pela família. Deixo em evidência todos os meus familiares nesse momento, seres fantásticos que demonstraram que família é tudo! Vocês também me mostraram que o maior bem é a educação e sou muito grata e feliz por isso.

Também friso o papel dos meus entes e amigos queridos que se foram fisicamente, mas que sempre estarão no meio de nós: Marlene, Maurício, Ubiratan, Anderson, Breno, Jeremias e Lázaro.

Gostaria de agradecer ao anjinho Cristiano, que me encantou pela forma de tratar com tanta doçura os seus pais, os animais e as crianças. Aprendo mais que te ensino e espero que fiquemos juntos e felizes na construção da nossa família.

Sou muito grata aos inúmeros anjos que Deus colocou na minha vida e dentre eles ressalto o papel dos professores (do ensino médio 414, do JK e da UNB) que não só lançaram conteúdos em mim, mas sim valores e vontade de lutar por um mundo melhor. Nesse processo destaco as professoras Dayde e Silvana, que por amor ao conhecimento e à profissão sempre aumentaram o meu engajamento com a pesquisa e com as famílias atendidas no CMI. Ensinarão-me o valor da ciência como recurso na busca do bem coletivo, de um bem muito maior do que possa ser mensurado. Sou grata também às professoras da banca examinadora, nas quais eu possuo extensa admiração pela competência e compromisso com o fazer ciência e ensino.

Venho agradecer as minhas mais diversificadas famílias pela imensa contribuição na forma de virtudes e exemplos. Lembro as minhas companheiras de trajetória acadêmica Bruna

e Marselle. Destaco a “Ralé” e seus componentes (Raul, Jeidma, Poliana, Ramon, Elen, Elaine e Andréia). Ressalto o papel aos meus amigos do JK (Andréia, Adriana, Leonardo, Maria do Rosário, Miriam, Rúbia, Demógenes, Patrícia, Maria Helena e Neuma). Aos meus queridos da SES/DF (Samara, Sirlene, Vladimir, Argentina, Fernanda, Izabel, Rubens, Suelen, Roberta, Ruth e Andréia). Agradeço também minha família da UCB (Eloá, Samara, Débora, Sérgio, Juliana, Adriana, Michele, Albaniza e Marcela). Agradeço os meus amigos da Projeta de Samambaia, da Drogaria Letícia, da Drogaviva, do Colégio Cora Coralina, do CBV e da ANVISA. Aos meus irmãos na fé, o grupo Jasmim (Hylane, Daniel, Lucifátima, Ivete, André, Ruty, Ewerton, Sarah, Luisa, Márcio, Raiane, Kadu, Gláucia, Gustavo, Henrique, Niely, Cristina, Naiara, Letícia B., Tia Ana, Bruno Afonso, Kássio, Cassiana, Juliana, Stefane, Lucas, Inês, Eduardo, João Paulo, John, Marcelo, Lucas Luano, Luciana, Thiago Macedo, Thiago Carlos, Aline, Jorge, Bruno César, Gleide, Letícia, Robson, Alex e todos os que passaram ou fazem parte dessa brilhante história). Coloco nesse espaço todos os amigos, que são verdadeiros tesouros!

Agradeço também os farmacêuticos fantásticos que conheci ao longo da minha formação, que ao lançar a semente do amor à farmácia me tornou uma eterna militante do curso. Nesse sentido venho ressaltar a minha profunda admiração à Adriana Ivama durante a minha passagem na ANVISA.

EU AMO TODOS VOCÊS!

E como podemos observar, essa conquista é NOSSA!

Maravilhar-se é o primeiro passo para o descobrimento.

Louis Pasteur.

Cuidar das crianças para cultivar o futuro. Cuidar dos idosos para valorizar o passado.

Autoria própria.

RESUMO

BARROS, Débora Santos Lula Barros. A conduta do tratamento medicamentoso por cuidadores de idosos com demência. Brasília, 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

Diante do envelhecimento populacional está ampliando a prevalência de doenças crônico-degenerativas como as síndromes demenciais, contribuindo para que o número de cuidadores de idosos no Brasil seja crescente. A farmacoterapia compreende um sistema complexo de atividades e a sua condução está presente no rol de tarefas desempenhadas pelos cuidadores de idosos com demência. Para fornecer dados que contribuam para a estruturação de subsídios teóricos aos programas e serviços na área de assistência farmacêutica e farmácia clínica em gerontologia, esse estudo adotou a técnica observação participante da pesquisa qualitativa para analisar a dinâmica e o contexto da conduta do tratamento medicamentoso por cuidadores de idoso com demência. Foi encontrado que a conduta do tratamento pode estar sujeita a diversos problemas na sua execução, sendo esses fatores de natureza medicamentosa e social, com destaque para: as dificuldades de administração dos medicamentos, a automedicação não responsável, a insuficiência no acesso aos medicamentos, os obstáculos para a realização da observação clínica do tratamento, o armazenamento inadequado desses produtos, a suspensão abrupta ou emprego do medicamento de forma abusiva e insegura, assim como os múltiplos aspectos intervenientes na adesão e uso correto da farmacoterapia. Desse modo, os cuidadores encontram-se perplexos e carecem informações e apoio sobre como conduzir de forma satisfatória o tratamento medicamentoso dos idosos com demência. Ademais, os cuidadores desenvolvem estratégias de enfrentamento que constituem ferramentas hábeis que devem ser estudadas pelos pesquisadores e serviços de saúde para que sejam melhoradas e divulgadas aos demais participantes desse grupo.

Palavras-chave: Cuidadores, Idosos, Demência, Conduta do tratamento medicamentoso, Assistência Farmacêutica.

ABSTRACT

BARROS, Débora Santos Lula Barros. The medication therapy management by caregivers of elderlies with dementia, 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

Front of the aging population is broadening the prevalence of chronic degenerative diseases such as dementia, helping the number of elderly caregivers in Brazil is growing. Pharmacotherapy includes a complex system of activities and their conduct is present in the list of tasks performed by caregivers of elderly with dementia. To provide data that contribute to the structuring of theoretical subsidies, programs and services in the field of pharmaceutical assistance and clinical pharmacy in gerontology, this study adopted participant observation of qualitative research to analyze the dynamics and context of the conduct of drug treatment for caregivers of elderly with dementia. It was found that the medication therapy management may be subject to many problems in their implementation, being these factors characterized as medical and social, with emphasis on: the difficulties of administration of drugs, irresponsible self-medication, insufficient access to drugs, obstacles to the achievement of clinical observation of treatment, improper storage of these products, or abrupt withdrawal from abusive use of medication and unsafe manner, as well as the multiple aspects involved in the adherence and the correct and use of pharmacotherapy . Thus, caregivers are perplexed and need information and support on how to conduct satisfactorily the medical treatment of the elderly with dementia. Moreover, caregivers develop coping strategies that are skillful tools that should be studied by researchers and health services to be improved and disseminated to others in this group.

Keywords: Caregivers, Elderlies, Dementia, Medication therapy management, Pharmaceutical assistance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Embalagem primária do omeprazol.....	74
FIGURA 2 – Armazenamento da flunarizina na embalagem primária do omeprazol.....	74
FIGURA 3 – Lista de medicamentos elaborada pelos cuidadores.....	76
FIGURA 4 – Ficha com os horários e recomendações sobre a utilização de medicamentos do idoso atendido no CMI.....	78
FIGURA 5 – Partidor de comprimido.....	79
FIGURA 6 - Foto da <i>pillbox</i> utilizada por uma família.....	80

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Caracterização do perfil dos cuidadores de idosos com demência atendidos no CMI, 2013.....	43
TABELA 2 - Caracterização do perfil dos idosos com demência atendidos no CMI, 2013.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CMI – Centro Multidisciplinar do Idoso

CTM – Conduta do Tratamento Medicamentoso

DECS – Descritos em Ciências da Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

FS – Faculdade de Saúde

HUB – Hospital Universitário de Brasília

ISRS – Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina

MIP – Medicamentos Isentos de Prescrição

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio

REME-DF – Relação de Medicamentos Essenciais do Distrito Federal

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 OS CUIDADORES DE IDOSOS COM DEMÊNCIA: ASPECTOS GERAIS.....	18
2.2 A COMPLEXIDADE DE CUIDAR DE UM IDOSO COM DEMÊNCIA: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA DOENÇA.....	21
2.3 A COMPLEXIDADE DE CUIDAR DE UM IDOSO COM DEMÊNCIA: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA FARMACOTERAPIA.....	24
2.4 ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO À MEDICAÇÃO	27
2.5 O ACESSO AOS MEDICAMENTOS.....	28
2.6 A OBSERVAÇÃO CLÍNICA E A COMUNICAÇÃO DOS CUIDADORES COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	29
2.7 O ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS.....	30
3. OBJETIVOS	33
3.1 OBJETIVO GERAL.....	33
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
4. MÉTODOS.....	34
4.1 O LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO	34
4.2 TÉCNICAS DE PESQUISA	35
4.3 A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	35
4.3.1 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DO ATENDIMENTO FARMACÊUTICO....	37
4.3.2 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DA REUNIÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	38

4.4 AMOSTRA E SUJEITOS DA PESQUISA	39
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	40
4.6 TRATAMENTOS DOS DADOS.....	41
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1 OS CUIDADORES DE IDOSOS COM DEMÊNCIA: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL.....	42
5.2 A CONDUTA DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	45
5.2.1 O ACESSO AOS MEDICAMENTOS.....	48
5.2.2 A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	53
5.2.3 A ADESÃO À MEDICAÇÃO	59
5.2.4 A AUTOMEDICAÇÃO	65
5.2.5 OBSERVAÇÃO CLÍNICA.....	67
5.2.5.1 EFETIVIDADE.....	68
5.2.5.2 SEGURANÇA	70
5.2.6 ARMAZENAMENTO	72
5.2.7 AS ESTRATÉGIAS PARA O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS	75
5.3. A COMPLEXIDADE DA FARMACOTERAPIA E DO CUIDADO DE UM IDOSO COM DEMÊNCIA – ALGUMAS REFLEXÕES	81
5.3.1 O MEDICAMENTO COMO INSTRUMENTO ALÉM DA TERAPÊUTICA	81
5.3.2 TODO CUIDADOR É UMA PESSOA HABILITADA PARA A CONDUTA DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO?.....	82
5.3.3 QUANTO MAIOR A QUANTIDADE DE MEDICAMENTO, MELHOR O CUIDADO PRESTADO?.....	85
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	88

REFERÊNCIAS	90
APÊNDICE 1	102
ANEXO 1	103
ANEXO 2	104
ANEXO 3	106

1. INTRODUÇÃO

As alterações na dinâmica populacional são hoje fenômeno mundial e essa contingência vem impulsionada pelo envelhecimento populacional (KÜCHEMANN, 2012; VERAS, 2009). Atrelado a esse processo, existe uma gama de discussões acerca das formas de assistência à saúde para uma população com maiores demandas, para propiciar um envelhecimento saudável e com qualidade de vida (CUPERTINO; ROSA; RIBEIRO, 2007).

Para proporcionar o aumento da expectativa de vida da população é indispensável a execução de políticas que garantam o acesso aos medicamentos efetivos, seguros e de qualidade para o tratamento das doenças típicas do envelhecimento, em especial as doenças crônico-degenerativas (ROMANO-LIEBER et al, 2002), e nesse grupo está incluso as síndromes demenciais.

O idoso com demência, além de apresentar limitações por conta de alterações fisiológicas típicas do envelhecimento, apresenta degeneração cognitiva, progressiva e irreversível. A demência afeta inicialmente o desempenho do idoso em atividades mais elaboradas, como dirigir, por exemplo, e culmina no impedimento do idoso em realizar as tarefas simples da vida diária, tais como tomar banho, vestir-se, alimentar-se e locomover-se (FALEIROS, 2009). Diante deste quadro de dependência apresentado por esses idosos, eles necessitam do acompanhamento diário de cuidador(es) (LINDQUIST et al, 2010; SUDORE e COVINSKY, 2011).

Com o grande contingente de idosos não-institucionalizados que apresentam o quadro de dependência associado às complicações clínicas decorrentes das síndromes demenciais, as famílias gradualmente estão assumindo responsabilidades sobre as demandas de saúde dessas pessoas no domicílio (GONÇALVES et al, 2006), caracterizando o crescente número dos chamados cuidadores informais. Também é importante ressaltar a ampliação do engajamento dos cuidadores formais no processo de cuidado do idoso no domicílio.

Dentre as funções desempenhadas pelos cuidados de idosos inclui-se a Conduta do Tratamento Medicamentoso (CTM). De acordo com a definição exposta nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS)¹ a CTM, tradução do termo *Medication Therapy Management* utilizado nos estudos de Smith et al (2003), Travis, Bethea e Winn (2000), entre outros, pode

¹ O DECS é um vocabulário trilingue criado com a finalidade de servir como linguagem única na indexação de publicações técnico-científicas para ser usada na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura nas fontes de informação disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (DECS, 2013).

ser compreendida como “assistência na conduta e monitoração na terapia de medicamentos para pacientes que recebem tratamento para câncer ou afecções crônicas”. Esta atividade pode ser entendida além da administração dos medicamentos, abrangendo os desafios para garantia do acesso aos medicamentos, a observação dos aspectos clínicos do idoso, a comunicação desse tipo de informação para os profissionais de saúde, entre outros.

Na farmacoterapia dos idosos, a polifarmácia, a automedicação, o uso abusivo de outras formas de tratamento (como fitoterápicos, por exemplo) e a falta de adesão à medicação constituem fatores presentes na CTM que acentuam a sua complexidade, constituindo barreiras a serem enfrentadas pelos cuidadores de idosos para promoção do uso racional de medicamentos (CHAIMOWICZ; FERREIRA; MIGUEL, 2000).

Mesmo com a ampliação dos investimentos no segmento da assistência farmacêutica no Brasil, para potencializar a aquisição de medicamentos para a população em geral e, em particular, para os idosos, ainda persistem iniquidades nesse processo. Entender como esse e outros fatores presentes na farmacoterapia dos idosos com demência interferem na sua condução pelos cuidadores é crucial para promover a compreensão e reflexão dos determinantes da qualidade do cuidado e, a partir do prisma de quem protagoniza esse processo, será possível aos serviços de saúde, com ênfase aos ambulatórios de geriatria/gerontologia, a proposição de intervenções efetivas e compatíveis com as necessidades relativas ao uso correto e seguro de medicamentos.

Para as pesquisadoras, o interesse de aprofundar os estudos na área medicamentosa no cuidado dos pacientes com síndromes demenciais surgiu a partir das demandas e dificuldades que os cuidadores mencionavam nos atendimentos da psicologia clínica no ambulatório que foi o local de estudo. Estes eram diversos e inimagináveis, deixando expressos os variados entraves que os cuidadores enfrentavam na árdua tarefa de garantir que o idoso se aproprie de uma farmacoterapia efetiva. A aflição manifestada pelo cuidador não é somente resultado de mais uma função que lhe é delegada, mas sim integra uma ocupação que requer conhecimentos, dedicação, paciência, entre outras competências e habilidades que são exigidas e estão inseridas no cuidado envolvendo a utilização da tecnologia medicamentosa.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 OS CUIDADORES DE IDOSOS COM DEMÊNCIA: ASPECTOS GERAIS

Não há um consenso na literatura sobre o conceito de cuidador. De maneira geral, o termo é adotado para designar o indivíduo que é o principal responsável por prover ou coordenar os recursos requeridos pelo paciente, incluindo suporte físico e psicológico (CRUZ e HAMDAN, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2005) classifica o cuidador como informal e formal. O cuidador informal é o amigo ou familiar, enquanto o formal é considerado uma pessoa contratada para a finalidade do cuidado e recebe remuneração. Queiroz (2000) revela que no contexto brasileiro predomina a figura do cuidador informal, que atinge 80 a 90%.

Alguns estudos de caracterização do perfil dos cuidadores de idosos com demência no Brasil destacam que a maior parte dessa população não exerce atividade profissional remunerada, não possui experiência prévia com o cuidado e não dispõe de curso de formação que os capacita para a sua execução (LEMOS et al, 2006).

Os estudos no Brasil demonstram que usualmente os profissionais de enfermagem estão atuando como cuidadores formais (BATISTA E ARAÚJO, 2011). Além disso, atualmente tem sido comum encontrar cuidadores formais preparados em cursos profissionalizantes de cuidadores de idosos ou técnicos de enfermagem atuando nas instituições de longa permanência, abrindo possibilidades para a inserção desses profissionais também no âmbito domiciliar.

Na revisão narrativa da literatura de Vieira et al (2011) são ressaltadas as diferenças entre as definições de cuidadores primários, secundários e terciários:

Os cuidadores primários são os principais responsáveis pelo idoso e pelo cuidado e responsáveis pela maior parte das tarefas. Os secundários podem até realizar as mesmas tarefas, mas o que os diferencia dos primários é o fato de não terem o nível de responsabilidade e decisão, atuando quase sempre de forma pontual em alguns cuidados básicos, revezando com o cuidador primário. Os cuidadores terciários são coadjuvantes e não têm responsabilidade pelo cuidado, substituindo o cuidador primário por curtos períodos e realizando, na maioria das vezes, tarefas específicas como compras, pagar contas e receber pensões.

As atividades exercidas por cuidadores de idosos com demência tendem a ser assumidas por uma única pessoa, denominada de cuidador principal (SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006). Essa pessoa assume e se responsabiliza pelas tarefas de cuidado, incluindo as atividades de higiene, alimentação, supervisão domiciliar, acompanhamento aos serviços de saúde, condução da terapia medicamentosa, entre outras que surgirem em função do quadro de dependência, alterações de comportamento, sintomas psiquiátricos e das necessidades de saúde do idoso. Com frequência, esses cuidadores sobrecarregam-se, pois não possuem ajuda de outro membro da família ou até mesmo do Estado. Logo, acaba centralizando na pessoa do cuidador o elo entre idoso, família e a equipe de saúde (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005).

Os estudos de Gaioli, Furegato e Santos (2012) e Rocha et al (2008) coletaram dados e informações sobre o processo de cuidado a partir das ideias, opiniões e contemplações dos cuidadores, gerando reflexões de que cuidar de um idoso pode ser uma missão, algo que transcende as expectativas de emprego, ocupação, trabalho, atribuição e atividade domiciliar. Também esses mesmos discursos revelam que a outra face do cuidado, a solidão, a sobrecarga, a falta de apoio e recursos pode culminar que o cuidado seja encarado como fardo:

A tarefa de cuidar pode trazer benefícios ou resultados positivos, tais como satisfação pessoal, melhora no senso de realização, aumento do sentimento de orgulho e habilidade para enfrentar novos desafios, melhora no relacionamento com o idoso, sentimento de retribuição, entre outros. Entretanto, o que pode prevalecer, muitas vezes, é a sobrecarga ou o ônus decorrente do estresse emocional, do desgaste físico, de problemas de saúde, das limitações para as atividades de trabalho, lazer e vida social, além dos conflitos familiares, incertezas e insegurança quanto ao trabalho realizado e à proximidade da morte do idoso (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012).

Cuidar do seu idoso fragilizado como missão proporciona sentimentos de gratidão, de reciprocidade e comprometimento entre as gerações. [...] Esses discursos estão repletos de valores que, independentemente do enforque, priorizam a paz, a liberdade, o respeito, o amor, a dedicação e o zelo. São frutos de um trabalho sensível e humano que fortalece sentimentos e conserva a relação entre quem cuida e quem é cuidado (ROCHA et al 2008).

Os cuidadores apresentam dificuldades principalmente porque convivem com limitações, que podem ser diversas, decorrentes do estado patológico do idoso, da falta de organização familiar no enfrentamento dessas novas demandas, bem como a escassez de assistência do sistema de saúde. Além de desempenhar novos papéis e tarefas associadas ao problema do idoso cuidado no domicílio, os cuidadores frequentemente relatam sintomas de

sobrecarga, depressão, ansiedade e estresse que colaboram para o surgimento de problemas relacionados à sua saúde física e mental (RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006).

No estudo de Gaioli, Furegato e Santos (2012) os cuidadores relataram que em decorrência da idade avançada, esses são acometidos por esquecimento, dificuldade auditiva e motora. Esses autores destacam que é um grande desafio lidar com o surgimento das doenças no cuidador, pelo fato de estarem envelhecendo e esse processo não está se consolidando com qualidade. Esse processo também é consequência da sobrecarga oriunda do cuidado do idoso, o que justifica a necessidade da colaboração de outras pessoas para manter o cuidado, sendo elas atuantes como cuidadores formais ou informais.

Shrank et al (2011) realizaram um estudo transversal com o objetivo de avaliar se os cuidadores de idosos aderiam aos seus próprios tratamentos. Como resultado, 45% dos cuidadores mencionaram esquecer-se de administrar seus próprios medicamentos e narraram maior preocupação em seguir os horários de administração dos idosos que recebiam os cuidados. Os cuidadores também apresentaram maiores níveis de não adesão que os pacientes que não prestam cuidados. Assim, ressalta-se a importância da intervenção farmacêutica junto à equipe multiprofissional para destinação de apoio e oferta de serviço ao cuidador como estratégia de promoção das concepções de autocuidado, em uma perspectiva de auxiliá-lo na superação das barreiras do cuidado do idoso, para preservar e conciliar o seu desempenho no cuidado sem detrimento da sua própria saúde.

A discussão sobre a intervenção farmacêutica sobre adesão ao tratamento e uso racional de medicamentos por cuidadores também é oportuna devido o crescente consumo, principalmente de psicofármacos, por esses familiares (CAMARGOS et al, 2012). A maior utilização de medicamentos por esses cuidadores está intrinsecamente ligada à própria ocupação de cuidador, que propicia maior acometimento de doenças ou sintomas psicossomáticos (FERNANDES, 2009). Desse modo, os cuidadores de idosos com demência, por diversas razões, são candidatos a se tornarem novos pacientes e também devem ser atendidos e apoiados pela sociedade como um todo, e, em particular, pelos serviços de saúde.

2.2 A COMPLEXIDADE DE CUIDAR DE UM IDOSO COM DEMÊNCIA: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA DOENÇA

As demências podem ser definidas como síndromes caracterizadas por declínio de memória associado ao déficit de pelo menos outra função cognitiva, com impacto suficiente para interferir no desempenho social do indivíduo, tornando-o paulatinamente dependente de outrem para a realização das atividades da vida diária (CARAMELLI e BARBOSA, 2002; HUANG e MUCKE, 2012).

As atividades da vida diária podem ser subdivididas em avançadas, instrumentais e básicas. As atividades avançadas da vida diária correspondem aos atos mais complexos ligados a automotivação, como o trabalho, atividades de lazer, contatos sociais, exercícios físicos, etc (CALDAS, 2003). As atividades instrumentais da vida diária são indicativas da capacidade para levar uma vida independente na comunidade, como realizar as tarefas domésticas, fazer compras, administrar os próprios medicamentos, gerenciar as finanças, usar o telefone, cozinhar, etc (CARAMELLI e BARBOSA, 2002; SANTANA; SANTOS; CALDAS, 2005). Já as atividades básicas da vida diária compõem as tarefas próprias do autocuidado, como alimentar-se, vestir-se, controlar os processos de micção e defecação, banhar-se, locomover-se, etc (SANTANA; SANTOS; CALDAS, 2005). Usualmente nas demências existe uma hierarquia de comprometimento funcional, em que as atividades avançadas e instrumentais são acometidas de forma antecipada que as atividades básicas (CARAMELLI e BARBOSA, 2002).

O idoso com demência acaba necessitando que sua família assuma a responsabilidade de seu cuidado no domicílio ou até mesmo a sua institucionalização. Com a evolução da doença, gradativamente as atividades dos cuidadores vão ampliando, pois à medida que os idosos com demência deixam de ter capacidade para realizar as atividades da vida diária, elas passam a ser incorporadas dentre as incumbências do cuidado. Esse paciente em situação de crescente dependência acaba requerendo atenção contínua durante o dia-a-dia, o que acarreta um intenso desgaste físico, mental e emocional para os indivíduos envolvidos no cuidado (RAMOS e MENEZES, 2012).

A progressão das demências é variável, o que possibilita no momento do diagnóstico médico a caracterização da sua fase, sendo classificado o processo como inicial/leve, intermediário/moderado e avançado/grave, mesmo diante das diferentes manifestações

clínicas entre os indivíduos acometidos (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012; NITRINI, 2006).

A demência vascular e a doença de Alzheimer constituem as demências com maior prevalência, conforme demonstrado nos estudos epidemiológicos realizados no Brasil (FUJIHARA et al, 2004; NITRINI et al, 2004; VIEIRA et al, 2013). Fornari et al (2010) categorizam esses dois tipos de demência, assim como a frontotemporal e por corpos de Lewy como as demências consideradas irreversíveis.

A doença de Alzheimer tem início insidioso e progressivo, havendo um declínio lento e concomitante da memória, aprendizado, atenção, linguagem e das habilidades visoespaciais e constitui a demência com maior prevalência (FORNARI et al, 2010; TAVARES e AZEREDO, 2003). Caramelli e Barbosa (2002) destacam que “a doença de Alzheimer se caracteriza por processo degenerativo que acomete inicialmente a formação hipocampal, com posterior comprometimento de áreas corticais associativas e relativa preservação dos córtices primários”. Essa distribuição do processo patológico está associado ao déficit colinérgico, caracterizado pela redução do neurotransmissor acetilcolina, diminuição da atividade da enzima colina-acetiltransferase, e declínio do número e sensibilidade dos receptores muscarínicos e nicotínicos (INOUYE, 2008). As alterações cerebrais características da doença de Alzheimer são as placas senis (produtos do metabolismo anômalo da proteína precursora do amilóide) e os emaranhados neurofibrilares (formados a partir do colapso do citoesqueleto neuronal, decorrente da hiperfosforilação da proteína tau) (FORLENZA, 2005). O quadro clínico da doença de Alzheimer é caracterizado por alterações cognitivas e comportamentais do paciente, que pode apresentar preservação do funcionamento motor e sensorial até as fases mais avançadas da doença (CARAMELLI e BARBOSA, 2002). Os sintomas psicológicos podem ser depressivos e os comportamentais podem manifestar-se na forma de insônia, agitação psicomotora e hipersexualidade (TRUZZI e LAKS, 2005).

A demência vascular refere aos quadros demenciais causados pela presença de doença cardiovascular, sendo atribuída como a segunda demência de maior prevalência (FORNARI et al, 2010). Os fatores de risco para a demência vascular são o tabagismo, a obesidade, a dislipidemia, a arterosclerose, a diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial sistêmica (KORCZYN; VAKHAPOVA; GRINBERG, 2012). A sua fisiopatologia costuma estar associada às grandes lesões tromboembólicas (demência por múltiplos infartos), aos estados lacunares e as lesões únicas em locais estratégicos (tálamo, giro angular esquerdo, núcleo

caudado), as lesões da substância branca (doença de Binswanger) e aos acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos (CARAMELLI e BARBOSA, 2002; KORCZYN; VAKHAPOVA; GRINBERG, 2012). Ao contrário do que é esperado na Doença de Alzheimer, as manifestações clínicas da demência vascular podem ter início abrupto (SMID et al, 2001). Os sinais e sintomas clínicos dependem do local anatômico da lesão, podendo incluir disfunção executiva, afasia, apraxia, agnosia, heminegligência, confusão, déficit visuo-espacial, amnésia anterógrada, sinais motores focais, ataxia, histórico de quedas, paralisia pseudobulbar, mudanças de humor e personalidade e disfunções cognitivas (FORNARI et al, 2010).

A demência por corpo de Lewy é a causa mais comum de demência com parkinsonismo. Seu quadro clínico é caracterizado por flutuação dos déficits cognitivos (em questão de minutos ou horas), alucinações visuais bem detalhadas, vívidas e recorrentes, alteração no comportamento, modificações no movimento e sinais parkinsonianos extrapiramidais (CARAMELLI e BARBOSA, 2002; HANAGASI; BILGIÇ; EMRE, 2013; TAVARES e AZEREDO, 2003). Ao exame neuropatológico há presença de corpos de Lewy em regiões corticais e subcorticais, sendo essas estruturas de localização intracitoplasmática, esféricas e eosinofílicas, podendo localizar-se fora dos neurônios (TAVARES e AZEREDO, 2003).

A demência frontotemporal produz atrofia cerebral seletiva envolvendo os lobos temporal e frontal (WARREN, 2013). Esse tipo de síndrome demencial é caracterizado por distúrbios cognitivos, comportamentais e linguísticos e as manifestações clínicas tendem manifestar-se cedo, por volta dos 57 anos, sendo rara depois dos 75 anos (BAHIA; TAKADA; DERAMECOURT, 2013; FORNARI et al, 2010). Estudos de autópsias, neuroimagem e líquido cefalorraquidiano sugerem que a fisiopatologia da demência frontotemporal esteja associada a uma deficiência pós-sináptica do neurotransmissor serotonina, que está intimamente relacionada com o comportamento (HUEY; PUTNAM; GRAFMAN, 2006). O quadro clínico é caracterizado por alterações precoces de personalidade, de comportamento (isolamento social, padrão de alimentação não usual, conduta ritualística, apatia, perda de crítica, desinibição, impulsividade, irritabilidade, inflexibilidade mental, sintomas depressivos, sinais de hiperoralidade e descuido da higiene pessoal), redução da fluência verbal, estereotípias e ecolalia, de início insidioso e caráter progressivo (CARAMELLI e BARBOSA, 2002; FORNARI et al, 2010). A memória e as habilidades visuoespaciais encontram-se relativamente preservadas (CARAMELLI e

BARBOSA, 2002). Essa demência pode estar associada com parkinsonismo ou doença neuromotora (WARREN, 2013).

Através da análise das condições clínicas mencionadas, é notável perceber que os diversos tipos de demência são altamente incapacitantes para o paciente e isso tem impacto profundo sobre o cuidado. Além disso, é importante destacar que o paciente não somente terá uma relação de dependência com o cuidador para realização das variadas atividades de vida diária, mas também os diversos sintomas, como por exemplo, os comportamentais, podem interferir na dinâmica das relações interpessoais de todos os envolvidos com o cuidado, tornando-as vulneráveis e instáveis. Diversos estudos assinalam que os cuidadores são vítimas de atos de violência, pois são vistos com estranhamento pelos pacientes demenciados. Esses cuidadores também entram em isolamento social, em função do abarrotamento de funções junto ao idoso, bem como o medo de sentir represálias e constrangimento por conta de condutas inesperadas tomadas pelo paciente (com destaque para aquelas decorrentes da desinibição e quadros alucinatórios) quando na presença de outras pessoas familiares e não-familiares (CARON R. e CARON L., 2010; OLIVEIRA e CALDANA, 2012). As demandas físicas, emocionais e sociais podem tornar os cuidadores exaustos, deprimidos, impacientes, solitários, enfurecidos e estressados, não somente com idoso, mas outros familiares e pessoas próximas (OLIVEIRA e CALDANA, 2012).

2.3 A COMPLEXIDADE DE CUIDAR DE UM IDOSO COM DEMÊNCIA: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA FARMACOTERAPIA

A ampliação da expectativa de vida da população culminou a elevação da prevalência das doenças crônico-degenerativas e co-morbidades, favorecendo a exposição da população idosa a polifarmácia e, por conseguinte, a problemas relacionados a medicamentos decorrentes desse uso (ACÚRCIO et al, 2009). Neste contexto, destaca-se também o fato do envelhecimento ser acompanhado de mudanças fisiológicas, que reduzem a eficácia homeostática e a regulação sistêmica, promovendo alterações nas funções cardíaca, renal, gastrointestinal e neuroendócrina que podem contribuir para respostas inadequadas aos medicamentos (MANGONI e JACKSON, 2003; MCLEAN e LE COUTEUR, 2004). Cabe ressaltar que a taxa e o significado das alterações fisiológicas e, conseqüentemente,

farmacocinéticas e farmacodinâmicas dos medicamentos relacionadas à idade são variáveis e dependem inclusive de fatores genéticos, físicos e ambientais (ARNSTEIN, 2010). Neste sentido, destacam-se os idosos frágeis, que estão mais suscetíveis as tais alterações devido à presença de múltiplas doenças (WOODHOUSE e O'MAHONY, 1997).

Peculiaridades da fisiologia do paciente geriátrico podem interferir sobre parâmetros farmacocinéticos, como biodisponibilidade, início da ação, ligação às proteínas plasmáticas, biotransformação, taxa de eliminação e o tempo de meia vida dos fármacos (MCLEAN e LE COUTEUR, 2004; SHI; MÖRIKE; KLOTZ, 2008). Dentre as alterações farmacocinéticas clinicamente significativas, destacam-se aquelas relacionadas à eliminação de fármacos, produzidas pelo aumento da meia vida de eliminação em consequência do maior volume aparente de distribuição (agentes lipossolúveis) e/ou redução na depuração hepática ou renal (MANGONI e JACKSON, 2003; SHI; MÖRIKE; KLOTZ, 2008).

Com o envelhecimento, ocorrem também alterações farmacodinâmicas que irão influenciar na sensibilidade ao medicamento, no desenvolvimento de tolerância e na resposta clínica (MANGONI e JACKSON, 2003). Dentre as alterações, as que afetam o sistema cardiovascular e o sistema nervoso central são as mais bem estudadas. Como exemplo, destaca-se que os idosos estão mais sensíveis aos efeitos anticolinérgicos, os quais podem ser observados com o uso de antidepressivos tricíclicos sob a forma de agitação, confusão mental, delírio e síndrome de retirada (HILMER; MCLACHLAN; LE COUTEUR, 2007). Tal fato resultou em uma mudança no padrão de uso de antidepressivos em idosos, reduzindo as prescrições dos tricíclicos e priorizando as dos inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), que apresentam efeitos anticolinérgicos de menor intensidade (LOTRICH e POLLOC, 2005). A idade também está associada ao aumento da sensibilidade aos benzodiazepínicos, que quando utilizados por longos períodos são responsáveis por quedas e fraturas nesses pacientes (VAN DER HOOFT et al, 2008).

Em um estudo transversal realizado por Aziz et al (2011) com idosos do município de Florianópolis, Santa Catarina, foi observado que a classe de medicamentos mais utilizada corresponde à cardiovascular, seguida por trato alimentar-metabolismo e sistema nervoso. Já o estudo observacional exploratório de Correr et al (2007) relatou que os idosos em instituição de longa permanência apresentavam maior utilização dos fármacos de atuação do sistema nervoso central, seguido por sistema cardiovascular e aparelho digestório e metabólico (HAMRA; RIBEIRO; MIGUEL, 2007). Essas diferenças podem ilustrar as variações do

padrão de acometimento de doenças entre regiões, assim como a diversidade do perfil de usuários atendidos pelos serviços de saúde. Contudo, cabe destacar que o fato da maioria desses medicamentos serem de uso contínuo implica esquemas terapêuticos cuja complexidade pode prejudicar a sua execução, tanto pelos idosos quanto pelos familiares daqueles considerados dependentes.

De fato os medicamentos estão entre as tecnologias em saúde mais utilizadas e de grande valor no tratamento das doenças nos idosos, aumentando a sobrevida e qualidade de vida (PIZZOL et al, 2012). Contudo, verifica-se uma alta prevalência do uso de medicamentos por essa população no Brasil e isso pode ser resultado de prescrição irracional de múltiplos fármacos, bem como ilustra a desigualdade na distribuição e utilização dos medicamentos entre os diferentes estratos sociais.

A polifarmácia pode trazer consigo a utilização de medicamentos inapropriados para os idosos (GORZONI; FABBRI; PIRES, 2012), induzindo à subutilização de medicamentos essenciais para o adequado controle das doenças prevalentes nesse grupo etário (ACÚRCIO et al, 2009). Além disso, se configura um fator de risco para o surgimento de interações medicamentosas, intoxicações e reações adversas a medicamentos. Esses desfechos, por sua vez, podem desencadear a piora de uma condição clínica, resultar uma nova enfermidade, aumentar a taxa de mortalidade e gerar custos exorbitantes para o sistema de saúde, principalmente por incremento das internações hospitalares (SECOLI, 2010). Observa-se também que um número vultoso de medicamentos no tratamento da população idosa materializa uma barreira para a adesão à medicação (ROCHA et al, 2008). Portanto, a farmacoterapia dos idosos está sujeita a vários fatores que podem interferir com sua racionalidade.

Segundo Martins et al (2007) as principais necessidades educativas dos cuidadores estavam relacionadas às doenças e seus agravos, à terapia medicamentosa, dietas e exercícios físicos; o que reforça a imprescindibilidade da atuação multiprofissional na elaboração e execução das práticas educativas voltadas para os cuidadores. Nesse sentido destaca-se o farmacêutico como agente importante de ações educativas voltadas para os cuidadores de idosos sobre os diversos aspectos que permeiam a terapia medicamentosa.

2.4 ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO À MEDICAÇÃO

A maioria dos estudos que abordam os cuidados desempenhados pelos familiares tem ignorado a responsabilidade diária da administração de medicamentos para um idoso dependente (TRAVIS; BETHEA; WINN, 2000).

Teixeira e Lefèvre (2001) realizaram um estudo qualitativo com idosos a fim de identificar a relação desses pacientes com os seus medicamentos. O primeiro aspecto a ser discutido foi se o paciente necessita de alguém para tomar os medicamentos. Foram encontradas duas ideias centrais de acordo com situação dos idosos, categorizados em independentes ou dependentes. Na primeira, o discurso do sujeito coletivo revela que ele detém controle e segurança para administrar os seus medicamentos e pela sua vivência, já se acostumou com a rotina do tratamento farmacológico frente às suas doenças. Já no discurso do sujeito coletivo dependente, o idoso tem necessidade de ajuda para lembrar-se de administrar os medicamentos no momento adequado, e, nessa situação, é indispensável a presença do cuidador na CTM.

Travis, Bethea e Winn (2000) realizaram um estudo qualitativo objetivando analisar as dificuldades e as preocupações descritas por cuidadores familiares de idosos que possuem a responsabilidade de administração de medicamentos. Segundo relato de alguns cuidadores, no procedimento de administração em si, a queixa maior estava relacionada com a administração dolorosa (intramuscular, subcutânea, entre outras) ou constrangedora (supositório, intravaginal, etc) de medicamentos. Embora poucos idosos necessitem desses tipos de vias de administração, para esses cuidadores em específico, a tarefa é muito árdua e pode, naquele momento, gerar uma situação de conflito com o idoso. Por isso é fundamental que esses cuidadores recebam orientações farmacêuticas de como proceder nesses casos, pois uma conduta inadequada na oferta do medicamento ao idoso do cuidador pode colocá-lo em risco de sofrer violência doméstica.

2.5 O ACESSO AOS MEDICAMENTOS

O acesso aos medicamentos é um indicador da qualidade e resolutividade do sistema de saúde e um determinante importante do cumprimento do tratamento prescrito (PANIZ et al, 2008). Segundo o Ministério da Saúde (2005) o acesso se concretiza com a utilização do medicamento, caracterizando-se como um fator mediador entre a capacidade de um sistema de saúde de oferecer o produto e o seu consumo real. No contexto da farmacoterapia do idoso, caracterizada pela alta necessidade de consumo de medicamentos se comparado aos outros grupos populacionais, a garantia do acesso torna-se ainda mais desafiadora para as famílias e sistema de saúde.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) revelou que 50% dos idosos da amostra populacional apresentava renda pessoal próxima de um salário mínimo e o gasto médio mensal com medicamentos comprometia aproximadamente um quarto da renda (23%) (SILVA et al, 2012). A falta de acesso ao medicamento e o seu alto custo constituem obstáculos a serem superados no enfrentamento dos problemas de saúde, conforme evidenciado no relato dos idosos que participaram de um estudo qualitativo (UCHÔA et al, 2011). Ainda de acordo com essa pesquisa, as entrevistas com os idosos reforçam a ideia de que o acesso aos medicamentos é profundamente influenciado pelo poder de compra do usuário. Contudo, a relação entre custo e acesso é complexa e deve ser compreendida dentro da análise do contexto social dos idosos, pois ter maior poder aquisitivo não determina que as famílias utilizarão as suas finanças para a compra dos medicamentos.

Um estudo investigou a relação entre os fatores estressores relacionados com a medicação e o surgimento de depressão nos cuidadores (BYRD, 2007). Dentre esses fatores, encontravam-se as atividades relacionadas ao acesso aos medicamentos. O estudo, além de questionar aos cuidadores sobre as dificuldades financeiras em relação à obtenção dos medicamentos, também analisou outros recursos compreendidos nesse processo, como o tempo gasto e a forma de deslocamento a ser realizada das casas até as farmácias. No estudo qualitativo com a população de baixa renda da região do Butatã, em São Paulo, foram encontradas dificuldades no acesso aos medicamentos devido à falta de abastecimento desses produtos nos postos de saúde, assim como a má divulgação de informações sobre os programas de distribuição gratuita (BELLO, 2009). Segundo o mesmo estudo, para aprimorar o acesso aos medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica aos

pacientes é indispensável a diminuição da burocratização, redução do tempo de espera e disponibilidade de informações claras pelos profissionais de saúde. Os estudos sobre o acesso aos medicamentos no Brasil devem contemplar todos esses aspectos, pois esse processo é multifacetado, plural e complexo e não se restringe somente ao aspecto econômico na aquisição desses produtos pelas famílias.

Os serviços de saúde, pautados nos princípios da educação em saúde, devem sistematizar ações educativas para garantir a divulgação das redes de cuidado relacionado à assistência farmacêutica, da relação de medicamentos essenciais disponibilizados pelos serviços, dos percursos e processos para a obtenção do medicamento por meio do sistema de saúde, entre outras que se fizerem necessárias. Essas intervenções devem contemplar tanto os profissionais de saúde (em destaque os prescritores) quanto os usuários dos serviços.

2.6 A OBSERVAÇÃO CLÍNICA E A COMUNICAÇÃO DOS CUIDADORES COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

É de competência dos cuidadores o acompanhamento dos seus idosos aos serviços de saúde. Nesse momento, o familiar atua como importante emissor de informações sobre a saúde do idoso e ao se comunicar com os profissionais de saúde, ele colabora para realização de uma avaliação clínica efetiva (WHITLATCH, 2008). Por consequência, quando os serviços de saúde pretendem investigar a adequação da farmacoterapia do idoso, cabe principalmente ao cuidador relatar as alterações comportamentais e funcionais do paciente, de modo a subvencionar os julgamentos clínicos da prescrição medicamentosa pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, o cuidador deve ser capacitado a observar o idoso e sentir-se estimulado a relatar as alterações do paciente nos atendimentos dos serviços de saúde.

Os cuidadores informais de idosos relataram dificuldades na observação e na forma de lidar com as reações adversas a medicamentos, assim como dificuldades na compreensão desse tipo de informação nas bulas dos medicamentos (SMITH et al, 2003). Diante desse cenário, os profissionais de saúde devem capacitar os cuidadores de idosos para observar as alterações do idoso em uso de medicamentos, bem como estabelecer diálogo horizontal e democrático, criando espaços para que os cuidadores possam falar e ser atentamente ouvidos,

por meio de escuta qualificada. Essa prontidão na busca ativa e coleta sistemática de informações a partir das narrativas dos cuidadores auxiliarão os profissionais de saúde na detecção e classificação das reações adversas a medicamentos nos idosos, constituindo-se ferramenta indispensável nas ações de farmacovigilância.

A comunicação entre cuidador e o idoso é muito importante para a avaliação clínica e a transmissão dessas informações é essencial para os profissionais/serviços de saúde. No entanto, essa troca de informações deve inserir as concepções do idoso, sendo necessária a pactuação das preferências de cuidados que eles desejam receber do seu familiar e dos serviços de saúde. Whitlatch (2008) defende que esse diálogo é possível até mesmo nos idosos com demência. Aqueles com scores de 18 a 26 no Mini-Exame do Estado Mental e que normalmente encontram-se na fase leve e moderada são capazes de responder sobre as opções de cuidado que pretendem receber. Essa prerrogativa é um instrumento eficiente tanto na melhora da assistência à saúde do idoso, quanto no estabelecimento de uma relação harmoniosa e humanizada entre paciente e prestadores de cuidado.

O estabelecimento da comunicação baseada na tríade cuidador-idoso-profissionais de saúde deve ser indissociável e a mais democrática possível, pois esse elemento é essencial no acompanhamento clínico do estado de saúde do idoso e faz parte do tratamento humanizado (CAPRARA e FRANCO, 1999). Além disso, a consolidação de uma comunicação efetiva entre serviços de saúde e familiares abre possibilidades para o fornecimento oportuno de assistência e apoio à saúde física e mental dos cuidadores.

2.7 O ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS

Os estoques domiciliares são compostos por medicamentos que foram sujeitos a prescrição médica e que sobram de tratamentos anteriores ou são compostos por produtos adquiridos por automedicação (LASTE et al, 2012).

A farmácia domiciliar, frequentemente depositada em ambientes e recipientes inadequados, propicia diversas possibilidades de consumo irracional, de desperdícios por não utilização dos medicamentos que perdem a sua validade, maior predisposição para a automedicação não responsável, o aumento do risco de exposições tóxicas não intencionais (principalmente por crianças e idosos) e intencionais (especialmente por adolescentes e

adultos), polifarmácia, perda de efetividade, segurança e qualidade dos produtos farmacêuticos, entre outros desfechos (TOURINHO et al, 2008).

Essas tecnologias em saúde devem ser guardadas em local arejado e seguro, cuja alocação permita somente a acessibilidade daqueles que irão utilizá-lo corretamente. Além disso, os medicamentos não podem estar expostos à luz, calor ou umidade; caso contrário haverá alterações na estabilidade física, química e microbiológica desses produtos. Eles devem estar estocados na sua embalagem original, identificados pelo nome comercial ou genérico, princípio ativo, com data de validade e lote (MASTROIANNI et al, 2011).

Serafim et al (2007) analisaram os teores e a qualidade microbiológica da dipirona armazenada nos domicílios da cidade de Araraquara em São Paulo. Na análise quantitativa, as amostras analisadas apresentavam perdas de até 42,6% dos teores de dipirona quando comparados com o controle. Também foram encontradas nas amostras de dipirona analisadas *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* e *Salmonella* sp, microrganismos considerados patogênicos e, portanto, devem estar ausentes em preparações para uso interno. A análise microbiológica também revelou grande número de fungos e leveduras, sendo esses microrganismos encontrados em 26,2% das amostras analisadas. O estudo destaca a importância da atuação farmacêutica, com ênfase para a atenção farmacêutica, para reorientação da prática profissional e a promoção das orientações sobre o uso e armazenamento corretos dos medicamentos. Também é frisado que o medicamento armazenado inadequadamente pode conter teores abaixo dos valores estabelecidos e embora esteja dentro do prazo de validade, não promove a atividade terapêutica esperada.

Mastroianni et al (2011) realizaram um estudo transversal em 280 domicílios em um município do Estado de São Paulo para descrever a ocorrência de estoques de medicamentos nos domicílios, as condições de armazenamento e o modo de uso desses medicamentos na população atendida pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Como resultado do estudo foi identificado que em alguns domicílios o armazenamento de medicamentos era feito em mais de um local, havendo geralmente um local para medicamentos em uso e outro local para as sobras de antigos tratamentos. Em 212 casos (65,1%), o local de armazenamento foi a cozinha, seguido por quarto (27,9%), sala (5,8%) e banheiro (1,2%). Apenas um em cada quatro locais foi considerado seguro e adequado para o armazenamento dos medicamentos.

Ribeiro e Heineck (2010) realizaram um estudo com a finalidade de examinar o estoque de medicamentos em uma comunidade assistida pelo Programa Saúde da Família. Os

medicamentos foram frequentemente encontrados no quarto (42,9%), cozinha (40,6%), sala (10,2%), copa (3,2%) e banheiro (2,9%). Nesses locais, ficavam armazenados dentro de armários, gavetas, em cima de móveis (mesa) e eletrodomésticos (geladeira), janelas da cozinha, banheiro e guarda-roupas.

Ainda sobre o estudo de Ribeiro e Heineck (2010) foi encontrada proporção de 18,5% de medicamentos com o prazo de validade expirado. Parte desses medicamentos era adquirida por doações e o percentual de vencimento foi maior, provavelmente, porque as pessoas recebem medicamentos dos quais não têm necessidade de uso.

No estudo de Mastroianni et al (2011) também foram observados que a maioria dos domicílios as especialidades farmacêuticas estavam sem diversos dados, tais como data de validade, bula, número do lote ou nome do princípio ativo. As políticas na área de fracionamento de medicamentos no Brasil não efetivaram a obrigatoriedade dessas informações em toda extensão das embalagens primárias. Muitas indústrias farmacêuticas produzem blisters que se forem submetidos ao processo de fracionamento, alguns não apresentaram dados de identificação de forma completa em todo o seu corpo. A falta dessas informações leva ao uso de medicamentos vencidos, constituindo um risco à saúde do usuário. A escassez de informações na embalagem primária dos medicamentos também pode induzir o uso incorreto, pela confusão de medicamentos com características físicas semelhantes. Além disso, em casos de manifestações de reações adversas, a ausência dessas informações inviabiliza a identificação do medicamento utilizado e do seu fabricante, prejudicando ações de rastreabilidade da farmacovigilância.

A medicalização da sociedade e, por consequência, do grupo dos idosos também estão relacionados com a compra compulsiva dos medicamentos, resultando o hábito de estocá-los. A motivação da aquisição muitas vezes se dá como reflexo ao modelo político-econômico do sistema de produção capitalista, cujo objetivo é o consumismo desenfreado de bens, serviços e produtos, mesmo que esse processo se dê de forma irracional e, no caso dos medicamentos, por exemplo, culmine na geração de riscos para a saúde do usuário (VANZELER e RODRIGUES, 1999).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a dinâmica e o contexto da conduta do tratamento medicamentoso por cuidadores de idoso com demência.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Apontar as principais dificuldades presentes na conduta do tratamento medicamentoso pelos cuidadores.
- 2) Identificar os obstáculos a serem superados pelos cuidadores no acesso e administração dos medicamentos.
- 3) Revelar as estratégias elaboradas pelos cuidadores para a promoção do uso racional de medicamentos para o idoso com demência.

4. MÉTODOS

4.1 O LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa foi conduzida no Centro de Multidisciplinar do Idoso (CMI), situado no Hospital Universitário de Brasília (HUB) no Distrito Federal. O CMI atua como serviço de referência nacional e internacional no atendimento dos idosos com demência, especialmente os idosos com diagnóstico de doença de Alzheimer (CAMARGOS et al, 2012; HUB, 2012).

O serviço foi inaugurado em dezembro de 2002 e destaca-se pela assistência não só do idoso, mas também aos familiares, sob a ótica do atendimento multidisciplinar e sistêmico (HUB, 2002). Atualmente a equipe multiprofissional do serviço conta com profissionais das seguintes áreas: medicina geriátrica, farmácia, odontologia, neuropsicologia, serviço social, psicologia clínica, enfermagem, terapia ocupacional e fisioterapia. A composição da equipe se dá pelos profissionais do hospital universitário, professores e estudantes de graduação e pós-graduação. Os professores atuam como profissionais voluntários do serviço.

O CMI é referência não só na prestação de serviço de saúde que prima pela qualidade de vida dos idosos e família, mas também constitui um importante centro na formação de profissionais na área de geriatria/gerontologia. Além disso, no âmbito desse serviço também são realizadas pesquisas pelas diversas áreas que compõe a equipe multidisciplinar.

Os familiares e pacientes que são atendidos no CMI normalmente são oriundos de encaminhamentos de outros serviços, principalmente da geriatria do HUB. Todos os familiares e pacientes são submetidos a uma avaliação pela equipe multiprofissional e, dependendo da suspeita diagnóstica, do quadro clínico e do local de residência, esses podem ser contra referenciados para outros serviços.

4.2 TÉCNICAS DE PESQUISA

No Brasil, escassos estudos que aprofundem a compreensão da rotina do uso de medicamentos e a dinâmica das famílias que prestam cuidados domiciliares aos idosos com demência. Para essa discussão, esse estudo utilizou a metodologia qualitativa aplicada à saúde, com intuito de entender o seu significado individual ou coletivo para a vida das famílias cuidadoras (TURATO, 2005).

Turato (2005) realizou um estudo que comparou os métodos de pesquisa qualitativo e quantitativo, objetivando evidenciar as suas definições, características e assuntos de interesse. Dentre os constructos valorizados pela pesquisa qualitativa encontra-se o estudo de como são vivenciados os problemas dos profissionais de saúde, familiares ou pessoas relacionadas, por prestarem cuidados aos doentes ou incapacitados. É importante enunciar e valorizar os relatos dos cuidadores e nessa perspectiva destaca-se o papel da pesquisa qualitativa, pois permite que esses aspectos sejam contemplados de forma legítima, íntima, integradora e emancipadora.

Nogueira-Martins e Bógus (2004) destacam que as técnicas de entrevista, observação e grupo focal são as mais empregadas na metodologia qualitativa em saúde. Para esses autores a utilização da observação possui como vantagem a passagem do pesquisador por mais tempo no ambiente, o que diminui a probabilidade de que as pessoas alterem o seu comportamento com sua presença. Para ampliar as possibilidades de exploração das vivências e experiências relacionadas à CTM pelas famílias cuidadoras de idosos com síndromes demenciais, esse estudo utilizou a técnica de observação participante nos atendimentos farmacêuticos e reunião da equipe multiprofissional nos dias do acolhimento no CMI.

4.3 A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

A observação participante foi conduzida entre junho a novembro de 2013. Em junho de 2013 foi realizado o período de visitação e incorporação da pesquisadora principal no

serviço. De julho a novembro de 2013 foi realizada a coleta dos dados. No total, foram observados 44 atendimentos farmacêuticos e 19 reuniões da equipe multiprofissional.

Para a realização da observação participante foi seguido os critérios definidos por Patton (1990) e que estão descritos no trabalho de Nogueira-Martins e Bógus (2004):

a) habilidades do pesquisador para inserção no ambiente de pesquisa: a pesquisadora principal visitou por um mês o serviço do CMI para ambientação no serviço de saúde.

b) habilidades interpessoais: após a fase de visitação que possibilitou o estabelecimento de relações interpessoais com os profissionais e usuários do serviço de saúde, a pesquisadora pôde se inserir na rotina do serviço paulatinamente, a fim de minimizar o estranhamento acarretado pela incorporação de uma pessoa que não compõe o quadro de profissionais do serviço.

c) critérios para seleção do material a ser registrado: foram captadas as informações segundo objetivos do estudo e roteiro de observação participante previamente elaborado (apêndice 1).

Para Queiroz et al (2007) uma atitude de observador científico consiste em colocar-se sob o ponto de vista do grupo pesquisado, com respeito, empatia e inserção o mais íntima possível. Seguindo esse pressuposto, após a observação do atendimento farmacêutico e quando percebida a imprescindibilidade de maior compreensão da realidade do cuidado, a pesquisadora principal também participava da entrevista do cuidador no serviço de psicologia clínica e outros que se aprofundavam na discussão social do caso.

Valladares (2007) discutiu os dez mandamentos da observação participante, sendo que o sétimo relata que o pesquisador ao utilizar a técnica deve saber ouvir, escutar, ver, fazer uso de todos os sentidos. Ela acrescenta que é preciso aprender quando perguntar e quando não perguntar, assim como que perguntas fazer na hora certa. Baseado nessas recomendações, durante o processo da observação participante, a pesquisadora principal percebia nos nuances do relato as condições para a realização de intervenções na forma de questionamentos.

Para a realização dos registros dos dados foram utilizadas as anotações em papel (espécie de diário de campo) pela pesquisadora principal e gravação do áudio dos atendimentos farmacêuticos e das reuniões da equipe multiprofissional. Esses recursos foram

utilizados para aprimorar a captação das informações no ambiente da pesquisa, pois somente a utilização de um único método de coleta poderia implicar na perda de dados. No mesmo dia do atendimento eram realizadas as transcrições do áudio e anotações em papel pela pesquisadora principal, para assegurar a legitimidade das informações.

Após a coleta dos dados, eles foram sistematicamente organizados nas fichas de registro de atendimento (apêndice 1), seguindo as orientações constantes no referencial de Queiroz et al (2007). Nesse espaço as informações de interesse eram destacadas e algumas reflexões já eram realizadas no seu próprio preenchimento.

4.3.1 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DO ATENDIMENTO FARMACÊUTICO

No CMI há uma vez por semana o serviço do acolhimento. Nesse momento, vários profissionais de saúde atendem os cuidadores e os idosos com prognóstico/diagnóstico de demência. Como resultado da decisão clínica baseada na integração desses múltiplos atendimentos na reunião da equipe multiprofissional, os cuidadores e os idosos poderão ser incorporados no atendimento ambulatorial do serviço ou serem encaminhados para outro, no próprio HUB ou em localidades de atendimento a saúde do idoso e família.

Como os cuidadores e idosos passam por diversos atendimentos no mesmo dia, em um único turno no dia do acolhimento, foram estruturados questionários sucintos para a coleta de dados específicos de acordo com cada área de atuação profissional. Isso propiciou o melhoramento do tempo de atendimento e diminuição do questionamento exaustivo dos mesmos dados pelos diversos profissionais que compõe o serviço. Além disso, já é discutida no serviço a implantação das linhas de cuidado, em consonância com a proposta de integralidade das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (MALTA e MERHY, 2010).

No momento do acolhimento é realizado o atendimento da farmácia clínica. Ainda não há um serviço prestado por farmacêuticos lotados no CMI. Os atendimentos são conduzidos pela professora de graduação que possui o acompanhamento dos estudantes de graduação e pós-graduação de Ciências Farmacêuticas da Universidade de Brasília. Nesse atendimento é

realizada uma investigação da farmacoterapia do paciente e são explorados diversos aspectos, como adesão à medicação, administração, conhecimento, adequação terapêutica, armazenamento, automedicação e acesso aos medicamentos (anexo 2).

Os atendimentos farmacêuticos são conduzidos por meio de um diálogo horizontal, o que possibilita o registro de dados que contemplam relatos espontâneos sobre os diversos aspectos, rotinas e processos relacionados à CTM. Assim, a observação participante desse momento permitiu a coleta de informações que ultrapassavam os questionamentos relacionados ao questionário do atendimento (anexo 2), sendo captadas outras informações provenientes do cotidiano do cuidado.

4.3.2 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DA REUNIÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A proposta do trabalho da equipe de saúde tem sido veiculada como estratégia para superar o processo de especialização na área (PEDUZZI, 2001). O trabalho em equipe permite uma análise aprofundada sobre o caso clínico do paciente, compreendendo-o em sua totalidade e todos os fatores que culminaram com o processo de adoecimento. Nesse sentido, é importante incorporar componentes na equipe que possuam formação humanista, saibam cuidar do paciente respeitando as demais áreas de atuação e que tenha engajamento na integração dos conhecimentos.

A reunião da equipe multiprofissional tem a finalidade de estabelecer as intervenções mais adequadas para a prevenção de doenças, recuperação e promoção da saúde do idoso, bem como oferecer a assistência psicológica e social para os cuidadores. A pesquisadora principal registrava as informações da reunião, também por meio das gravações de áudio e anotações em papel. Esse acompanhamento foi essencial tendo em vista que muitas informações consideradas valiosas pelo estudo não eram relatadas nos atendimentos farmacêuticos, mas eram obtidas por meio dos relatos dos outros profissionais de saúde.

A participação da pesquisadora na reunião da equipe multiprofissional também possibilitou o entendimento de outros aspectos, especialmente os sociais, que estavam intimamente relacionados com a qualidade do cuidado prestado pela família.

4.4 AMOSTRA E SUJEITOS DA PESQUISA

Na abordagem qualitativa de pesquisa as amostras são propositais, já que se busca apreender e entender certos casos selecionados, sem a necessidade de generalização para a população estudada (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004). A amostra não foi pré-determinada sendo proposital (todos os casos), seguindo um processo de “amostragem teórica”.

Para Miasso, Cassiani e Pedrão (2008) a amostragem teórica significa que a seleção dos participantes é direcionada pela análise emergente. Assim, o critério de seleção é o da relevância teórica para a descoberta e desenvolvimento do fenômeno estudado, sendo a captação dos participantes do estudo se deu até o momento no qual os dados foram considerados satisfatórios pelos pesquisadores.

O presente estudo adotou o termo “família” para denominar os cuidadores considerados formais e informais segundo a reflexão suscitada no estudo de José (2012). Para esse autor há uma dicotomia entre os termos “desfamiliarização” e “familiarização” para a classificação dos tipos de cuidadores. Segundo o estudo, não há existência de dois pólos entre cuidadores familiares e não-familiares, já que a forte participação de cuidadores não familiares não significa uma “desfamiliarização” dos cuidados:

Por exemplo, uma empregada doméstica que está disponível 24 horas por dia para prestar cuidados, dormindo inclusivamente na casa do idoso, pode ser tratada pelo idoso (e também pelos seus familiares) como se fosse da família, e agir, na prática, enquanto tal. Assim, neste exemplo, é mais adequado falar-se em “familiarização” de cuidados não familiares e não tanto de desfamiliarização (JOSÉ, 2012).

Os sujeitos da pesquisa foram os cuidadores de idosos com demência atendidos no acolhimento do CMI. No momento da observação participante foram coletadas informações referentes à atuação e percepção dos cuidadores, incluindo os formais e informais, sobre a

condução da farmacoterapia. Eles receberam essa categorização de acordo com a classificação da OMS (2005) já mencionada na revisão da literatura. Não obstante, os diversos diálogos dos cuidadores que eram complementados ou contrastados pelas narrativas dos idosos demenciados também foram considerados, preservando-se os espaços de falas na busca de uma compreensão íntima da dinâmica do cuidado.

Na exploração das opiniões dos idosos foram compiladas as ideias daqueles que participaram verbalmente dos atendimentos farmacêuticos. Esses idosos, exceto em um caso, sempre estavam acompanhados pelos respectivos cuidadores. Embora a amostra principal do estudo sejam os seus cuidadores, ao longo da realização da pesquisa foi percebida a importância de democratizar o espaço de fala, estendendo-a aos idosos que enriqueciam e complementavam os achados do estudo por meio dos seus relatos.

Para a captação do relato dos participantes para a realização da pesquisa foram observados os seguintes critérios de inclusão: ser cuidador de um idoso com diagnóstico de demência, possuir idade maior ou igual a 18 anos, administrar medicamentos e aceitar participar do estudo.

Não foram compilados os dados dos participantes que recusaram participar do estudo, os idosos que em avaliações clínicas posteriores receberam o diagnóstico de outra enfermidade e que foi excluída a hipótese de demência. Foram considerados inaptos os sujeitos que possuíam o diagnóstico de demência, mas não possuíam idade igual ou superior a 60 anos de idade, de acordo com as premissas de idade estabelecidas no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para a execução da pesquisa preliminarmente foi submetido o projeto para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília (UnB), sendo concedida a autorização sob número de parecer 330.999 (anexo 1), em obediência à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

4.6 TRATAMENTOS DOS DADOS

Para a publicação das diferentes narrativas dos sujeitos participantes dos atendimentos, foi atribuída a identificação numérica (idoso 1, idoso 2, cuidador 1, cuidador 2 e assim sucessivamente), para preservar o sigilo das informações.

As informações registradas durante a coleta de dados foram transcritas e analisadas para a identificação de termos e categorias utilizando como referência a técnica de análise temática da análise de conteúdo.

Seguindo as premissas de Minayo (2000), houve análise dos discursos dos sujeitos da pesquisa, resultando um desmembramento dos núcleos de sentido que fazem parte da comunicação. As ideias contidas nesses enunciados originaram as unidades de significado, que foram organizadas por dois pesquisadores do estudo em categorias e sub-categorias, seguindo os procedimentos metodológicos descritos por Oliveira (2008).

Na parte dos resultados e discussão com o tópico “A conduta do tratamento medicamentoso” foram descritas as categorias que prevaleceram de acordo com o padrão de perguntas constantes no questionário de atendimento farmacêutico (anexo 2). Já as demais categorias foram descritas na seção “A complexidade da farmacoterapia e do cuidado de um idoso com demência – algumas reflexões”.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 OS CUIDADORES DE IDOSOS COM DEMÊNCIA: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL

Após o período militar, o Brasil passou por uma mudança nos paradigmas da assistência na área da saúde mental, sendo priorizada política de desospitalização como medida de reabilitação social (MACHADO; MANÇO; SANTOS, 2005). Assim, as diversificadas enfermidades que “justificavam” a exclusão social dos indivíduos já não são motivações para a incorporação compulsória desses pacientes em um sistema de reclusão hospitalar. Progressivamente os pacientes passaram a serem cuidados por suas famílias, resultando a reorientação na dinâmica de funções e vivências, agora caracterizada por cuidadores que mobilizam variados recursos na reabilitação da saúde do enfermo.

Em relação ao perfil dos cuidadores de idosos no Brasil, observa-se um padrão em relação ao gênero. A maior parte é do sexo feminino, especificamente esposas e filhas do paciente (FOLLE, 2012; GRATÃO et al, 2013). Esse mesmo retrato é observado no caso dos cuidadores de idosos com demência e esses achados são similares aos dados obtidos na presente pesquisa (tabela 1).

É possível observar que ainda segue hegemônica a concepção do cuidado como tarefa da mulher, na qual ela assume um papel social de cuidar de alguém, não necessariamente só idosos, mas também outros perfis de pacientes (KLOCK; HECK; CASARIM, 2005).

Embora as mulheres tenham adquirido voz e espaço social nos diferentes cenários, como na política, estudos, trabalho, entre outras esferas, principalmente como resultado dos avanços obtidos pelos diversos movimentos sociais pelo mundo e ao longo da história, o cuidado ainda está alicerçado na divisão tradicional de funções domiciliares, como destaca Ramos e Menezes (2012):

A tarefa de cuidar segue normas culturais que espera do homem o sustento, a sobrevivência da família e a autoridade moral, enquanto da mulher espera-se a organização da vida familiar, o cuidado com os filhos, com o idoso e tudo que se relaciona à casa.

Tabela 1 – Caracterização do perfil dos cuidadores de idosos com demência atendidos no CMI, 2013

Variáveis	Categorias	(n)	(%)
Gênero	Feminino	36	81
	Masculino	8	19
Idade	20-39 anos	14	31,8
	40-59 anos	21	47,7
	Mais de 59 anos	9	20,5
Relacionamento com idoso	Cônjuge	7	15,9
	Filho (a)	30	68,1
	Nora	1	2,3
	Irmã	3	6,8
	Neta	1	2,3
	Sobrinha	1	2,3
	Profissional	1	2,3
Tipo de cuidador	Formal	6	13,6
	Informal	38	86,4

Foi encontrado nesse estudo que o cuidado domiciliar do idoso com demência predomina os cuidadores informais, correspondendo a 86,4% (tabela 1). Essa demanda é a mesma encontrada na literatura (QUEIROZ, 2000). Apesar disso, um viés dos resultados ilustrados na tabela 1 está ligado ao maior comparecimento dos familiares nos atendimentos do CMI, enquanto os prestados formais de cuidados se dedicavam ao cuidado no domicílio e não costumavam comparecer no local de pesquisa.

Um estudo recente realizado em Salvador, no estado da Bahia, com cuidadores de idosos com doença de Alzheimer detectou a seguinte caracterização do perfil: “A maioria é de mulheres (95%); têm média de idade de 53,3 anos; são, prevalentemente, filhas dos idosos (55%) e têm ensino médio completo (50%)” (RAMOS e MENEZES, 2012). Esse estudo destacou o achado de que 40% dos cuidadores possuem idade igual ou superior a 60 anos, o que torna notório o crescente número de idosos cuidando de outros idosos nos domicílios em nosso país. Em consonância com esses dados, a tabela 1 demonstra que alguns cuidadores já

são considerados idosos pelo Estatuto do Idoso do Brasil ou estão próximos de entrar na terceira idade.

Rodrigues, Watanabe e Derntl (2006) apontaram que grande parte dos cuidadores de idosos familiares também está na terceira idade e que eles tinham de uma a quatro doenças crônicas, por vezes associadas a alguma incapacidade funcional. Dessa forma, essa situação ilustra que um idoso fragilizado assume as responsabilidades sobre outro idoso (VIEIRA et al 2011).

Os serviços de saúde do Brasil não estão acompanhando o rápido crescimento e ampliação das necessidades dos idosos, o que culmina maior dedicação das famílias nos cuidados da saúde do idoso. Esse crescimento exponencial de parentes envolvidos no cuidado, seja recebendo remuneração ou não, tem proporcionado uma mudança profunda na estrutura familiar. Hoje, diversas gerações residem em um único domicílio não somente para a finalidade econômica ou seguimento de padrão cultural, mas a responsabilidade, o engajamento no zelo dos familiares adoecidos e/ou com limitações funcionais específicas têm resultado esse fenômeno. Esse cooperativismo na preservação da saúde e da vida deve ser estimulado pela sociedade. A promoção da saúde não deve abarcar só o desenvolvimento de concepções de responsabilização do indivíduo na preservação e recuperação da sua saúde, mas sim deve empoderá-lo, torná-lo multiplicador e executor dessas ações na sua família.

Os estudos de avaliação do perfil dos cuidadores discutem e analisam a relação do grau de instrução desses agentes com os demais aspectos sócios demográficos ou de saúde. Embora o delineamento desses dados não seja objeto desse estudo e também não são extraídos nos atendimentos farmacêuticos, ressalta-se a importância da coleta desses e outros dados na realização de pesquisas futuras. Essa análise será importante na avaliação de quais dados sócios demográficos podem ser intervenientes da CTM.

Tabela 2 - Caracterização do perfil dos idosos com demência atendidos no CMI, 2013

Variáveis	Categorias	(n)	(%)
Gênero	Feminino	16	80
	Masculino	4	20
Idade	60-70 anos	6	30
	70-80 anos	8	40
	Mais de 80 anos	6	30

Embora o agente principal no relato das informações fossem os cuidadores, destaca-se a postura de alguns idosos que foram proativos e colaboraram na narrativa das suas histórias, suas visões, diminuindo o viés da aquisição de informação sob uma única ótica. Os dados de caracterização do perfil daqueles idosos que participaram do estudo estão explicitados sumariamente na tabela 2, sendo a maioria do gênero feminino e a idade prevalente entre 70 e 80 anos.

5.2 A CONDUTA DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

O envelhecimento populacional contribui para o aumento do risco de doenças crônicas não transmissíveis que podem causar dependência e incapacidades (VIEIRA et al, 2011). Esses autores discutem que a doença crônica é o principal problema da população idosa, causando algumas limitações nas atividades de cuidados pessoais em 49% de todos os indivíduos idosos. Antes mesmo de o idoso tornar-se dependente para as atividades de vida diária e isso seja percebido pela família, ele já pode estar incapaz para a execução das atividades instrumentais de vida diária, como tomar os medicamentos, o manuseio de dinheiro, a utilização de meios de transporte, a realização das compras e execução do trabalho doméstico (JOSÉ, 2012).

De acordo com a Política Nacional de Saúde do Idoso (1994) é prioritário o atendimento da saúde por suas famílias, em detrimento da institucionalização desses pacientes. Existem vantagens do envolvimento familiar nas atividades do cuidado, pois as intervenções na saúde do idoso vêm acompanhadas por acolhimento e afeto.

Ranelli e Aversa (1994) relataram que os cuidadores informais de idosos gastam em média 7,7% do seu tempo com as tarefas relacionadas com a medicação do idoso. Esse mesmo estudo demonstrou que a CTM está dentre as tarefas mais complexas desempenhadas pelo cuidador e que ela pode contribuir para o surgimento de estresse ligado a essa ocupação.

As práticas relacionadas à medicação compreendem diversas atividades, que em casos de esquemas terapêuticos complexos, podem ocupar tempo importante na rotina de cuidado (RANELLI e AVERSA, 1994). A primeira delas está no manuseio de documentos e a realização dos procedimentos referente o acesso aos medicamentos e, após a aquisição desses produtos, eles devem ser administrados corretamente ao paciente, de acordo com os horários

de administração, dose, tempo de tratamento e via de administração. Cabe também aos cuidadores a observação da efetividade e segurança do tratamento recebido pelo paciente idoso, para que essas informações sejam relatadas aos profissionais durante avaliação clínica nos atendimentos dos serviços de saúde. Para a garantia da efetividade, segurança e qualidade, os medicamentos devem ser armazenados adequadamente no domicílio da família, cumprindo as recomendações de conservação. Assim, o manejo e as tarefas relacionadas aos medicamentos requerem dedicação e cuidado por parte das famílias e idosos.

Esse estudo adotou o termo conduta do tratamento medicamentoso para referir todas as atividades relacionadas com a utilização do medicamento e a assistência dedicada pelo cuidador nesse processo. Dessa forma, os assuntos explicitados nessa discussão estão compreendidos ou apresentam interface com esse amplo conceito.

A ampliação do envolvimento familiar no cuidado não implica dizer que todos idosos não possuam autonomia e habilidade para guiar os seus esquemas terapêuticos. Os serviços de saúde devem analisar cada situação e identificar os idosos que carecem acompanhamento para a realização das atividades compreendidas na medicação. Para aqueles considerados dependentes ou carentes de competências específicas, é crucial a inserção do cuidador na execução dessas atividades: *“Aconteceu dele (refere-se ao idoso) esquecer uma vez, daí o médico falou pra eu cuidar de agora pra frente”* (cuidadora 3).

Em alguns casos o próprio idoso reconhece à complexidade da condução da farmacoterapia e já aceita a sua operação por outra pessoa, conforme evidenciado na resposta da idosa quando questionada sobre o responsável pela medicação: *“Eu fico encostando nela (se referindo a cuidadora formal), deixo tudo para ela resolver”* (idosa 1). Contudo, as pesquisadoras observaram que a maioria dos idosos possui resistência para a delegação das tarefas da farmacoterapia para os cuidadores. Essa transferência de responsabilidade é entendida pelo idoso dentro de um contexto de disputa de poder e, se caso haja a cedência efetivamente, o paciente estaria admitindo a sua incapacidade de cumprir a sua rotina, o que atestaria a sua dependência a outra pessoa: *“Eu não deixo mexer nos remédios. Eu dou conta. Toda vida fiz isso, ninguém mexe”* (idosa 2).

Há algumas circunstâncias em que o idoso compartilha com o cuidador as incumbências da CTM: *“Tomo os remédios só. Quando tenho dúvida pergunto, eu tenho uma moça que é enfermeira”* (idosa 3). Isso ocorre principalmente quando o idoso possui certa capacidade funcional preservada, colaborando para que ele efetue algumas atividades, mas

também é assistido pela família ou cuidador formal. No caso dos idosos independentes, eventualmente, os profissionais de saúde podem solicitar a supervisão da farmacoterapia por um cuidador como medida estratégica para aprimorar a sua condução e prevenir alguns erros de medicação. Já os idosos considerados aptos para conduzir a sua medicação também devem ser assistidos pelos serviços de saúde, pois ao longo do processo de envelhecimento as capacidades cognitivas e funcionais tendem a declinar e, no futuro, possivelmente far-se-á essencial a presença do cuidador.

Na perspectiva de alguns cuidadores, é importante estimular o estado funcional do idoso sobre as atividades que permeiam o seu cotidiano. Nesse sentido, alguns cuidadores alegam que a CTM deva ser desenvolvida pelo idoso como forma de preservar e potencializar a suas capacidades: “...a gente acompanha, mas deixa ela tomar por conta (refere-se ao medicamento), pra preservar a autonomia” (cuidador 7).

Nas situações das famílias que dividem entre si as funções do cuidado do idoso se observa que pode haver a delegação para uma pessoa a função exclusiva da CTM. Nos atendimentos farmacêuticos, por vezes, alguns cuidadores ficavam impossibilitados de participar do atendimento, pois não administravam os medicamentos. Nesses casos é importante que todos os envolvidos com o cuidado venham para o atendimento no serviço de saúde, para garantir a transmissão completa das informações referente à observação da família sobre o quadro do paciente, a efetividade do tratamento, entre outros achados correlatos. Em um atendimento realizado no CMI uma cuidadora suspendeu o seu início, pois ela não detinha dados sobre a farmacoterapia, conforme o esquema de delegação de funções presentes no acordo estabelecido pela família. Após a interrupção abrupta do atendimento, ela efetuou o chamado imediato à outra cuidadora responsável pelos medicamentos, pois a última teria informações como maior utilidade para os atendimentos da farmácia clínica: “Olha não sei dizer... pra mim é difícil. É melhor chamar ela, ela que coordena isso aí, ela está bem ali” (cuidador 9).

Para ocorrer humanização na assistência à terapia do idoso com demência, o cuidador e os profissionais de saúde devem pactuar quais seriam as melhores condições de cuidado a serem dedicados ao idoso, assim como possibilite a sua vivência de forma saudável com os demais componentes da família. Para isso, na escolha da farmacoterapia, além de selecionar os medicamentos com melhores perfis de efetividade, segurança, qualidade e custo segundo o estado de saúde do paciente, as decisões clínicas devem ser direcionadas para que a realidade

do cuidado seja facilitada, mesmo que isso implique a reorganização da farmacoterapia também se dê em função das demandas apresentadas pela família.

5.2.1 O ACESSO AOS MEDICAMENTOS

As difíceis condições econômicas, que acabam sendo uma das principais preocupações dos cuidadores, refletem no enfrentamento que a família do idoso desenvolve para custear o tratamento, a realização dos exames para o diagnóstico e monitorização da doença, as ações compreendidas para a prevenção de agravos e reabilitação da saúde, assim como toda infraestrutura necessária para os serviços e cuidados em geriatria no âmbito domiciliar (VIEIRA et al, 2011).

Diversos estudos têm apontado que as famílias possuem dificuldade no acesso aos medicamentos do idoso em função do alto custo (SILVA et al, 2012; UCHÔA et al, 2011). Isso é perceptível de modo especial nas famílias de idosos com demência (VERAS et al, 2007), pois esses pacientes costumam ter co-morbidades, ser polimedicados e a evolução progressiva da doença debilita ainda mais o seu estado de saúde. Como consequência, o acesso aos medicamentos constitui um desafio persistente.

A incorporação de novos medicamentos no esquema terapêutico, principalmente se resultar a polifarmácia, pode prejudicar o acesso aos medicamentos, como enunciado por um familiar: *“Ele toma citalopram e cloridrato de memantina... quando era um só é fácil, porque depois eles passaram a memantina... e a doutora pediu para fazer o desmame da memantina. Quando era só o citolapram o custo era até dava pra manter, mas quando junto os dois ficou mais difícil a situação financeira”* (cuidador 17). George et al (2004) ressaltam a importância da simplificação dos esquemas terapêuticos para facilitar o acesso aos medicamentos. Não são todos os pacientes que podem ter os seus esquemas terapêuticos reduzidos, mas é importante frisar que a racionalização da escolha terapêutica constitui um requisito essencial para a promoção da saúde do usuário.

A falta da regularidade do abastecimento de medicamentos no SUS vem sendo fator importante para a dificuldade de acesso por muitos usuários dos serviços de assistência farmacêutica (REIS e PERINI, 2008), incluindo o público geronte. Paralelamente a esse fato,

para aqueles que utilizam exclusivamente a rede particular para a aquisição dos medicamentos, a principal queixa está relacionada com o alto custo desses produtos.

Veras et al (2007) em um estudo transversal de avaliação de gastos financeiros pelas famílias de idosos com demência, demonstraram que o cuidado domiciliar tem grande repercussão financeira. Pode haver um comprometimento, em média, de 66% da renda com o cuidado do idoso e tende a aumentar conforme o grau de evolução da doença. Dentro da estrutura de gastos, o item que constitui maior custo é a compra dos medicamentos para o idoso demenciado.

Corroborando os achados do estudo de Marin et al (2008), as narrativas obtidas nas entrevistas farmacêuticas e reunião da equipe multiprofissional do CMI apresentaram uma infinidade de queixas de dificuldades de acesso aos medicamentos, de preferência em relação ao alto custo desses produtos: *“...já tá ficando pesado, esse aqui é muito caro, mês passado a gente gastou 2.000,00. E esse mês já gastamos mil”* (cuidadora 5); *“...isso, todos são comprados. A sim, eles são bem carinhos. Pra quem recebe bem pouquinho...”* (cuidadora 6).

Muitas famílias possuem dificuldades para adquirir os medicamentos nos estabelecimentos privados. Assim, os cuidadores possuem o desejo de receber orientações farmacêuticas sobre os programas de distribuição gratuita ou de menor custo para aquisição de medicamentos: *“Eu vou me informar lá na 102 ... (ambição da cuidadora de saber se obterá os medicamentos pela farmácia de alto custo situada na 102 da Asa Sul). Eu cheguei a ir no HPAP, porque a doutora disse que poderia ser lá, mas quando eu cheguei... Daí me falaram que não é aqui, é na 102. Uma médica falou que não, não sei. Daí não sei...”* (cuidadora 37); *“Eu queria saber como devo fazer para baratear?”* (cuidadora 13). Conforme mencionado nos atendimentos da psicologia clínica do CMI, umas das principais razões de sobrecarga e estresse do cuidador é justamente as dificuldades de acesso. Além de projetar políticas e programas na área da assistência farmacêutica que ampliem a disponibilidade dos medicamentos na rede, é indispensável que elas venham com investimentos na área de educação em saúde na área farmacêutica, a fim de que a população que tenha carências específicas de conhecimento possa ser adequadamente assistida e tenha empoderamento satisfatório para assegurar e lutar pelos seus direitos sobre o acesso às tecnologias em saúde no Brasil.

Nos vários discursos das famílias atendidas notou-se que eles carecem de maiores informações sobre os procedimentos relacionados com a aquisição de medicamentos pelo

SUS, especialmente aqueles dispensados pelos componentes básico e especializado da assistência farmacêutica. Por falta de orientação adequada e a burocratização no funcionamento dos serviços de saúde (BELLO, 2009), as famílias acabam não possuindo sucesso na concretização do acesso aos medicamentos por esses mecanismos: *“Galantamina, né? Eu já tentei pegar, com a receita, tentei pegar duas vezes, mas aí já acabou a senha e a receita perde a validade. É muito difícil na farmácia de alto custo. Fui lá umas três vezes e não consegui. Se a gente conseguisse eu preferiria não pagar. Nesse caso é melhor comprar mesmo”* (cuidador 14). Vários cuidadores mencionaram que comprar medicamentos nos estabelecimentos privados era o único recurso, pois não possuíam tempo para cumprir as etapas da aquisição pelo SUS e as experiências anteriores com a falta de suprimento e distribuição dos medicamentos na rede resultam a impressão de inefetividade do sistema público de saúde.

Um estudo investigou a relação entre os fatores estressores relacionados com a medicação e o surgimento de depressão nos cuidadores (BYRD, 2007). Dentre esses fatores, encontravam-se as atividades relacionadas ao acesso aos medicamentos. O estudo, além de questionar aos cuidadores sobre as dificuldades financeiras em relação à obtenção dos medicamentos, também analisou outros recursos compreendidos nesse processo, como o tempo gasto e a forma de deslocamento a ser realizada das casas até as farmácias. No tratamento medicamentoso das demências os cuidadores gastam muitos esforços na rede pública de saúde para ter acesso aos medicamentos, caracterizado pelo extenso tempo de espera para obter atendimento nos serviços de saúde, a falta de orientações adequadas sobre as etapas e documentos e o longo percurso da residência até o local de distribuição dos medicamentos, especialmente para aquelas famílias que residem em localidades distantes. A compreensão dessa realidade é fundamental e deve ser contemplada na estruturação de ações, serviços, programas e políticas na área da assistência farmacêutica no Brasil.

Os serviços de saúde, pautados nos princípios da educação em saúde, devem sistematizar ações educativas para garantir a divulgação das redes de cuidado relacionado à assistência farmacêutica, da relação de medicamentos essenciais disponibilizados pelos serviços, dos percursos e processos para a obtenção do medicamento por meio do sistema de saúde, dos medicamentos considerados inapropriados para os idosos segundo os critérios de Beers-Fick (2003), entre outras que se fizerem necessárias. Essas intervenções devem contemplar tanto os profissionais (em destaque os prescritores) quanto os usuários dos serviços de saúde. Todas essas medidas e orientações certamente irão contribuir para

ampliação do acesso aos medicamentos pelas famílias de idosos com diagnóstico de demência.

As famílias de idosos, dada a necessidade persistente de aquisição de medicamentos para o tratamento das doenças crônicas, precisam ser instrumentalizadas sobre os seus direitos no âmbito da saúde coletiva no Brasil. Segundo as Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, a assistência terapêutica integral constitui um direito que deve ser assegurado e uma das formas da população requerer a sua disponibilidade se dá justamente pela sua atuação junto ao controle social. As ações de educação em saúde devem fortalecer e mobilizar os usuários dos serviços de saúde para a compreensão da dinâmica do acesso de medicamentos via SUS, assim como emponderá-los para ser agentes que participem ativamente para a consolidação de um sistema de saúde efetivo, segundo as demandas da população brasileira (LEITE, 2007).

No serviço do acolhimento do CMI são realizadas intervenções farmacêuticas sobre a prescrição dos medicamentos junto à equipe médica, para facilitar o acesso aos medicamentos via SUS². Várias famílias compravam medicamentos nos estabelecimentos privados, pois nos outros serviços de saúde que o idoso fazia acompanhamento os profissionais não prescreviam medicamentos padronizados na Relação de Medicamentos Essenciais do Distrito Federal (REME-DF). Também a farmácia clínica sugeria alterações da prescrição para favorecer o acesso aos medicamentos pelas famílias por intermédio do Programa Farmácia Popular.

O Programa Farmácia Popular, lançado em 2004 pelo governo federal, é encarado como uma nova alternativa à possível baixa de efetividade do sistema público na provisão de medicamentos no país (SANTOS-PINTO; COSTA; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2011). Assim, algumas famílias para garantir o acesso aos medicamentos do idoso com demência já utilizavam o programa farmácia popular: *“Todos são comprados. Agora minha mãe começou a comprar na farmácia popular”* (cuidadora 15). *“Tenho carteirinha do laboratório, compro com 40% de desconto. Pego dois pela farmácia popular. Atenolol é de graça e sinvastatina eu pago pouquinho”* (cuidadora 10).

Santos-Pinto, Costa e Osório-de-Castro (2011) assinalam que a predileção dos usuários por utilizar o Programa Farmácia Popular em detrimento dos serviços de distribuição gratuita de medicamentos pode estar ligado a fatores como: a vasta distância até a unidade de

² A farmácia fazia proposição de substituição dos medicamentos por aqueles disponibilizados na rede do SUS e que não apresentavam desníveis de efetividade, segurança e qualidade se comparados com a primeira opção.

saúde, tempo de espera pelo medicamento ou atendimento, baixa qualidade dos demais atendimentos do SUS e a pronta disponibilidade do medicamento pelo programa.

Outra forma empregada pelos cuidadores para o pronto fornecimento dos medicamentos para os idosos receptores de cuidado foi a adoção do cartão fidelidade de algumas drogarias e indústrias farmacêuticas: “*Compro com desconto com cadastro na drogaria*” (cuidadora 8); “*tá sendo difícil, mas o que fazer... eu consegui 50% de desconto comprando no laboratório*” (cuidador 16); “*a gente tem desconto de uma farmácia de 40%, mas mesmo assim os dois fica 768,00. É muito caro*” (cuidadora 40).

Achado semelhante ao estudo de Rodrigues, Watanabe e Derntl (2006), alguns cuidadores atendidos no CMI também são idosos e alguns fazem uso de medicamentos. Nesses casos o acesso aos medicamentos se torna ainda mais dramático, pois os cuidadores acabam deixando de adquirir os seus medicamentos para comprar aqueles utilizados pelo idoso com demência: “*Olha minha filha tá complicado... o dele dá pra comprar todos, mas os meus... o da osteoporose tá caro é R\$160,00...*” (cuidadora 18). Como mencionado no estudo transversal de Shrank et al (2011), os cuidadores de idosos apresentam maior preocupação com a farmacoterapia do idoso quando comparado com a sua própria. A deleção da saúde do cuidador pode não só ter impacto pela ampliação do acometimento de doenças na população por questões ocupacionais (RESENDE e DIAS, 2008), mas também o debilita para prestação do cuidado para o idoso com demência, resultando piora do quadro clínico do paciente por não ter uma pessoa que goze de saúde e tenha capacidade satisfatória para fazê-lo.

Como evidenciado, em ambas as fontes de obtenção de medicamentos, privado e SUS, a família pode apresentar obstáculos para o acesso, o que pode culminar em descontinuação da administração de medicamentos, maior debilidade dos idosos e, por resultado, oneração do sistema de saúde decorrente de diversos fatores como, por exemplo, o aumento do número de internações hospitalares do idoso como resultado da não utilização da farmacoterapia (SANTOS-PINTO; COSTA; OSORIO-DE-CASTRO, 2011).

Para a reversão do quadro exposto e assegurar o tratamento medicamentoso a esses idosos, é essencial a estruturação e implantação de políticas de saúde que certifiquem o suprimento das necessidades dessas famílias, principalmente na certificação do acesso aos medicamentos. Embora muitos medicamentos sejam disponibilizados para o tratamento de várias doenças nos idosos por meio dos componentes básico, estratégico e especializado da assistência farmacêutica, pelo SUS e Programa Farmácia Popular, a falta de regularidade do abastecimento e prescrição de medicamentos não padronizados, transfere para essas famílias a

responsabilidade da compra dos medicamentos, o que resulta em: comprometimento da renda familiar; redução da qualidade de vida do idoso e cuidador; descumprimento dos esquemas terapêuticos; terapêutica irracional; falta de adesão à medicação; comprometimento da saúde dos idosos e piora da sobrecarga e saúde mental dos cuidadores.

5.2.2 A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A polifarmácia, o esquecimento, diminuição da acuidade visual e perda de destreza motora que ocorrem no idoso, contribuem para que haja grande quantidade de erros de medicação do tipo erro na administração de medicamentos (MARIN et al, 2008). Além disso, é importante ressaltar que a baixa escolaridade dos idosos no Brasil pode comprometer a sua compreensão sobre a farmacoterapia e levar ao uso incorreto do medicamento (SILVA et al, 2010).

Os idosos que apresentam alto grau de dependência precisam de cuidadores que se responsabilizem pela administração de diversas doses durante o dia (MARIN et al, 2008). Consolidar o esquema de administração com as rotinas inerentes ao cuidado e o cotidiano da família, tornou-se mais viável para os cuidadores que aboliram outras responsabilidades para dedicar-se exclusivamente à tarefa do cuidado. Segundo Travis, Bethea e Winn (2000) quando os cuidadores trabalham ou possuem outra obrigação, é detectado maior número de horários de administração perdidos. Isso também foi encontrado no presente estudo, como se pode notar no relato de uma cuidadora: “...*A coisa tá complicada porque eu trabalho e ainda está na fase de adaptação da medicação. Entende que pra pessoa que trabalha é uma mudança... até consegui se organizar... então tá tudo muito perdido*” (cuidadora 19).

A complexidade da farmacoterapia pode ser um empecilho na conduta racional do tratamento medicamentoso. Certos cuidadores já têm a percepção que esquemas terapêuticos simples auxiliam na execução das atividades referente à medicação: “*Ela tá tomando poucos medicamentos, então tá fácil, tá organizado*” (cuidadora 8). Nesse sentido, ressalta-se a importância dos profissionais de saúde selecionar a opção de tratamento medicamentoso cuja execução facilite a rotina de cuidado da família.

Uma das intervenções farmacêuticas realizadas no CMI, objetivando a simplificação e a adesão aos esquemas terapêuticos é a construção da tabela com poucos horários de

administração dos medicamentos. Para que possa fazê-lo, *a priori*, os participantes do serviço de farmácia clínica averiguavam a existência de interações medicamentosas que podiam prejudicar a efetividade e a segurança do tratamento. Também era questionada para família a rotina e horários das atividades diárias, para adequar o horário de utilização dos medicamentos conforme o seu cotidiano. Caso o esquema terapêutico pudesse viabilizar a administração concomitante de doses dos diferentes medicamentos, a tabela (anexo 3) era construída e após ser elaborada era entregue para a família mediante orientações para sua operação.

A cuidadora 42, filha da idosa 14, cuja formação é na área de saúde (técnica de enfermagem), relatou que a prescrição da associação de anti-hipertensivos losartana com hidroclorotiazida se deu por sua solicitação junto ao médico. Ela recomendou ao antigo prescritor que passasse essa associação para facilitar a administração de medicamentos, pois isso reduziria o número de medicamentos e dose a serem administrados. Como a cuidadora fazia diversos plantões nos serviços de saúde nos quais ela trabalha, ela separava os medicamentos e os horários que deveriam ser administrados para a idosa em uma *pill box*. Essa organização facilitava a sua operação pelo seu irmão nos momentos em que ela estava no trabalho. Entretanto, na avaliação da enfermagem e dos demais profissionais do serviço foi verificado que a idosa não recebia a assistência à saúde por parte do filho e a cuidadora que é técnica de enfermagem estava muito sobrecarregada pelo acúmulo de funções. Nesse caso foi sugerido que o filho não fosse o provedor de cuidados da mãe e se a filha não conseguisse compatibilizar os seus afazeres com o cuidado da idosa que deveria ser contratado um cuidador formal.

Os pacientes com demências desenvolvem apraxias, distúrbios motores e sensoriais que prejudicam o idoso ter destreza suficiente na administração dos medicamentos, sobretudo por via parenteral. Essa perda de habilidade que é manifestada pelo idoso é um fator que dificulta a administração dos medicamentos, tornando imprescindível a atuação do cuidador para a sua execução. Não obstante, a administração dolorosa associada a utilização de insulina foi relatada como uma situação com potencial geração de conflito entre o cuidador e o idoso. O idoso torna-se agressivo com o cuidador no momento da administração da insulina, pois considera o ato punitivo desempenhado pelo cuidador, achado semelhante ao que foi encontrado no estudo qualitativo de Travis, Bethea e Winn (2000): “...*ele tinha que usar a NPH e a regular, ele diz que dói e não aceita. Às vezes ele emburra com a minha cara, acha que é culpa minha*” (cuidadora 20).

Os familiares que cuidam dos idosos atuam em diversas situações nas quais eles suspendem, incluem ou ajustam as doses dos medicamentos. Com base no procedimento adotado, Travis e Bethea (2001) categorizaram dois estilos de tomada de decisão: o médico-dirigido *versus* o autogerido. Os cuidadores autogeridos (57%) descreviam que as experiências do cuidado os colocavam em situação na qual era imprescindível fazer manejos.

Similarmente, o presente estudo observou diversos relatos de suspensão e ajuste de dose pelos cuidadores, sendo algumas realizadas sem consulta prévia ao médico: *“Antes o angiologista também tinha passado o zolpidem, eu acho que foi um estrago, pensa um remédio que descontrola uma pessoa... caiu da cama e você tinha que segurar ela. Eu dilui e joguei fora. Só usei um comprimido”* (cuidadora 18); *“parto os comprimidos e dou o que eu vejo que ela precisa”* (cuidadora 21). Normalmente esses relatos não são obtidos nos atendimentos, pois os cuidadores ficam receosos pelas possíveis represálias que podem receber dos profissionais de saúde. No CMI tanto o serviço da farmácia quanto da medicina questionam a forma de utilização dos medicamentos. Na reunião da equipe multiprofissional por vezes a farmácia relatou as práticas dos cuidadores no manejo de doses e era percebido que essas informações não eram mencionadas pelas famílias aos outros profissionais de saúde nos diversos atendimentos. Nesse sentido, o farmacêutico ao realizar a entrevista clínica deve desenvolver habilidades e conhecimentos para despertar o relato fidedigno, o que requer o emprego da escuta qualificada, bem como o estabelecimento de uma relação de confiança e respeito com a família e o paciente. Esses dados devem ser captados para a seleção de uma intervenção que seja efetiva e em favor do uso racional de medicamentos e não somente constituir uma denúncia das práticas da família.

Nas síndromes demenciais é frequente a ocorrência de alterações comportamentais que ampliam as possibilidades de violências física e verbal dos idosos contra os prestadores de cuidado (TAMAI 2002), inclusive no momento da administração dos medicamentos. Muitos idosos julgam desnecessária a utilização da farmacoterapia e manifestam a recusa e algumas vezes isso se dá de forma rude e ríspida: *“Tomar remédio? Ele não tá querendo, ele não aceita. Eu coloco na boca e ele prende no dente. Depois ele disse que já foi. Ele não tem dificuldade para engolir o alimento, ele não aceita”* (cuidadora 6); *“tem dia que ela não está muito colaborativa”* (cuidador 22). Achados semelhantes foram obtidos no estudo qualitativo de Folle (2012).

No atendimento farmacêutico são oferecidas algumas orientações de como o cuidador deve proceder nesses casos. Aconselha-se que os cuidadores não insistam na administração dos medicamentos naquele exato momento, sendo recomendável que o cuidador aguarde alguns minutos e ofereça novamente o medicamento. Talvez em um segundo momento o idoso esteja mais colaborativo ou até mesmo ele possa esquecer-se do impacto negativo do procedimento e não efetue a recusa em uma próxima oferta.

O paciente com demência pode apresentar o quadro de disfagia (EASTERLING e ROBBINS, 2008), o que compromete a administração de medicamentos nas formas farmacêuticas sólidas e líquidas. A disfagia pode ser resultante de diversas etiologias e a sua presença se amplia conforme a progressão da demência. Isso resulta em diversas condutas por parte dos cuidadores, com destaque para a trituração, maceração e dissolução de comprimidos e cápsulas. Embora esse procedimento viabilize a administração do medicamento, o produto pode apresentar menor efetividade, formar compostos tóxicos e gerar problemas sobre a saúde do paciente referente a falta de segurança, de qualidade do produto e inefetividade terapêutica. A seguir seguem os relatos das atividades que as cuidadores empenhavam nessas situações: *“Ela tem dificuldade de engolir remédio, trava na garganta. Quando é muito grande a gente parte”* (cuidadora 32); *“eu deixo o remédio amolecendo na água”* (cuidadora 23); *“amasso ele e coloco na água”* (cuidadora 24); *“eu deixo o cálcio desmanchando na água”* (cuidador 4). Nessas situações no atendimento farmacêutico são passadas orientações para administração dos medicamentos nas formas farmacêuticas sólidas de maneira íntegra, concomitantemente com alimentos semi-sólidos, como a gelatina ou frutas (como mamão e banana, por exemplos), para facilitar a deglutição dos medicamentos pelo idoso. Contudo, antes da realização das orientações farmacêuticas, sempre há prévia averiguação da viabilidade dessa sugestão mediante investigação do potencial de interação entre o medicamento e o alimento carreador.

Folle (2012) destaca a disfagia como importante fator a ser considerado pela indústria farmacêutica na elaboração de formas farmacêuticas que possibilitem a administração apropriada dos medicamentos. Segundo a pesquisa realizada pela autora, dentre os fármacos comercializados no Brasil para o tratamento da doença de Alzheimer, somente um possui forma farmacêutica alternativa para a administração (nesse caso a rivastigmina na forma de solução oral e sistema transdérmico). Já os pacientes classificados na fase grave da demência e que apresentam pior quadro de disfagia estão mais prejudicados quando o assunto é

administração da farmacoterapia, pois a alternativa farmacológica empregada, a memantina, só existe na forma farmacêutica sólida.

A dificuldade de deglutição, a não aceitação do uso do medicamento pelo idoso e outras limitações decorrentes do envelhecimento ou outras enfermidades, contribui para que o cuidador administre os medicamentos de forma mascarada nas refeições, como descrito nos relatos: *“Alopurinol eu dou no horário do almoço, misturo na comida porque ele não tá querendo engolir, aí eu dou pra ele”* (cuidadora 6). *“Esse amemantina, eu coloco no requeijão que eu passo no pão. Aí aperto pão e dou com leite. Eu coloco inteiro com o alimento”* (cuidadora 6). *“A preocupação com estômago porque ela já teve gastrite, aí dava o remédio com iorgute”* (cuidadora 19).

Em consonância com o resultado supracitado, no estudo qualitativo de Monteschi et al (2010) foram obtidos relatos de cuidadores de idosos que administravam medicamentos concomitantemente com os alimentos como forma de garantir a aceitação e uso por parte do paciente.

Não obstante, é indispensável que a administração de medicamentos simultânea a alimentos se dê após orientação farmacêutica, pois se essa atitude for realizada de forma compulsória pode acarretar em falha no esquema terapêutico do idoso em decorrência de interações entre esses produtos consumidos pelos pacientes, especialmente aquelas cuja classificação da gravidade seja considerada grave.

O cuidador 4, um dos 5 filhos de uma idosa com diagnóstico de doença de Alzheimer, pesquisou na *internet* as alternativas de medicamentos utilizados para o tratamento dessa doença, pois almejava a aquisição de um formato que facilitasse a administração dos medicamentos para a idosa que apresentava quadro grave de disfagia. Ele descobriu que a rivastigmina detinha o sistema de liberação transdérmico e mesmo possuindo um custo financeiro elevado se comparado à forma farmacêutica sólida, requisitou que os profissionais do serviço, se possível, mudassem a prescrição para adoção dessa nova tecnologia. Segundo ele essa conduta iria melhorar a adesão ao tratamento da idosa, pois a dificuldade de deglutição resultava na não aceitação do uso do medicamento, que disfarçava o seu consumo da seguinte maneira: após a entrega do copo de água e comprimido, assim que ela percebia o distanciamento do familiar, o medicamento que estava escondido debaixo da língua era removido e alocado entre as janelas do sofá da sala. Quando o cuidador juntamente com a

família realizou uma limpeza profunda na casa, foram encontrados diversos comprimidos, revelando a farsa do uso do medicamento pela idosa.

Na análise qualitativa de Monteschi et al (2010) foram obtidos relatos de cuidadores que mencionaram que os idosos com transtorno afetivo bipolar não concretizavam a utilização do medicamento, mas que eles simulavam o seu consumo. Somente era percebido que o paciente de fato não havia utilizado o medicamento mediante a observação do aumento do número de crises.

No tratamento de sinais e sintomas, como a diarreia, constipação, alucinações, eventualmente os cuidadores ajustam a dose, em conformidade com o seu julgamento sobre as necessidades do idoso. Os cuidadores de idosos, mesmo sendo informais, devem ser considerados também como profissionais de saúde e, portanto, os serviços de saúde têm que pactuar e orientar os cuidadores sobre os ajustes e as atividades referentes ao cuidado do idoso. Para exemplificar temos o relato de uma médica que fornece orientações sobre o ajuste de dose a ser realizado pela cuidadora para o tratamento da constipação: *“Se a senhora sentir que o paciente precisa mais, a senhora pode dá o sorbitol até 3 vezes. Quem escolhe de uma a três vezes é a senhora. Se acha que tá demais, a senhora dá menos tomadas. Se solta demais, a senhora suspende. Aqui tá escrito direitinho isso que eu expliquei para a senhora”* (médica 1).

Folle (2012) assinala ainda que o baixo desempenho cognitivo do idoso pode prejudicá-lo no reconhecimento do medicamento no momento na utilização, o que pode induzir confusão do produto a ser utilizado quando as características físicas são semelhantes. Resultado similar no presente estudo pode ser verificado no relato da cuidadora 2: *“Como todos comprimidos são brancos a minha mãe acha que toma um”*.

A administração de medicamentos para o idoso com demência constitui um dos procedimentos mais complexos na realidade do cuidado. Contudo, há possibilidade de ações do Estado e do setor privado no sentido de amenizar essa complexidade. Algumas dificuldades são inerentes às poucas opções terapêuticas que viabilizem adequação de doses e formas farmacêuticas. Essa discussão é importante para a inovação científica e tecnológica da indústria farmacêutica no Brasil, bem como outras instituições voltadas para a pesquisa e desenvolvimento, pois essas entidades devem captar essas informações para proporcionar o lançamento de tecnologias em saúde no mercado farmacêutico que possibilitem o uso seguro e correto de medicamentos a esses perfis de pacientes.

5.2.3 A ADESÃO À MEDICAÇÃO

O conceito de adesão à medicação varia amplamente na literatura. De forma geral, a adesão pode ser compreendida como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total (LEITE e VASCONCELLOS, 2003). Para esses autores esse aspecto da farmacoterapia é de suma importância, pois corresponde a etapa final para a efetivação do uso correto e seguro de medicamentos.

Embora a adesão à medicação possua natureza multifatorial, complexa, dinâmica e pluridimensional (SGNAOLIN; PRADO; FIGUEIREDO, 2011), em conformidade com o perfil do questionário adotado nos atendimentos farmacêuticos do CMI (anexo 2), normalmente a percepção da adesão à medicação está relacionada ao esquecimento, ao conhecimento da farmacoterapia e a aceitabilidade da família no consumo dos medicamentos, sendo esses os aspectos discutidos e alocados nesse tópico. A falta de acesso aos medicamentos, a automedicação e os obstáculos na administração dos medicamentos também são fatores que prejudicam a adesão ao tratamento, mas que não serão elencados nessa parte do texto, pois já foram ou serão discutidos em momento mais específicos da discussão.

Sgnaolin, Prado e Figueiredo (2011) enunciaram que o principal fator que causa não adesão à medicação referido pelos pacientes em hemodiálise é o esquecimento. Essa dificuldade torna-se ainda mais desafiadora quando paciente é idoso e apresenta uma enfermidade que compromete ainda mais a sua memória de curto prazo, como no caso das síndromes demenciais.

Achados similares foram obtidos no estudo português de Sousa et al (2011) que objetivava avaliar os níveis de adesão à terapêutica por 51 idosos polimedicados. Dentre as variáveis encontradas, verificou-se que o esquecimento consistia um dos problemas para a adesão ao tratamento.

Marin et al (2008) em um estudo transversal com 301 idosos assistidos pela ESF em um cidade do interior paulista mencionaram que 40% da amostra esquecia de tomar os medicamentos, às vezes ou sempre, deixando clara a necessidade de apoio e supervisão para alcançar o seu uso correto.

O idoso com demência pode ter um declínio da capacidade de perceber em si e/ou nas atividades da vida diária alterações ocasionadas por déficits associados ao processo de adoecimento (DOURADO et al, 2006). Na reunião da equipe multiprofissional, a avaliação conjunta da neuropsicologia, medicina e farmácia detectava que o paciente em um quadro de

anosognosia³ não reconhece que possui a doença e, até mesmo, a necessidade do uso do medicamento. A consciência da existência de outras enfermidades pelo idoso também pode estar prejudicada e o idoso pode esquecer-se de tomar os medicamentos por não recordar-se que apresenta a enfermidade: “*Esqueceu que tinha labirintite e parou de tomar* (refere-se ao medicamento)” (cuidadora 25).

Os déficits de função cognitiva do idoso com demência pode colocá-lo em risco de esquecer-se de tomar alguma dose ou até mesmo induzir a dupla utilização do medicamento: “*Ela às vezes esquece de tomar, ou se não ela fala que já tomou, é porque tomou duas vezes*” (cuidadora 15); “*eu não tomo direito porque eu esqueço. Tem dia que eu tomo dois, tem dia que é um... eu esqueço demais. Às vezes eu tô na dúvida se tomei e não tomo*” (idosa 12); “*eu esqueço... às vezes eu tomo e tem vez que eu lembro*” (idosa 4). Esse quadro se for recorrente pode expor o idoso em risco de não tratar adequadamente a demência e outras co-morbidades, ou até mesmo pode colocá-lo em perigo de sofrer algum quadro de intoxicação, principalmente se ele fizer uso de medicamentos com índice terapêutico estreito, como a levotiroxina, digoxina, fenitoína, carbamazepina e valproato, por exemplos (WARD, 2011; YACUBIAN, 2007).

Há algumas circunstâncias que a família não reconhece que o idoso necessita de cuidados específicos e a administração do medicamento ainda fica como responsabilidade do paciente. O idoso com déficit cognitivo, com prejuízo na aprendizagem, memória e atenção terá dificuldades na administração diária dos medicamentos (MARIN et al, 2008), o que pode resultar o esquecimento da utilização desses produtos: “*Às vezes eu esqueço da hora*” (idosa 5). “*Já aconteceu da gente não dar e ela esquecer e não tomar, mas é muito raro*” (cuidadora 7). Por vezes a família nega a necessidade de assumir a CTM do idoso com demência, conforme relatos dos profissionais de saúde colhidos durante a reunião da equipe multiprofissional, colocando-o em risco da não utilização da farmacoterapia, acarretando a não adesão à medicação.

A idosa 9, diagnóstico de doença de Alzheimer compareceu sozinha no atendimento farmacêutico alegando não ter acompanhante e ser a responsável pelo seu cuidado de saúde. Ela negou o uso de medicamentos e ter algum tipo de doença. No momento da reunião da equipe multiprofissional o serviço de medicina relatou que a idosa possui diagnóstico e tratamentos delineados em atendimentos anteriores e que a idosa em função da demência do

³ Considerada como negação da doença, ou seja, é uma atitude particular do paciente que se recusa a admitir a existência de um distúrbio, ou ainda falta de reconhecimento da doença (LOVO, 2006).

tipo Alzheimer não reconhece esses processos na sua vida, e, portanto, negligencia o uso da terapêutica. A assistente social entrou em contato com os familiares, os três filhos da idosa, para ressaltar que a saúde da paciente precisa de assistência. Todos os filhos negaram a possibilidades de fazê-lo, pois para eles a função de cuidar pertence ao gênero feminino. Segundo as suas opiniões a idosa não possui doença e que as alucinações manifestadas pela paciente é fruto de mediunidade. Nessa situação, se o poder judiciário não atuar no sentido de selecionar um responsável legal por essa idosa, o seu quadro clínico irá progredir rapidamente por falta de amparo e cuidado dos familiares.

O fator esquecimento e falta de adesão à medicação pode ocorrer no idoso, mas esse processo também pode ser manifestado nos cuidadores: *“Às vezes esquecemos, mas não damos outro, espera dá o próximo horário”* (cuidador 25); *“Ah! Ela tá tomando sim, a minha cabeça, qual mesmo? Citalopram, risperidona, esqueci... Acabei esquecendo porque começou agora, acabou agora a primeira caixa... às vezes esqueço do remédio, das coisas...”* (cuidadora 37). No estudo exploratório de Gaioli, Furegato e Santos (2012) oito cuidadores de idosos com demência queixaram-se de esquecimento e demonstraram preocupação com esse fato. O esquecimento da administração dos medicamentos também foi observado nos casos de cuidadores de idosos com transtorno afetivo bipolar (MONTESCHI et al, 2010).

É crucial que os serviços de saúde estimulem os cuidadores a atuar de forma que os horários de administração sejam adequadamente seguidos e cumpridos. Sobretudo, também é importante incentivar os cuidadores a adotarem na rotina de cuidado estratégias que facilitem a recordação da administração dos medicamentos, como a incorporação de alarmes de telefone móvel como lembretes, adoção da tabela de medicamentos com horários e outros instrumentos que potencializem a adesão à medicação.

Alguns idosos com demência com estado cognitivo e funcional relativamente preservado ainda conseguem administrar os medicamentos. Entretanto, algumas famílias colocam como atribuição do trabalhador doméstico (que paralelamente atua como cuidador formal) a supervisão do idoso para garantir que ele não se esquecerá de utilizar o medicamento: *“Ela (a idosa) esquece. A mocinha que trabalha conosco lembra”* (idoso 6). *“Na realidade ela (trabalhadora doméstica) já chega com o remédio certo na hora certa pra ele (idoso) tomar”* (cuidador 9). Para certificar a adesão ao tratamento por minimização/eliminação do esquecimento do idoso, a utilização do medicamento deve ser acompanhada e monitorada pelos participantes que atuam no cuidado.

A cuidadora 41, esposa do idoso 13, apresentava diversas dúvidas de como cuidar do esposo. No atendimento farmacêutico estava bastante confusa na hora de relatar como é

administrado os medicamentos ao paciente. Tanto no atendimento farmacêutico como de enfermagem foi percebido que a cuidadora estava administrando o enalapril e omeprazol somente quando a cuidadora percebia que o paciente necessitava desses medicamentos. A enfermeira explicou que esses medicamentos necessitam ser utilizados cronicamente pelo paciente, sendo fornecidas informações sobre a doença, diagnóstico e tratamento. Após a transmissão dessas informações a cuidadora relatou estar satisfeita e desejava retornar ao serviço em outros momentos para capacitar-se sobre a farmacoterapia do idoso. Esse quadro ilustra um caso de uma cuidadora carente de informações para desempenhar as ações do cuidado, mas que desejava receber orientações pelo serviço para aprimorar as suas práticas. Nesse contexto, observa-se que não havia adesão à medicação, pois a cuidadora desconhecia que os medicamentos deveriam ser administrados continuamente ao idoso e a falta de oferta culminou no tratamento incompleto.

Após a família receber a notícia do diagnóstico de demência do idoso algumas organizam a rotina para o compartilhamento dos deveres do cuidado. Nessa situação observa-se uma parcela menor de queixa de sobrecarga por parte de um cuidador em específico, pois há colaboração de outros familiares no processo do cuidado. Contudo, em alguns casos o idoso pode receber atenção de maneira diferenciada pelos familiares dada a falta de uniformidade das condutas, principalmente quando o idoso habita temporariamente em diversas residências nas diferentes escalas elaboradas pelas famílias. Isso pode ter impacto na qualidade do cuidado prestado, incluindo a administração ou não do medicamento. Com isso, percebe-se que dependendo do familiar que estiver responsável pelo cuidado do idoso pode haver ou não adesão à medicação, como demonstrado no relato de um cuidador quando questionado se a família esquecia-se de administrar os medicamentos: *“No inicio sim. Ia pra casa de um no final de semana, aí esquecia de manhã e tomava a noite quando estava na casa de outro”* (cuidador 26).

A adesão à medicação no contexto familiar onde o idoso com demência está inserido deve ser compreendida em sua universalidade, resultando uma avaliação sistêmica do processamento das relações sociais de todos os atores, pois se pressupõe que esse processo constitua uma parceria entre quem cuida e aquele que recebe o cuidado (MARIN et al, 2008). Muitos estudos aprofundam quais aspectos do paciente e da farmacoterapia influenciam a adesão à medicação (LEITE e VASCONCELLOS, 2003). Contudo, o poder da família sobre esse aspecto da terapia medicamentosa está sendo pouco evidenciado e, principalmente no caso de idoso totalmente dependente, a família pode deter a totalidade do poder decisório de aderir ou não ao tratamento. Para exemplificar, certa vez em um atendimento do CMI uma

cuidadora questionou a conduta dos médicos e da professora de farmácia, alegando que o uso de medicamento para tratar a demência era deletério em função dos efeitos adversos e que ela havia visto nas mídias de comunicação a possibilidade de tratar a doença com suco a base de frutas e verduras. Mesmo após exaustivas orientações por parte dos profissionais de saúde, a cuidadora insistiu em afirmar que o uso de medicamentos não era necessário. Por fim, a idosa passou a ser assistida por outra cuidadora (filha da paciente) que se comprometeu a administrar os medicamentos conforme prescrito.

Conforme evidenciado nesse estudo e também relatado na literatura, a adesão à medicação sofre influência da falta de acesso aos medicamentos e seu custo (LEITE e VASCONCELLOS, 2003). Como a adesão à medicação está relacionada com a utilização do medicamento, se o idoso não consegue adquiri-lo não haverá adesão. A seleção de uma forma farmacêutica cuja administração tenha maior comodidade pode facilitar a adesão, desde que seu custo seja acessível para as famílias. Houve um caso atendido no CMI no qual a família não tinha adesão à medicação, pois não tinha condições financeiras para o acesso da forma farmacêutica por sistema transdérmico, devido o seu alto custo: *“Eu queria que tirasse o adesivo e voltasse o comprimido, é muito caro... nem sempre dá pra comprar e dar (para o idoso)”* (cuidador 16). Para viabilizar a adesão à medicação os profissionais de saúde devem avaliar o custo-benefício na adoção de tecnologias que facilitem a administração, pois não haverá adesão à medicação enquanto não há o que é a primeira etapa para o uso do medicamento, isto é, o acesso a esses produtos.

A idosa 2 com 77 anos e diagnóstico de doença de Alzheimer fase leve, foi para os atendimentos do CMI e nesse momento negou precisar de alguém para a realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária. Na consulta farmacêutica a idosa não conseguiu citar com clareza os medicamentos e a sua forma de utilização. A paciente é a responsável pela administração dos medicamentos e recusa a delegação dessa tarefa para outra pessoa. Toda a vida a paciente foi muito independente e ativa, o que dificulta o reconhecimento por parte da família que ela necessita de cuidadores para efetivação de cuidados, incluindo na assistência ao tratamento. Na reunião da equipe multiprofissional foi discutido diversos argumentos que ilustram a imprescindibilidade da idosa ser assistida por um cuidador nas atividades da vida diária, conforme relatado pela médica que a atendeu: *“A paciente já se envolveu em acidente automobilístico por falta de atenção, sofreu um golpe financeiro no banco por pessoa desconhecida, pois ela passou os seus dados bancários. Deu*

como presente de aniversário para um familiar xampu e condicionador, sendo que faz muito tempo que o mesmo é careca” (médica 2).

No corredor do CMI, a cuidadora 44 secretamente falou para a professora de farmácia que a idosa 2 não possui adesão e organização da farmacoterapia (opinião contrária àquela relatada pela idosa no atendimento farmacêutico), pois são encontrados vários comprimidos sobrando na *pillbox* e que deveriam ter sido consumidos pela paciente. A cuidadora denunciou a falta de adesão da idosa porque empregou a técnica de contagem de comprimido. Isso ela fez institivamente, sem uma orientação profissional direcionada a esse sentido. É importante destacar que, nesse caso, é importante manter a idosa e a cuidadora como agentes na CTM, pois o deslocamento da idosa nessa atividade colocará a família em situação de antagonismo, devida a resistência apresentada pela paciente. A idosa deve não ser vista como ser humano incapaz para tudo, mas deve ser estimulada a sua participação dentro das suas possibilidades, mesmo que seja em menor proporção. Além disso, é importante ensinar essa cuidadora outras estratégias de avaliação e promoção da adesão à medicação, de modo que ela possa supervisionar e monitorar a adequação e utilização da medicação pela idosa.

A cuidadora 35 relatou não ler a bula dos medicamentos para não desestimular a adesão à medicação. É importante que o farmacêutico oriente os cuidadores como manusear a bula dos medicamentos. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 47/2009 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabelece regras para elaboração, harmonização, atualização, publicação e disponibilização de bulas de medicamentos para pacientes e para profissionais de saúde, constituindo uma normativa que facilita a democratização no acesso as informações básicas sobre os medicamentos. Mesmo com a reestruturação das bulas dos medicamentos para garantir a sua acessibilidade e trato pelo usuário, é fundamental que os profissionais de saúde os auxiliem no seu adequado manuseio. Isso inclui as orientações sobre a ocorrência das reações adversas, deixando explícito para os usuários e familiares que esses efeitos têm o potencial de acontecer em função de parâmetros de susceptibilidade individual, entre outros. Além disso, se por acaso os efeitos sejam manifestados no paciente, os familiares devem sentir-se estimulados a buscar junto aos profissionais de saúde as intervenções para o seu manejo.

A adesão à medicação é tema transversal a diversos conteúdos que permeiam o uso de medicamentos. A necessidade de compreender a sua dinâmica com profundidade no cuidado é crucial para que as ações e programas de uso racional de medicamentos se efetivem no

panorama da saúde coletiva do Brasil e, por tanto, esses processos devem ser contemplados na agenda das políticas públicas de saúde e nas prioridades da pesquisa nacional.

5.2.4 A AUTOMEDICAÇÃO

Os cuidadores utilizam práticas informais de cuidado, com destaque para a automedicação alopática e o uso de remédios naturais, que segundo as suas perspectivas, constituem processos importantes para o enfrentamento de enfermidades dos idosos (VIEIRA et al, 2011).

No enfrentamento das doenças que não possuem cura, a exemplo das síndromes demenciais, a família acaba recorrendo a diversos recursos, que por vezes pode prejudicar ainda mais o quadro clínico do idoso, sendo a automedicação uma prática comum.

A difusa informação que alguns fitoterápicos e polivitamínicos promovam efeitos adicionais sobre a doença, especialmente na recuperação da memória, induz o consumo significativo desses produtos pelo idoso com demência: *“Tomava Ginkgo biloba durante um tempo”* (idosa 3); *“tomava passiflorine pra tirar a agitação”* (idoso 18). Geralmente esse uso é motivado por automedicação por parte da família, mas também houveram relatos da sua utilização como fruto da “empurroterapia” oriunda dos atendimentos de algumas farmácias comunitárias do Distrito Federal.

Também há casos das famílias que somente administram medicamentos para o idoso mediante orientação médica: *“Não dou nada sem orientação médica”* (cuidadora 6). Quando essas falas eram mencionadas alguns cuidadores manifestavam sentimentos de segurança, pois confiavam que essa conduta era a melhor para o paciente. Já outros temiam à automedicação e por isso evitavam essa prática.

Alguns cuidadores automedicavam o idoso em casos de problemas de saúde menores com Medicamentos Isentos de Prescrição (MIP) médica: *“A gente não dá sem orientação. Quando dá é líquido, dipirona pra febre”* (cuidador 22). *“Eu dou Buscopan® porque ela tem pedra nos rins”* (cuidadora 2). Mesmo que haja menor complexidade em alguns problemas de saúde e caracterize uma situação de automedicação responsável (TOURINHO et al, 2008), é importante que esses pacientes sejam submetidos a uma avaliação farmacêutica para a

averiguação da gravidade e realização de encaminhamentos dos casos graves para os serviços adequados na rede de atenção à saúde.

Naves et al (2010) realizaram um estudo qualitativo para investigar a ocorrência da automedicação, suas motivações e a qualidade do atendimento em farmácias. Dentre as motivações dos usuários a buscarem o tratamento nas farmácias, observou-se uma grande semelhança nos relatos dos três grupos estudados, englobando aspectos como insatisfação com o atendimento recebido nos serviços de saúde e a demora no atendimento no sistema de saúde.

Estabelecendo um paralelo com esse estudo, foram presenciados diversos momentos nos quais os cuidadores ligavam para o CMI a procura dos componentes da farmácia clínica para o esclarecimento de dúvidas sobre a farmacoterapia. Também por telefone os médicos elucidavam diversos aspectos sobre o tratamento e doença. Esse maior acesso aos profissionais de saúde na obtenção de orientações sobre os aspectos que estão inseridos na prática do cuidado e um bom atendimento favorece que a prática da automedicação seja reduzida e conduzida de maneira responsável.

Enquanto o uso da tecnologia da telefonia pode contribuir para a transmissão de orientações aos pacientes e cuidadores, como discutido acima, em contraposição Arrais et al (2007) constataram que a participação do paciente no processo da dispensação é nula e que a falta de orientação sobre o uso correto do medicamento ainda é mais dramática quando a solicitação do medicamentos se dá por via telefônica, fato comum nos processos de venda desses produtos em nosso país. Segundo essa literatura, utilizando-se desse mecanismo na rotina dos diversos estabelecimentos farmacêuticos, poucos serviços consultaram as necessidades e muniram de informações os pacientes sobre a farmacoterapia, demonstrando que o usuário do medicamento ganha na comodidade, mas corre riscos sobre saúde em função da falta de orientação farmacêutica sobre o uso adequado dos medicamentos.

Tourinho et al (2008) destacam que armazenar medicamentos nos domicílios é prática comum que apresenta risco potencial para o surgimento de agravos à saúde dos componentes familiares pois propicia a prática da automedicação:

A farmácia domiciliar, freqüentemente depositada em ambientes e recipientes inadequados, propicia diversas possibilidades de consumo irracional e desperdício, incluindo a facilitação da automedicação não responsável, bem como o aumento do risco de exposições tóxicas não intencionais (principalmente em crianças pequenas) e intencionais.

Nos atendimentos farmacêuticos do CMI foram percebidas que muitas famílias possuem estoques domiciliares de medicamentos, incluindo produtos prescritos e não prescritos. Nesses casos a família recebe orientações dos riscos dessa prática e são disponibilizadas informações da importância de restringir o acesso desses produtos no domicílio, para prevenir o uso incorreto e a prática da autoprescrição.

5.2.5 OBSERVAÇÃO CLÍNICA

É de competência dos cuidadores o acompanhamento dos seus idosos aos serviços de saúde. Nesse momento, o familiar atua como importante emissor de informações sobre a saúde do idoso e ao se comunicar com os profissionais de saúde colabora para realização de uma avaliação clínica efetiva.

A segunda edição do guia prático do cuidador publicado em 2009 pelo Ministério da Saúde estabelece dentre as principais atribuições do cuidador informal a comunicação à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada.

Quando há imprescindibilidade de investigação clínica sobre a adequação da medicação do idoso, cabe principalmente ao cuidador relatar as alterações comportamentais e funcionais do paciente, de modo a subvencionar os julgamentos clínicos da farmacoterapia pelos profissionais de saúde. Logo, o cuidador deve ser capacitado a observar o idoso e sentir-se estimulado a relatar as alterações do paciente nos atendimentos dos serviços de saúde.

Muitos familiares se encontravam perplexos ao avaliar os aspectos positivos e negativos decorrentes do uso contínuo dos medicamentos na pesquisa de Monteschi et al (2010). Segundo o estudo quanti-qualitativo desses autores, os depoimentos mencionados pelos cuidadores de idosos com transtorno afetivo bipolar revelavam um julgamento ambíguo em relação aos efeitos do medicamento utilizado pelo paciente. Como fruto dos discursos obtidos nesse estudo, foi verificado que esses familiares reconheceram e valorizaram os efeitos terapêuticos proporcionados pelos medicamentos. Contudo, muitos identificaram efeitos adversos e ineficácia terapêutica, tornando-se receosos em relação à farmacoterapia do idoso.

Nos atendimentos farmacêuticos realizados no CMI os cuidadores e idosos eram questionados sobre a efetividade e segurança dos medicamentos, esta última avaliada pela

ocorrência de reações adversas. A maior parte dos relatos dos cuidadores estavam relacionados a sua percepção de efetividade, sendo enunciado em menor proporção as narrativas que tratavam sobre a segurança.

5.2.5.1 EFETIVIDADE

Na entrevista farmacêutica, dependendo de quem era responsável pela CTM, ora a resposta de efetividade era captada no discurso do idoso, ora por meio da enunciação do cuidador. Abaixo seguem alguns relatos da percepção do idoso quanto a efetividade do tratamento medicamentoso: *“Eu melhorei, senti que melhorei um pouquinho, tô fazendo crochê...”* (idosa 3); *“todos eles resolvem, principalmente da pressão”* (idosa 5).

Devido ao quadro hegemônico de sustentação e operação da farmacoterapia se processar pelos cuidadores, grande proporção das declarações de efetividade partia desses atores. Um dos parâmetros e indicadores adotados pelos familiares na avaliação da resposta do idoso aos medicamentos era manifestação/ausência de alteração comportamental: *“A quetiapina fez um efeito impressionante. Ela parou com essa história de achar que as coisa da televisão, as coisa da novela é de verdade”* (cuidadora 19); *“assim, o quadro que ela mais tinha antes era de muito nervosismo. Então 100% o nervosismo resolveu. O de memória... não... assim ela tá progredindo... não houve melhora pra falar que um dia ela tá bem, no outro ela tá mal”* (cuidador 27); *“tá tratando. Inclusive parei com sertralina e os sintomas tão voltando. Ela disse que tem piolho andando no corpo dela todinho. Mas quando ela toma ele (medicamento) some. Ela coloca veneno, secador de cabelo pra matar o piolho no corpo, na cama. Mas isso não existe não, é loucura da cabeça dela”* (cuidadora 15); *“Eles estão funcionando certinho e ele tá dando bem. Quando ele não se dá com a medicação ele fica agitado e a gente já percebe diferença”* (cuidadora 28).

No decorrer da evolução das síndromes demenciais o paciente pode apresentar flutuações no seu comportamento. Ele pode passar desde o quadro de agitação e agressividade até o mutismo e apatia. Os cuidadores relataram dificuldade de avaliar a efetividade do tratamento no caso dos pacientes que apresentam mutismo e apatia intensa, pois se torna mais difícil a captação de sintomas e respostas relacionadas ao uso dos medicamentos: *“Antes ela*

não tinha resistência, agora então não tem mesmo, porque ela está sem ação, não sei se tá dando certo... Ela não fala, não tem como saber. A gente só tem condições de verificar isso se alterar a temperatura dela” (cuidador 22).

Quando o idoso é assistido por diversas pessoas no cuidado é importante indagar a observação clínica de todos, pois dependendo do cuidador, do tempo dedicado ao idoso, da relação com o paciente, esses dados podem ser adequadamente avaliados. Para exemplificar segue a conversa de duas cuidadoras, uma formal e outra informal sobre a avaliação da efetividade: *“Eu não vi melhora não. Você viu alguma melhora?”* (cuidadora 6). Formal responde: *“Não a progressão... a única coisa que notei foi as manias que diminuíram muito, a implicância, essa coisa, sabe? A diferença da rivastigmina para a memantina foi essa”* (cuidadora 29).

José (2012) realizou uma investigação qualitativa dos termos cuidadores e as suas categorias a partir de uma reflexão dos papéis sociais desempenhados por esses atores. Segundo o autor há complementaridade na atuação dos cuidadores formais e informais, podendo eles coexistirem no desempenho das tarefas do cuidado:

[...] um forte envolvimento de cuidadores formais na prestação de cuidados não implica, necessariamente, uma substituição total dos cuidadores familiares, pois estes podem canalizar os seus esforços para tarefas de supervisão/monitorização dos cuidados prestados por terceiros e para a prestação de cuidados de natureza emocional.

A cooperação e a boa comunicação são peças fundamentais que devem existir nas relações sociais entre os cuidadores formais e informais sobre a farmacoterapia. Nas entrevistas nos serviços de saúde, todos participantes do cuidado diário do medicamento devem ser respeitados e valorizados os seus espaços de fala, democratizando a oportunidade do relato do quadro clínico do paciente segundo a ótica dos diversos cuidadores (SUDORE e COVINSKY, 2011). Certamente essa medida irá enriquecer a investigação clínica aprofundada do paciente.

Com a evolução da doença de Alzheimer, especialmente nas fases mais avançadas, alguns pacientes podem não se beneficiar do tratamento dada à falta de efetividade dos anticolinesterásicos (raramente são empregados no período tardio da doença) e, em especial a memantina, medicamento específico para o tratamento da fase grave, também pode não contribuir para melhora da resposta clínica do idoso. Nesse momento, os cuidadores e os profissionais de saúde devem pactuar qual conduta tomar, mesmo que isso inclua a suspensão

do uso dos medicamentos para o tratamento da progressão da demência: *“Ela tomou muito tempo, medicamentos caros, que retardava a evolução da doença. Depois o médico viu que não tava adiantando, que a gente tava gastando desnecessário. Ele disse que se eu quisesse tirar... Eu disse: eu? Você que é o médico, você que tem que falar. Daí ela continuou mais uns 6 meses tomando mas parou ano passado”* (cuidador 22). É importante a avaliação do custo/risco/benefício do uso desses medicamentos, pois a persistência da utilização pode não ser a melhor opção no cuidado do idoso com demência.

5.2.5.2 SEGURANÇA

As reações adversas a medicamentos são 2,5 vezes mais frequentes nos idosos do que em outras faixas etárias (MARIN et al, 2008). No estudo de Smith et al (2003) os cuidadores informais de idosos relataram dificuldades na observação e na forma de lidar com esses efeitos na farmacoterapia.

Na doença de Alzheimer o paciente apresenta o quadro de anosognosia. Assim, esse paciente pode não reconhecer os efeitos adversos resultantes do uso de medicamentos, como observado no relato de uma idosa que é oposto ao encontrado no discurso da cuidadora: *“Não sinto nada”* (idosa 1); *“Não é bem assim... Toda vez que ela toma alendronato ela fica recolhida, sonolenta, mas fica muito parada. Toma uma vez por semana e eu vi isso só na sexta”* (cuidadora 30).

A cuidadora 36 relatou no atendimento farmacêutico que a idosa quando iniciou o uso da sertralina apresentou confusão mental, fala desconexa e o não reconhecimento do lugar que reside. A cuidadora suspendeu por conta própria o medicamento, pois o considerava inseguro. Isso foi relatado aos profissionais do CMI que substituíram o antidepressivo sem represálias à conduta da cuidadora. Como ilustrado nesse caso, os cuidadores em algumas situações deixam de administrar os medicamentos quando o paciente sofre reações adversas. É crucial que os serviços de saúde colem essas informações para selecionar a melhor terapêutica para o paciente segundo o parâmetro de segurança.

Em várias reuniões da equipe multiprofissional de saúde foram discutidas as necessidades das alterações dos medicamentos utilizados pelo idoso segundo avaliação dos

geriatrias e da farmácia clínica, principalmente por serem impróprios para esse tipo de paciente segundo os critérios de Beers-Fick (2003). Dentre as classes de medicamentos perigosas para o indivíduo idoso que eram amplamente utilizadas pelos pacientes admitidos no CMI encontram-se os antidepressivos tricíclicos e os benzodiazepínicos (PATERNITI; DUFOUIL; ALPÉROVITCH, 2002). A maioria dos pacientes que faziam uso desses medicamentos apresentava hipotensão postural e piora da capacidade motora e, por consequência, maior risco e/ou número de quedas, conforme também mencionado na avaliação dos fisioterapeutas do CMI. Essas classes de medicamentos também podem resultar confusão mental e perda de memória anterógrada, respectivamente e, por motivos de segurança, dependendo da avaliação clínica esses medicamentos eram substituídos da farmacoterapia do idoso assistido no serviço.

Desde a década de 1960, particularmente após a constatação da alta frequência de iatrogenia medicamentosa, dos quais o mais conhecido foi o da talidomida, a preocupação com o item "segurança" passou a ter importância igual ao item "efetividade terapêutica" (LIMA; NUNES; BARROS, 2010). Para a seleção do medicamento apropriado para tratar o problema de saúde do idoso, os profissionais de saúde devem consultar os cuidadores sobre a ocorrência prévia de reações adversas a medicamentos. Normalmente essas informações tendem a ser negligenciadas nas entrevistas clínicas, impossibilitando a escolha da farmacoterapia adequada. Conforme ilustrado nas narrativas dos cuidadores, pelo fato deles conviverem diariamente com os idosos com demência, eles são atores com importantes observações clínicas sobre o paciente, sendo que essas podem estar relacionadas com o possível surgimento das reações adversas a medicamentos: *“Eu estou desconfiada que ela tá comendo mais. Eu acho que abriu o apetite”* (cuidadora 8); *“quando ela tomava a rivastigmina teve uns dois dias que ela vomitava. Quando suspendia e voltava o medicamento ela vomitava de novo, mas depois passava”* (cuidador 22); *“quando ela começou a tomar ele (medicamento), ela se queixava de dor de cabeça”* (cuidadora 15); *“Esse ano ela recebeu uma medicação aqui que o neurologista já tinha passado e ela teve uma reação negativa. Rivastigmina... Ela ficou... Perdia o movimento, o sentido das coisas. Foi uma semana que parou de andar e comer. Esse ano foi receitado aqui, mas a gente não começou...”* (cuidadora 25).

Os profissionais de saúde que se dedicam à assistência da saúde do idoso e cuidador devem valorizar e estimular a autonomia dos familiares. Eles são peça fundamental para a recuperação e promoção da saúde do idoso e o seu papel deve ser reconhecido socialmente,

sendo combatido o *status* de marginalização, negligência e subestimação das suas demandas, capacidades, habilidades e necessidades. Além disso, ressalta-se a importância desses mesmos profissionais atuarem na consolidação do cuidador como um parceiro permanente e estratégico das ações de notificação de eventos adversos na retroalimentação de dados do Sistema de Farmacovigilância do país.

5.2.6 ARMAZENAMENTO

A qualidade adequada para o uso dos medicamentos está diretamente relacionada à manutenção de sua estabilidade em relação às suas condições de armazenamento e manuseio. O armazenamento adequado e a preservação dos medicamentos são fatores fundamentais para a sua eficácia, devendo sempre existir certas medidas referentes ao cuidado desses produtos para garantir a sua estabilidade e qualidade técnica (LIMA; NUNES; BARROS, 2010).

Lima, Nunes e Barros (2010) realizaram uma pesquisa com 52 famílias que foram atendidas em domicílio para a averiguação das condições de armazenamento dos medicamentos. Encontrou-se que 37% dos medicamentos estavam expostos em locais como paredes, balcão da pia da cozinha, sobre a geladeira e mesa, estando, pois, desprovidos do abrigo da luz, calor e umidade. Também foi encontrado que 16% dos medicamentos estavam expostos a forte luminosidade e 8% estavam estocados em locais higienicamente inapropriados.

O presente estudo detectou que parcelas importantes das farmácias domiciliares ainda são armazenadas em locais inapropriados, principalmente na cozinha e banheiro: “*Fica na casa dela, prateleira em frente o fogão na cozinha*” (idoso 3); “*no armarinho da cozinha*” (cuidadora 29); “*guarda no armário da cozinha. Só a pomada que eu guardo no banheiro*” (cuidadora 6); “*o que ela tá usando eu coloco em cima do micro-ondas*” (cuidadora 39); “*guardo no armário do banheiro e eu guardo até a reserva lá*” (idoso 16). Esses locais apresentam variabilidade de temperatura e umidade, o que pode culminar na perda da efetividade, desvio da qualidade e possibilidade de prejudicar a segurança dos medicamentos (SHARIF et al, 2010).

Sharif et al (2010) investigaram como se processa o armazenamento de medicamentos no domicílio com 300 estudante universitários dos Emirados Árabes Unidos. Quase 40% da amostra estocavam de 16 a 20 medicamentos. Os cômodos que eram mais empregados nos estoques de medicamentos correspondiam o quarto e a cozinha. Parte dos medicamentos que estavam sendo estocados em casa já haviam perdido a validade, aumentando o risco de o usuário ingerir produtos cuja toxicidade poderia prejudicar a sua saúde.

Alguns cuidadores, especialmente aqueles que já passaram por experiência do idoso utilizar equivocadamente os medicamentos dada a acessibilidade do local de estoque desses produtos, passaram a armazená-los adequadamente, em ambiente que não proporcione o livre manuseio pelo paciente e outros familiares: *“Guardo em caixas plásticas com tampa e deixo no meu quarto porque eu tenho receio dela pegar. Aconteceu uma vez então tem que cuidar”* (cuidadora 19).

A prática do cuidado fornece diversos conhecimentos para as famílias, nos quais ela desenvolve pensamento crítico sobre como conduzir os diversos aspectos da farmacoterapia. A seguir é relatado o caso de uma família, que no momento que a farmacêutica perguntou sobre o local de armazenamento dos medicamentos no domicílio, eles prontamente informaram que não há possibilidades do idoso armazenar os medicamentos, pois o esquecimento do idoso acarreta na perda desses produtos: *“Fica na caixinha na cozinha, fica em cima do forno elétrico porque é alto. Sempre ela (idosa) some, esquece de guardar. Se eu deixar para ela guardar ela some. O colírio dela, por exemplo, sumiu, desapareceu!”* (cuidadora 15).

Os cuidadores informais que não residem junto com o paciente devem receber orientações sobre a necessidade de supervisionar o armazenamento dos medicamentos no domicílio do idoso com demência. Houve alguns relatos de casais de idosos que moravam sozinhos e ambos apresentavam algum tipo de demência. Essa situação dramática pode acarretar a estocagem inapropriada dos medicamentos e, por consequência, induzirem ao uso inadequado: *“Os remédios são guardados na cozinha. Eu não moro com ela. Aí tava acontecendo uma situação que eu percebi... o marido dela tem Alzheimer e tomava remédios para o Alzheimer. Aí tinha os remédios dela, do marido dela e da cachorra tudo junto, entendeu a confusão? Aí eu separei, comprei uns potinhos, mas mesmo assim de vez em quando acha misturado. Mas ela já se acostumou com as caixinhas, a sinvastatina, eu compro a mesma caixa, mesmo sendo mais caro, porque ela já acostumou. Agora o remédio deles dois tá na mesma prateleira, só que da cachorra eu isolei”* (cuidadora 7).

É importante que os medicamentos sejam armazenados em suas embalagens primárias e secundárias originais, permitindo as apropriadas conservação e identificação (LASTE et al, 2012). Em um atendimento a idosa 7 relatou utilizar o omeprazol apontando para a embalagem primária (figura 1). No entanto, a cuidadora corrigiu a idosa alegando que o médico já havia suspenso o uso do omeprazol. A idosa insistiu que estava tomando aquele medicamento e tinha indicação para fazê-lo. Ela completou informando que colocava os comprimidos de flunarizina na embalagem do omeprazol. Somente naquele momento a cuidadora que administrava os medicamentos percebeu que a paciente estava consumindo a flunarizina duas vezes, uma obtida da embalagem primária própria do medicamento e outra oriunda do recipiente que antes estocava o omeprazol (figura 2).

Figura 1 – Embalagem primária do omeprazol



Figura 2 – Armazenamento da flunarizina na embalagem primária do omeprazol



5.2.7 AS ESTRATÉGIAS PARA O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Cuidar de um idoso com demência impõe ao cuidador familiar uma realidade que evidencia características particulares de seus saberes e fazeres, colaborando para a construção de um saber adquirido pela experiência que é determinada pela prática cotidiana (VIEIRA et al, 2011).

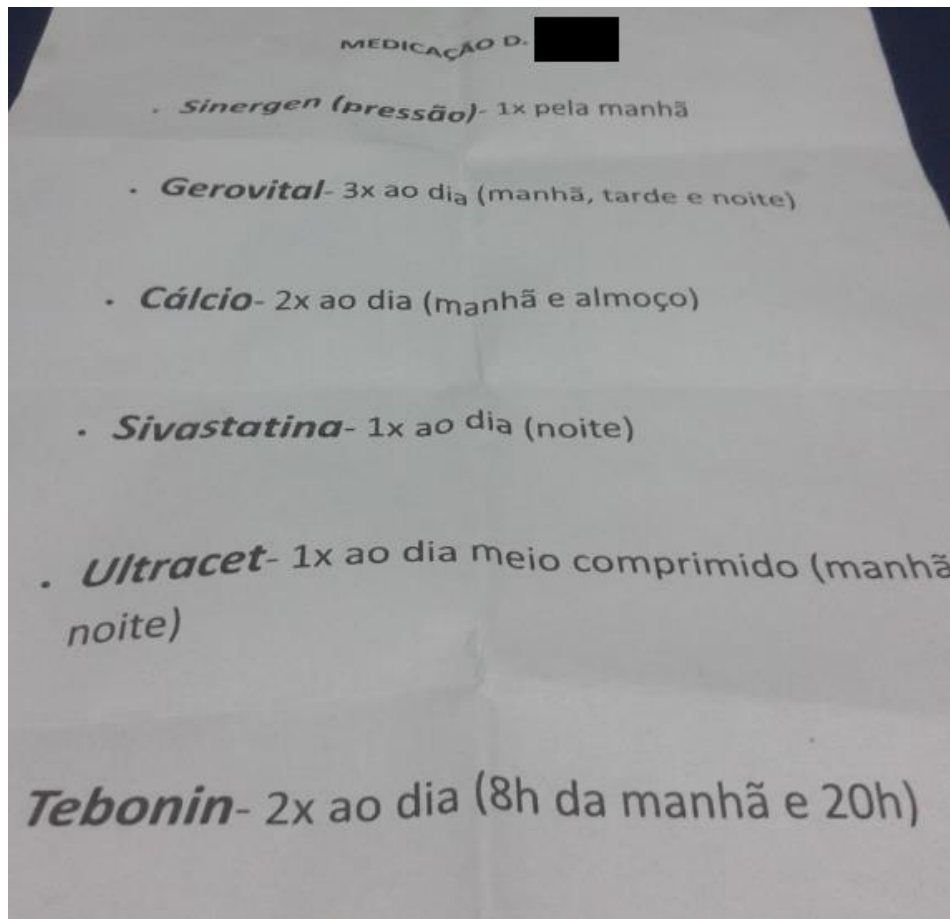
Segundo Folle (2012) os familiares são afetados pela doença e pressionados a se posicionar perante a demência. Assim, eles elaboram conhecimentos resultantes de processos sociais e cognitivos que são amplamente compartilhados pelo grupo. Paulatinamente a prática do cuidado diário habilita o desenvolvimento de técnicas pelos cuidadores, de forma que eles possam criar estratégias que aperfeiçoem as suas práticas e, para o universo da farmacoterapia, sejam consolidados pressupostos que favoreçam o uso racional de medicamentos pelos destinatários do cuidado.

Os idosos com demência podem ser considerados aptos pelas famílias para a autoadministração dos medicamentos. Contudo, existem aquelas que não eximem a sua responsabilidade frente o cuidado e são atuantes na utilização de medicamentos pelos idosos: *“O que a gente tem feito, até mesmo para estimular a autonomia dela é lembrar. É perigoso ela esquecer, então tem essa listinha (figura 3) pra ela se orientar e tem sempre alguém lembrando, a empregada que trabalha o dia todo, a cuidadora do meu sogro, um de nós”* (cuidadora 7). Esses familiares criaram esse documento segundo os conhecimentos adquiridos na experiência do cuidado. Eles fixavam a lista na geladeira, pois é um lugar habitualmente visitado pela idosa e isso facilita a recordação da utilização pela paciente.

Um estudo de Brauner (2009) elencou diversas estratégias que podem ser utilizadas para favorecer a adesão à medicação dos idosos com demência. Dentre elas destacam-se a alocação da lista e os medicamentos em lugar de grande circulação, permitindo a pronta recordação da utilização dos medicamentos pela família. Isso justifica parcialmente o porquê que os idosos e cuidadores armazenam os medicamentos na cozinha: *“Eu coloco perto do filtro porque quando eu tomo água já lembro do remédio”* (idosa 8); *“eu coloquei no lugar que eu vejo e lembro, porque eu esqueço tudo”* (idosa 12). Embora esse dispositivo de recordação possa apresentar efetividade, é importante que o farmacêutico, principalmente aquele que compõe o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e participa das visitas domiciliares junto a ESF, compactue com a família um local do domicílio que facilite a

recordação do momento da administração do medicamento do idoso, principalmente se tratando da lista de medicamentos. Ao mesmo tempo, é importante restringir o local de captação dos medicamentos e a sua estocagem se processe em condições apropriadas de conservação.

Figura 3 – Lista de medicamentos elaborada pelos cuidadores



Após a avaliação médica e atualização da prescrição, a farmacêutica elaborava uma lista contendo informações atualizadas sobre os horários de administração dos medicamentos segundo a rotina familiar. Também constavam orientações sobre a administração dos medicamentos concomitante às refeições e o tempo de intervalo entre o uso do medicamento e consumo de alimentos. Todos esses dados eram escritos na ficha modelo em todos os casos atendidos no dia do acolhimento (figura 4), depois a ficha era datada e identificada com a assinatura do responsável pela sua elaboração. Essas intervenções embora pareçam simples são bastante eficientes para assegurar que haja o uso seguro dos medicamentos do idoso, como percebido no diálogo a seguir: “A gente tem uma (se refere a lista de medicamentos na figura 3) que dá para o paciente que toma muitos medicamentos, aí se vocês quiserem a gente

faz pra vocês também, porque ela fica bem organizadinha e fixa na geladeira” (estudante de graduação de Ciências Farmacêuticas). *“Bem didática, se puder tirar cópia...”* (cuidadora 3). *“Eu te dou uma vazia porque se mudar você ajusta”* (estudante de graduação de Ciências Farmacêuticas). Uma cuidadora criou uma lista para os medicamentos no geral e, até mesmo, uma específica para antibacterianos, pois essa classe merece atenção especial segundo a sua percepção: *“Eu faço uma lista separada dos antibióticos para não tumultar aquela”* (cuidadora 31).

Uma das formas de avaliar a efetividade do tratamento medicamento dos esquemas anti-hipertensivo se dá pela aferição rotineira da pressão arterial. Para tanto, muitos fazem a aquisição dos aparelhos automáticos de aferição de pressão arterial nas farmácias comunitárias e quando são atendidos nos serviços de farmácia clínica, apresentam os medicamentos em uso e os registros das aferições. Essa postura tomada pela família é importante porque essas informações permitem aos profissionais de saúde a efetivação da avaliação clínica atualizada e completa do estado de saúde do paciente.

Uma das estratégias mais fascinantes encontradas nos atendimentos foi a elaboração de uma maleta com medicamentos que possui um aparelho automático de aferição de pressão e um caderno de anotações. Um cuidador (filho mais velho) (cuidador 4) estava muito sobrecarregado com a responsabilidade exclusiva de cuidar da idosa (a mãe) com demência. Ele combinou uma reunião com os demais filhos (no total são quatro) e ficou acordado que a mãe seria cuidada por todos e que ela passaria por todas as casas, conforme uma escala previamente elaborada. Para não haver desigualdades no cuidado dedicado à idosa em relação aos medicamentos, o filho mais velho criou essa maleta na qual constavam todos os insumos básicos para o tratamento e o seu monitoramento. O caderno de anotações funciona como um prontuário, no qual todos os filhos faziam registros periódicos dos valores da pressão arterial, as intercorrências relacionadas à administração dos medicamentos, relatos das observações dos cuidadores sobre as alterações comportamentais e funcionais, dentre outras informações (uma espécie de evolução). Esses dados contribuem para que cada filho saiba a trajetória da resposta da idosa frente à farmacoterapia em uso, assim como permite o acompanhamento do *status* e progressão da doença. Essas estratégias padronizam condutas e o registro diário também abre possibilidades de comunicação entre os cuidadores sobre o percurso do tratamento e da doença. Ademais, essas anotações possibilitam que eles possuíssem informações amplas e detalhadas que eram repassadas e serviam de apoio aos profissionais de saúde para anamnese clínica da idosa.

Figura 4 – Ficha com os horários e recomendações sobre a utilização de medicamentos do idoso atendido no CMI

HORA	MEDICAMENTOS	QUANTIDADE	OBSERVAÇÕES
7h JEJUM	PROLOPA 500mg	1/2	
8h CAFÉ	PROCLINAX 40mg	1	
11h LANCHE	PROLOPA 500mg	1/4	30 min antes do almoço
16h LANCHE	PROLOPA 500mg	1/4	30 min antes do lanche
18h JANTAR	GUITAPEN 25mg	1	
ANTES DE DORMIR			

OBSERVAÇÕES: _____

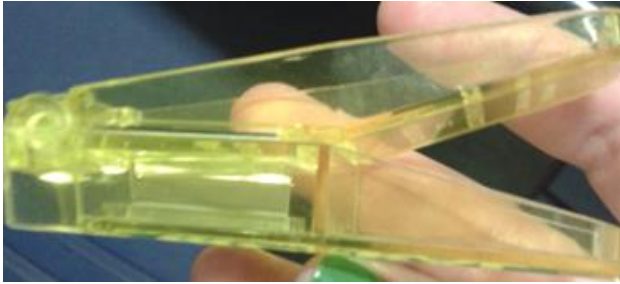
DATA: 24/05/13

MÉDICO: _____

FARMACÊUTICO: _____

Em função da limitação de variedade de formas farmacêuticas oferecidas pela indústria farmacêutica no Brasil, como já discutido, os cuidadores de idosos partem os comprimidos. Uma das estratégias empregadas por esses atores é o uso do partidor de comprimidos (figura 5), encontrado para a venda em algumas farmácias comunitárias. É indispensável que a aquisição desse insumo nesse estabelecimento seja acompanhada de orientações de quais situações o cuidador pode fazer o processo de partição de comprimidos. Para isso, ressalta-se a atuação farmacêutica na avaliação dos medicamentos que podem ser submetidos a esse procedimento, dado o seu conhecimento farmacotécnico. Em casos considerados necessários e aptos, a farmacêutica orientava a aquisição desse produto nas drogarias.

Figura 5 – Partidor de comprimidos



Certa vez foi atendida no CMI uma paciente idosa (idosa 10) que utilizava vinte medicamentos e todos com prescrição. Ela tinha histórico de atendimento em diversos serviços de saúde e utilização de uma infinidade de medicamentos, inclusive alguns considerados impróprios para o idoso segundo a classificação de Beers-Fick (2003). Todas essas informações puderam ser coletadas, pois a cuidadora possuía um relatório escrito e atualizado sobre o uso de medicamentos. A cuidadora 33 elaborou uma tabela na qual na primeira coluna ela registrava as datas, locais e prescritores que haviam atendido a idosa. Em uma segunda coluna ela elencava os medicamentos, doses e tempo de tratamento. Já na última coluna era destinada para a descrição de alterações que a idosa manifestava e que eram percebidas pela cuidadora. Intuitivamente ela já estava confeccionando uma evolução sobre a saúde da paciente. Essa estratégia contribuiu muito para que os profissionais do CMI avaliassem qual seria o tratamento mais pertinente, bem como permitiu o julgamento daqueles que deveriam passar por modificações em função das observações de efetividade e segurança enunciadas pela cuidadora.

Alguns estudos apontam que o uso de *pillbox* facilita a rotina de cuidado com os medicamentos no paciente idoso (LAKEY; GRAY; BORSON, 2009). Essa estratégia foi relatada em alguns atendimentos no CMI e estava associada com a impossibilidade do cuidador supervisionar integralmente a administração dos medicamentos do idoso. No caso, os cuidadores alocavam separadamente os comprimidos a serem utilizados no dia ou durante a semana, para facilitar a administração por outro cuidador ou até mesmo pelo idoso independente para as atividades instrumentais da vida diária.

Figura 6 – Foto da *pillbox* utilizada por uma família



A cuidadora 1, filha da idosa 17, na reunião da equipe multiprofissional foi lembrada como cuidadora zelosa e caprichosa. Ela é remunerada pela família para prestar o cuidado para a mãe e relatava estar satisfeita com o seu papel. Eventualmente a idosa apresentava quadro delirante a alucinatório. A cuidadora monitorava os programas de televisão que a idosa assistia, pois quando esse era agitado ou violento piorava o comportamento da paciente e precipitava mudanças no humor. Dessa forma, quando a programação que a idosa assistia causava alteração comportamental, posteriormente a cuidadora impedia que a idosa o assistisse novamente.

As estratégias criadas e adotadas pelos cuidadores de idosos precisam ser estudadas, analisadas e divulgadas pelos serviços de saúde e meio acadêmico. As trocas desses instrumentos, permeadas pelo diálogo e valorização do conhecimento popular, podem superar as lacunas existentes do conhecimento sobre a conduta adequada da farmacoterapia. É preciso legitimar a associação entre serviços de saúde e as famílias para a prestação de uma rede de suporte e cuidado qualificado, inserindo o cuidador na concepção de um parceiro na assistência à saúde do idoso.

Diante dessa situação, o farmacêutico deve criar medidas de capacitação ao cuidador para a execução das atividades relacionadas aos cuidados de saúde em geral, com especial atenção para a CTM. Isso permitirá um preparo da família para lidar com os sentimentos de culpa, frustração, raiva e outras sensações que acompanham essa responsabilidade.

5.3. A COMPLEXIDADE DA FARMACOTERAPIA E DO CUIDADO DE UM IDOSO COM DEMÊNCIA – ALGUMAS REFLEXÕES

5.3.1 O MEDICAMENTO COMO INSTRUMENTO ALÉM DA TERAPÊUTICA

A cuidadora 38, quando era participante de um movimento social cuidava dos medicamentos e fazia curativos dos outros parceiros que conviviam com ela. Após o recebimento do diagnóstico de demência do seu pai, idoso 19, ela deixou o movimento para residir com ele e fazer a assistência ao cuidado. O seu esposo também é do movimento e participa regularmente, deixando-a por muito tempo residindo somente com o idoso. A cuidadora informou no atendimento farmacêutico que cuida do pai porque alguém tem que cuidar, já que ela não possui laços de afetividade com ele. Isso é reflexo de um histórico de violência sofrido pelos familiares que era provocado pelo pai, principalmente durante a infância da cuidadora. O idoso apresenta quadro alucinatório, agressividade e hipersexualidade persistentes. Ele não aceita o uso dos medicamentos, se locomove por cadeira de rodas, sendo dependente da cuidadora para a realização de múltiplas atividades. Ela informou que nenhum familiar deseja ter contato com o idoso em função dos casos de violência que ele cometeu no passado. Os demais parentes informaram que ela que deveria ser a cuidadora, por ser mulher, pobre, sem estudo e formação.

Para Spivak (2010), o subalterno constitui as camadas mais baixas da sociedade, formadas pelos modos específicos de exclusão dos mercados, da representação política e legal, e da possibilidade de se tornarem membros plenos no estrato social dominante. De acordo com a definição exposta, pode-se evidenciar que a cuidadora se enquadraria como sujeito subalterno, alheia aos seus interesses e sem voz social, podendo essa classificação ser fruto dos diversos preconceitos ao seu gênero, grau formal de conhecimento e condição sócio econômica. Essa discussão se alinha com a obliteração social da mulher subalterna, que se encontra em uma posição ainda mais desprivilegiada, pelos problemas subjacentes às questões de gênero ainda não superadas nesse mundo pós-moderno. Na atualidade, as mulheres continuam permeando as áreas emudecidas. A excessiva erotização e passividade são signos sociais atribuídos ao gênero feminino e a sua existência ao longo dos séculos revela o seu *status* atemporal. O imperialismo de ideologias machistas reduz a mulher como objeto de um Sujeito, de um marido, de um pai, de um filho, de uma família, e, conseqüentemente, de uma

sociedade (para o tema exposto nesse trabalho, especialmente no que se refere às obrigações com o cuidado).

Quando a cuidadora passou no serviço médico ela mencionou que os antipsicóticos não eram efetivos, sendo necessária a incorporação de outro medicamento mais potente ou aumento da dose. Os médicos prescreveram anticoncepcional para o controle da hipersexualidade, incorporaram mais um antipsicótico e aumentaram as doses dos medicamentos que já estavam sendo utilizados para o controle comportamental. Contudo, na reunião da equipe multiprofissional foram percebidos que não eram necessários todos esses ajustes da farmacoterapia, pois a cuidadora teria tendenciado uma superdosagem ao idoso, para sedá-lo excessivamente e não sofrer todos os transtornos da convivência com o idoso. Foi notado que ela poderia estar intoxicando o paciente, não como atitude criminosa, mas seria uma reposta, uma fuga, da situação de violência contínua sofrida na prestação do cuidado ao idoso.

Frente ao caso exposto, talvez o maior desafio e o mais primário de todos seja dar cura a cegueira do precursor dessa problemática. A partir de uma reflexão crítica deve-se promover a identificação da violência, silenciosa e invisível, que nos seus diversos nuances incumbe para essa cuidadora o enquadramento, o fardo, a obrigação de cuidar de alguém que é visto como estranho. E, a partir desse pressuposto, possa-se revelar o pior tipo de violência, que não está associada a questões objetivas como aquelas que podem ser percebidas nas manifestações de agressão física e verbal que ela é submetida na vivência com o idoso. Esse fato encobre talvez o tipo pior de todos de violência segundo as premissas de Žižek (2008), que é a violência que gera o imobilismo social. Essa cuidadora referiu no atendimento da psicologia clínica não ter vontade de viver, não planeja o futuro, por vezes pensa que morrer fosse a melhor solução, diante da falta de perspectiva de mudança e desalento sofrido pela cuidadora no cuidado diário desse idoso. Ademais, esse descompasso culminou na perpetuação da violência, agora provocada pela cuidadora, no formato de ofertas das superdosagens, que poderia inclusive acarretar o óbito do paciente por depressão respiratória.

5.3.2 TODO CUIDADOR É UMA PESSOA HABILITADA PARA A CONDUTA DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO?

A sobrecarga do cuidador pode implicar atitudes extremas em relação ao cuidado e isso tenha repercussão direta sobre a farmacoterapia. Para ilustrar, houve uma situação na qual

uma cuidadora suspendeu abruptamente a prestação dos cuidados do idoso: “*Eu não aguentava a pressão e tormento. Fui com ela pra Fortaleza. Chegando lá só foi confusão, mijou na roupa no meio do almoço, direto xingava todo mundo, queria fugir... eu não aguentei e larguei de mão. Parei com os remédio, de dar comida, deixei ela por conta, sabe?*” (cuidadora 12).

É importante que os profissionais de saúde estratifiquem os níveis de sobrecarga do cuidador, como ressaltado no estudo de Folle (2012), pois a qualidade da prestação do cuidado pode ficar prejudicada e colocar em risco a integridade da saúde do idoso, além de gerar potenciais desavenças familiares, situações de agressividade e abandono. No caso supracitado a idosa também fazia uso de anti-hipertensivos para o controle pressórico, assim como anticolinesterásicos e antipsicóticos. A retirada abrupta dos medicamentos da idosa poderia não só implicar na piora comportamental, psiquiátrica, cognitiva e funcional da paciente, mas também colocá-la em risco de sofrer complicações decorrentes da hipertensão arterial sistêmica não controlada ou até mesmo sofrer uma síndrome de retirada relativa a suspensão do uso dos psicofármacos. Essas informações obtidas no atendimento farmacêutico foram transmitidas na reunião multiprofissional. Nesse mesmo momento, os serviços de enfermagem e de odontologia informaram que a idosa estava em condições precárias de higiene, sendo percebido que a utente estava sendo negligenciada sobre os aspectos relacionados ao cuidado de saúde. Como resultado da avaliação e decisão clínica tomada pelos profissionais do serviço, foi delegada para a assistente social a incumbência de orientar a cuidadora que se ela não se considera capaz de cuidar da idosa no domicílio em função da sobrecarga e estresse, na inexistência de outro cuidador, a possibilidade da institucionalização da paciente em uma instituição de longa permanência constitui uma alternativa viável para a prevenção de complicações de saúde, sociais e judiciais decorrentes da condição de negligência que a idosa se encontrava. Também foi esclarecido que essa medida poderia manter regularidade na prestação da assistência à saúde da idosa com qualidade.

Existem casos que os idosos são assistidos por cuidadores que também relatam dificuldades de aprendizagem, atenção, perspicácia e memória, o que tem impactado na adequação da CTM: “*Olha eu acho que dou certo, né? Único complicante é a aparência tudo igual. Eu confundo sinvastatina com sertralina*” (cuidadora 10); “*Eu tenho a cabeça ruim sabe, não sei se dou certo, não sei se sirvo pra isso...*” (cuidadora 11).

Os serviços de saúde devem avaliar a capacidade dos cuidadores de idosos para a CTM. Não há possibilidade de o idoso receber os devidos cuidados se também é assistido por

uma pessoa com limitações importantes. Para exemplificar, um cuidador, também idoso, acompanhava a esposa com hipótese de diagnóstico de Alzheimer, apresentava desorganização do pensamento e relatava informações confusas a respeito da rotina diária da paciente. Na reunião multiprofissional foi discutida a possibilidade de ambos serem portadores de síndromes demenciais, sendo que os dois residiam sozinhos e os demais familiares habitavam em outro estado.

A cuidadora 34 é irmã da idosa 11 que possui diagnóstico de demência vascular fase grave. A idosa apresenta quadros recorrentes de alucinações, hipersexualidade, agressividade (principalmente no momento da administração do medicamento e na hora do banho), além de deambulação desmotivada, consumo de laranja com casca, batata crua e sabão, comportamento ritualístico e emissão de sons/ruídos aleatórios.

Antes de a idosa encontrar-se sob responsabilidade da irmã, a mesma residia com o esposo que não prestava a assistência à saúde da idosa. Ao contrário, há relatos que ele tentou exterminar a idosa inúmeras vezes, e em função desse quadro de violência generalizada, a irmã passou a ser a cuidadora principal da idosa. Atualmente a cuidadora relata estar fugindo do ex-marido da irmã, que agrediu física e verbalmente a paciente e a cuidadora.

A cuidadora menciona ter doença na tireóide (não menciona o diagnóstico preciso) e não tratar o seu problema de saúde. A cuidadora relatou no atendimento farmacêutico que a doença da irmã acabou com a sua vida. Ela apresenta altos níveis de sobrecarga e está impaciente com a idosa. Essa irritabilidade da cuidadora estava constituindo um entrave para a sua vida e da idosa. Após orientação da assistente social do CMI, a cuidadora contratou duas auxiliares para o cuidado da irmã, obtendo-se um alívio temporário da sua sobrecarga. Entretanto, ambas as cuidadoras formais já almejavam sair do emprego e diante da falta de esperança de contratar outras pessoas que a auxiliassem nas diversas tarefas do cuidado da idosa, a cuidadora encontrava-se desacreditada quanto ao seu futuro e da irmã. Ela se considerava incapaz para a prestação do cuidado à idosa e não conseguia administrar as dificuldades que essa tarefa lhe impunha.

Como percebido, diante da avaliação do contexto social dessa família, quem o serviço de saúde pode considerar como paciente? Ambas possuem problemas de saúde, estado emocional fragilizado, mas perante a lei, a cuidadora 34 deve cumprir com as obrigações de prover toda assistência necessária para a idosa.

A professora de farmácia observou que por mais que fossem transmitidas informações de como conduzir adequadamente a farmacoterapia da idosa, a fragilidade e complexidade da

situação na qual a cuidadora se encontrava podia culminar em condutas inesperadas e extremas.

Hazzard et al (2009) destacam que o significado da idade avançada, as alterações comportamentais, os sintomas psiquiátricos e as condições que resultam dependência no idoso, como as demências, as fraturas de quadril, as doenças reumáticas, os acidentes vasculares encefálicos e as limitações visuais, acarretam desafios para esse indivíduo conviver no ambiente residencial e em sociedade. Somados a alguns desses aspectos, a idosa 11 possuía diversas sintomas que tornavam a tarefa do cuidado mais árdua, difícil e obscura. Para acrescentar a gravidade dessa situação, a cuidadora devia prover a sua proteção e da idosa contra novos atos de agressividade do ex-esposo da paciente.

Diante dessas condições, é imprescindível que haja um suporte psicossocial resolutivo e permanente, pois à medida que essa cuidadora desiste do autocuidado e do desvelo com a idosa, esse quadro pode derivar decréscimo da qualidade de vida, agravamento das enfermidades e até mesmo constituir um indicador de mortalidade. Outra possibilidade é a associação em coletividades, pois também constitui uma ferramenta no enfrentamento e compartilhamento de atribuições no cuidado de um idoso dependente. Assim, o suporte e apoio disponibilizados por outros familiares e a organização da vida em comunidade também são medidas que ofertam amparo aos cuidadores e idosos (CALDAS, 2003).

5.3.3 QUANTO MAIOR A QUANTIDADE DE MEDICAMENTO, MELHOR O CUIDADO PRESTADO?

A cuidadora 43, escolaridade de ensino médio e formação de técnica de enfermagem, filha da idosa 10, faz acompanhamento e prestação de cuidados à idosa há muitos anos. A idosa também recebe cuidados de uma cuidadora formal contratada para auxiliar a filha nos cuidados com a mãe.

No atendimento farmacêutico a cuidadora 43 sabia informar todos os quinze medicamentos utilizados pela idosa, sabendo informar os horários, as indicações, entre outras informações que contribuíram para a percepção de que ela possuía bons conhecimentos sobre a farmacoterapia.

A cuidadora 43 informou ter bastante interesse em aprofundar os seus conhecimentos sobre os medicamentos utilizados pela idosa. Todas as vezes que a prescrição passa por

revisão e ajustes, ela pesquisa na *internet* diversas referências sobre o assunto, atitude essa tomada e que é similar a de alguns cuidadores de idosos do estudo de Travis e Bethea (2001).

Assim, na percepção da professora de farmácia que atua como farmacêutica voluntária do serviço, a primeiro momento, a idosa estava utilizando o medicamento adequadamente e a cuidadora estava conduzindo da melhor forma possível a farmacoterapia.

Não obstante, na reunião da equipe multiprofissional o corpo clínico relatou que vários medicamentos que foram suspensos nos atendimentos anteriores ainda continuavam sendo administrados por essa cuidadora. Os participantes que fazem parte o atendimento farmacêutico ficaram perplexos, pois no atendimento da farmácia a cuidadora aparentava ter um dos melhores perfis de cuidador na assistência à farmacoterapia do idoso.

Nessa situação, a cuidadora não seguia a recomendação de um único serviço, ela conduzia a idosa a vários médicos de diversas especialidades, administrava todos os medicamentos que eram recomendados para a paciente, contribuindo para o quadro de polifarmácia supracitado. Na concepção da cuidadora, quanto mais diversificada a farmacoterapia da idosa, melhor é o tratamento proposto. Contudo, esse excesso de cuidado estava colocando a idosa em risco de sofrer interações medicamentosas, aumento do surgimento de reações adversas a medicamentos, dificuldade na acessibilidade dos medicamentos e internações hospitalares resultantes de problemas relacionados a medicamentos (HOHL et al, 2001).

Em outro atendimento uma paciente (idosa 20) fazia uso contínuo de 25 medicamentos e foi acompanhada no atendimento farmacêutico pelas duas filhas que atuavam como cuidadoras, sendo uma delas considerada a cuidadora principal (cuidadora 3).

As cuidadoras aparentavam possuir bons conhecimentos sobre a doença e a farmacoterapia. Também foi observada uma relação harmoniosa e zelosa das cuidadoras no desempenho do cuidado para a idosa. Contudo, foram percebidos que muitos medicamentos suspensos pelos profissionais de saúde do CMI continuavam sendo administrados pela cuidadora principal. No seu olhar, a maior quantidade de medicamentos utilizados pela idosa refletia em um aumento da qualidade do cuidado prestado e por isso ela apresentava resistência na deleção dos medicamentos dos esquemas terapêuticos. Essa situação inclusive resultou em uma situação de conflito entre a familiar e o médico do serviço, e, conforme previsto na reunião da equipe multiprofissional, a idosa não compareceu aos retornos no serviço e possivelmente a cuidadora passou a conduzi-la para outras instituições de saúde.

É importante captar, entender e analisar as concepções e o simbolismo do medicamento para os atores do cuidado. O importante dessa história não é a desobediência às orientações fornecidas pelo serviço. Para essa cuidadora a qualidade do cuidado está sendo influenciada

pela medicalização da sociedade. Essa proposta emerge como medida resolutiva, massiva e imperiosa para os variados problemas que afligem a humanidade, que no caso da conduta da cuidadora, caracterizava-se pela ampla utilização de medicamentos na tentativa de reparar ou de viabilizar uma cura, e até mesmo de promover qualidade de vida à usuária do medicamento. Diante dessa problemática será que o serviço de estaria preparado para lidar com a repercussão social do medicamento e as suas consequências? São essas reflexões que devemos aprofundar para elaborar uma proposta de cuidado de saúde que seja compatível com as “reais” necessidades dos usuários do sistema de saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por diversas razões discutidas no texto, a CTM por cuidadores pode se processar indevidamente. Dentre os principais obstáculos a serem enfrentados por esses agentes está a falta de acesso aos medicamentos do idoso, as dificuldades na administração desses produtos aos pacientes, fatores como esquecimento e não aceitação da necessidade do tratamento como intervenientes para a adesão à medicação, as práticas de automedicação desenfreada e não responsável, as barreiras para observar e saber relatar os dados de efetividade e segurança da farmacoterapia na consulta clínica e os erros persistentes na armazenagem dos medicamentos.

As queixas de maior prevalência estavam relacionadas com a falta de acesso aos medicamentos e a administração errônea desses produtos. Não obstante, nesse contexto emergiram novas problemáticas para a perspectiva acadêmica, como as discussões pertinentes a automedicação, armazenamento, observações clínicas, por exemplos. Conforme o caso estudado, essas podiam ser mais decisivas na falta de adesão à medicação e uso racional de medicamentos do que aquelas já discutidas em outras pesquisas.

A pesquisa obteve um lugar de estudo privilegiado que possibilitou que diversas questões fossem captadas, discutidas e analisadas, dentro da proposta de atendimento integral do usuário de saúde. O ambulatório ao operacionalizar esses atendimentos por meio da integração e articulação dos múltiplos profissionais de saúde possibilita que as ações e serviços sejam de melhor qualidade, já que o usuário é atendido de acordo com as suas necessidades, que são amplas e complexas, assim como possibilita um acompanhamento associado com o estabelecimento de vínculo e engajamento de todos esses atores para a promoção da saúde. Para que isso se processe de forma universal e equânime no país é importante que essa proposta seja estimulada na incorporação e atuação das equipes multiprofissionais nos diferentes níveis de atenção à saúde no país, com foco principal na atenção primária.

A compreensão da dinâmica e realidade do cuidado contribui para a geração de um diagnóstico situacional das necessidades desses usuários frente às políticas públicas de saúde no Brasil. Desde a promulgação da Constituição de 1988 e o estabelecimento do SUS, são crescentes os ganhos na perspectiva dos direitos à saúde no país e várias diretrizes e normas são publicadas e atualizadas nesse sentido. Contudo, para a implementação das políticas é fundamental que esse processo seja acompanhado com maiores investimentos no setor saúde,

incluindo as ações de regionalização e qualificação da assistência farmacêutica no cenário brasileiro.

Algumas dificuldades elencadas pelos cuidadores já eram conhecidas e compartilhadas pelos outros usuários do serviço de assistência farmacêutica no Brasil. Entretanto, a sua atipicidade se dá pelo somatório de fatores que prejudicam a utilização correta de medicamentos pelo idoso, que são oriundos tanto das incapacidades veiculadas pelo acometimento das demências quanto pela complexidade e a multiplicidade de faces que o medicamento ganha por questões sociais e terapêuticas.

Mesmo diante de tantos entraves, os cuidadores de idosos sabiamente desenvolvem ferramentas, práticas e atividades que os tornam hábeis no gerenciamento de problemas que podem interferir na farmacoterapia do idoso. Esses dados tendem a ser negligenciados pelos serviços de saúde, pois a falta de uma comunicação aberta e eficiente entre esses atores fragmenta a compreensão da dinâmica do cuidado e não permite a captação de estratégias que podem ser aprimoradas e compartilhadas entre os diversos grupos.

O medicamento é encarado como algo que ultrapassa a simples perspectiva de produto farmacêutico. Ele é empregado no cuidado para outras finalidades, terapêuticas ou não, mas que são importantes, já que são reflexos de como se processa a dinâmica do cuidado. A família cuidadora não é uma transposição dos serviços médicos para o domicílio. Tanto o paciente quanto os cuidadores são seres relacionais e essa conjuntura deve ser estudada para que as intervenções sejam efetivas, contextualizadas e direcionadas para as necessidades e anseios das famílias e isso deve incluir a observância e análise da farmacoterapia e suas múltiplas dimensões.

REFERÊNCIAS

ACÚRCIO, F. A. et al. Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 4, p. 468-474, 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução - RDC Nº 47, de 8 de setembro de 2009**. Estabelece regras para elaboração, harmonização, atualização, publicação e disponibilização de bulas de medicamentos para pacientes e para profissionais de saúde. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/bulas/rdc_47.pdf. Acesso em: 28 setembro 2013.

ARNSTEIN, P. Balancing analgesic efficacy with safety concerns in the older patient. **Pain Management Nurse**, v. 11, n. 2, p. 11-22, 2010.

ARRAIS, P. S. D. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.4, p. 927-937, 2007.

AZIZ, M. M. et al. Prevalência e fatores associados ao acesso aos medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n. 10, p. 1939-1950, 2011.

BAHIA, V. S.; TAKADA, L. D.; DERAMECOURT, V. **Dementia e neuropsychologia**, v. 7 n. 1, p. 19-26, 2013.

BATISTA, A. S.; ARAÚJO, A. B. Intimidade e Mercado: o cuidado de idosos em instituições de longa permanência. **Revista Sociedade e Estado**, v. 26, n. 1, p. 175-195, 2011.

BELLO, C. B. **Acesso aos medicamentos: experiência da população de baixa renda na Região do Butantã, São Paulo**. São Paulo, 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Universidade de São Paulo, 2009.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 14 março 2013.

_____. **Lei nº 8.142 de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 15 fevereiro 2013.

_____. **Lei nº 8.842 de 1994.** Dispõe sobre a política nacional do idoso cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União 1994; 4 jan.

_____. **Resolução n.º 196 de 1996.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>. Acesso em: 18 julho 2013.

_____. **Portaria nº. 3916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998.** Aprovar a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União 1998; 10 nov.

_____. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 30 dezembro 2013.

BRAUNER, D. J. Adherence to Medication in Patients with Dementia: Problems and Solutions. **Geriatrics & Aging**, v. 12, n. 5, p. 259-263, 2009.

BYRD J. E. **Impact of medication stressors on emotional health of informal caregivers of demented patients.** North Carolina, 2007. Dissertação (Mestrado em filosofia). University of North Carolina at Chapel Hill, 2007.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19.n. 3, p. 773-781, 2003.

CAMARGOS, E. F. et al. Use of psychotropic medications by caregivers of elderly patients with dementia: is this a sign of caregiver burden? **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 70, n. 3, p.169-174, 2012.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999.

CARAMELLI, P.; BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, p. 7-10, 2002.

CARON, R.; CARON, L. The mental stress of the accompaniment in Alzheimer's disease. **Encephale**, v. 37, n. 6, 439-47, 2011.

CAVACO, A.; SANTOS, A. L. Avaliação da legibilidade de folhetos informativos e literacia em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 5, p. 918-922, 2012.

CHAIMOWICZ, F.; FERREIRA, T. J. X. M.; MIGUEL, D. F. A. Use of psychoactive drugs and falls among older people living in a community in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 631-635, 2000.

- CORRER, C. J. et al. Riscos de problemas relacionados com medicamentos em pacientes de uma instituição geriátrica. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 43, n. 1, p. 55-62, 2007.
- COUTINHO, E. S. F.; SILVA, S. D. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1359-1366, 2002.
- CRUZ, M. N.; HAMDAN, A. C. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 2, p. 223-229, 2008.
- CUPERTINO, A. P. F. B.; ROSA, F. H. M.; RIBEIRO, P. C. C. Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 1, p. 81-86, 2007.
- DECS. **DeCS - Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em: <http://decs.bvs.br/P/decsweb2013.htm>. Acesso em: 29 dezembro 2013.
- DIOGO, E. J. D.; CEOLIM, M. F.; CINTRA, F. A. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 1, p. 97-102, 2005.
- DOURADO, M. C. N. et al. Awareness of disease in dementia: development of a multidimensional rating scale. **Dementia Neuropsychologia**. 2006;1:74-80.
- EASTERLING, C. S.; ROBBINS, E. Dementia and dysphagia. **Geriatric Nursing**, v. 29, n. 4, p. 275-285, 2008.
- FALEIROS, D. A. M. **Cuidadores de idoso com doença de Alzheimer: efeitos de grupos psico-educacionais e suporte domiciliar individualizado**. São Carlos, 2009. Dissertação (Mestrado em educação especial) – Programa de Pós-graduação em educação especial, Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal São Carlos, São Carlos, 2009.
- FERNANDES, M. G. M. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 818-824, 2009.
- FICK, D. M. et al. 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, n. 22, p. 2716-74, 2003.
- FOLLE, A. D. **A representação social da demência para familiares de pacientes**. Brasília, 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade de Brasília, 2012.
- FORLENZA, O. V. Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 3, p. 137-148, 2005.

FORNARI, L. H. T. et al. As diversas faces da síndrome demencial: como diagnosticar clinicamente? **Scientia Medica**, v. 20, n. 2, p. 185-193, 2010.

FUJIHARA, S. et al. Prevalence of presenile dementia in a tertiary outpatient clinic. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 62 n. 3a, p. 592-5, 2004.

GAIOLI, C. C. L. O.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Perfil de cuidadores de idosos com doença de alzheimer associado à resiliência. **Texto e Contexto de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p.150-7, 2012.

GEORGE J. et al. Development and validation of the medication regimen complexity index. **Annals Pharmacotherapy**, n. 38, p. 1369-76, 2004.

GONÇALVES, L. H. T. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. 4, 570-577, 2006.

GORZONI, M. L.; FABBRI, R. M. A.; PIRES, S. L. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 4, p. 442-446, 2012.

GRATÃO, A. C. M. et al Functional dependency of older individuals and caregiver burden. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 47, n.1, p. 137-144, 2013.

HAMRA, A.; RIBEIRO, M. B.; MIGUEL, O. F. Correlação entre fratura por queda em idosos e uso prévio de medicamentos. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 15, n. 3, p.143-145, 2007.

HANAGASI, H. A.; BILGIÇ, B.; EMRE, M. Neuroimaging, biomarkers, and management of dementia with Lewy bodies. **Frontiers in Neurology**, v. 4, p. 1-4, 2013.

HAZZARD, W. R. et al. **Principles of Geriatric Medicine and Gerontology**. 6rd Ed. New York: McGraw Hill, 2009.

HILMER, S. N.; MCLACHLAN, A. J.; LE COUTEUR, D. J. Clinical pharmacology in the geriatric patient. **Fundamental & Clinical Pharmacology**, v. 21, n. 3, p. 217–230, 2007.

HOHL, C. M. Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department. **Annals Emergency Medicine**, v. 38, n. 6, p. 666-671, 2001.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA. **Centro Multidisciplinar do Idoso do HUB completa dez anos**. Disponível em: http://www.hub.unb.br/noticias/bancodenoticias/301012_centro+multidisciplinar+idoso+hub+completa+dez+anos.html. Acesso: 29 março 2013.

HUANG, Y.; MUCKE, L. Alzheimer Mechanisms and Therapeutic Strategies. **Cell**, v. 148, n. 6, p. 1204-22, 2012.

HUEY, E.D.; PUTNAM, K. T.; GRAFMAN, J. A systematic review of neurotransmitter deficits and treatments in frontotemporal dementia. **Neurology**, v. 66, p. 17-22, 2006.

INOUE, K. **Educação, qualidade de vida e doença de Alzheimer: visões de idosos e seus familiares**. Santa Catarina, 2008. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Centro de educação e ciências humanas, Universidade Federal de São Carlos, Santa Catarina, 2008.

JOSÉ, S. J. A divisão dos cuidados sociais prestados a pessoas idosas. Complexidades, desigualdades e preferências. **Sociologia, problemas e práticas**, n.º 69, pp. 63-85, 2012.

KLOCK, A. D.; HECK, R. M.; CASARIM, S. T. Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família/UFPEL-MS/BID. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 14, n. 2, 237-245, 2005.

KORCZYN, A. D.; VAKHAPOVA, V.; GRINBERG, L. T. Vascular dementia. **Jornal Neurological Sciences**, v. 322, n. 1-2, p. 2-10, 2012.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e estado**, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012.

LAKEY, S. L.; GRAY, S. L.; BORSON, S. Assessment of Older Adults' Knowledge of and Preferences for Medication Management Tools and Support Systems. **The Annals of Pharmacotherapy**, v. 43, p. 1011-1019, 2009.

LASTE, G. et al. Papel do agente comunitário de saúde no controle do estoque domiciliar de medicamentos em comunidades atendidas pela estratégia de saúde da família. **Ciência & saúde coletiva**, vol.17, n.5, p. 1305-1312, 2012.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & saúde coletiva**, v.8, n.3, p. 775-782, 2003.

LEITE, S. N. Quê "promoção da saúde"? Discutindo propostas para a atuação do farmacêutico na promoção da saúde. **Ciência & saúde coletiva**, vol.12, n.6, p. 1749-1750, 2007.

LEMONS, N. D.; GAZZOLA, J. M.; RAMOS, L. R. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 3, p. 170-179, 2006.

LIMA, G. B.; NUNES, L. C. C.; BARROS, J. A. C. Uso de medicamentos armazenados em domicílio em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, suppl.3, p. 3517-3522, 2010.

LINDQUIST, L. A. et al. Inadequate Health Literacy Among Paid Caregivers of Seniors. **Jornal General Internal Medicine**, v. 26, n. 5, p. 474-479, 2010.

LOTRICH, F. E.; POLLOC, B. G. Aging and Clinical pharmacology: implications for antidepressants. **The Journal of Clinical Pharmacology**, n. 45, p. 1106-1122, 2005.

LOVO, T. M. A. **Anosognosia: imagem corporal na hemiplegia**. Campinas, 2006. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Universidade Estadual de Campinas, 2006.

MACHADO, V.; MANÇO, A. R. X.; SANTOS, M. A. A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1472-1479, 2005.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, v.14, n.34, p.593-605, 2010.

MANGONI, A. A.; JACKSON, S. H. D. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 57, n. 1, p. 6-14, 2003.

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

MARTINS J. J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 254-262, 2007.

MASTROIANNI, P. C. et al. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, vol.29, n.5, p. 358-364, 2011.

MAZZA, M. et al. Ginkgo biloba and donepezil: a comparison in the treatment of Alzheimer's dementia in a randomized placebo-controlled double-blind study. **European Journal of Neurology**, v. 13, p. 981-985, 2006.

MCLEAN, A. J.; LE COUTEUR, D. G. Aging biology and geriatric clinical pharmacology. **Pharmacological Reviews**, v. 56, n. 2, p. 163-184, 2004.

MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. B.; PEDRÃO, L. J. Transtorno afetivo bipolar e terapêutica medicamentosa: identificando barreiras. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 16, n. 4, 2008.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação da Assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília-DF, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília-DF, 2009a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia prático do cuidador**. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2ª edição. Brasília-DF, 2009b.

MONTESCHI, M. et al. Terapêutica medicamentosa: conhecimento e dificuldades de familiares de pessoas idosas com transtorno afetivo bipolar. **Texto & contexto - enfermagem**, v.19, n.4, p. 709-718, 2010.

NAVES, J. O. S. et al. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 1, p. 1751-1762, 2010.

NITRINI, R. et al. Incidence of dementia in a community-dwelling brazilian population. **Alzheimer Disease & Associated Disorders**, v. 18, n. 4, p. 241-246, 2004.

NITRINI, R. Há sentido em utilizar o tratamento atualmente disponível para a doença de Alzheimer? **Revista de psiquiatria clínica**, v.33, n.4, 214-5, 2006.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e sociedade**, vol.13, n.3, p. 44-57, 2004.

NOVELLI, M. M. P. C.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P. Cuidadores de idosos com demência: perfil sociodemográfico e impacto diário. **Revista de Terapia Ocupacional**, v. 21, n. 2, 139-147, 2010.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de enfermagem da UERJ**, v. 16, n. 4, p. 569-76, 2008.

OLIVEIRA, A. P. P.; CALDANA, R. H. L. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. **Saúde e sociedade**, vol.21, n.3, p. 675-685, 2012.

OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimento_ativo.pdf Acesso em: 18 novembro 2012.

PANIZ, V. M. V. et al. Acesso aos medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 267-280, 2008.

PATERNITI, S.; DUFOUIL, C.; ALPÉROVITCH, A. Long-term benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly: the Epidemiology of Vascular Aging Study. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, v. 22, n. 3, p. 285-293, 2002.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de saúde pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Mulheres, Loucura e Cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 82-94, 2008.

PIZZOL, T. S. et al. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p.104-114, 2012.

QUEIROZ, Z. P. V. Cuidando do idoso: uma abordagem social. **O Mundo da Saúde**. V. 24, n. 24, p. 246-248, 2000.

QUEIROZ, D. T et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 15, n. 2, p. 276-283, 2007.

RAMOS, J. L. C.; MENEZES, M. R. Cuidar de idosos com doença de alzheimer: um enfoque na teoria do cuidado cultural. **Revista RENE**, v. 13, n. 4, p. 805-815, 2012.

RANELLI, P. L.; AVERSA, S. L. Medication-related stressors among Family caregivers. **American journal of hospital pharmacy**, v. 51, n. 1, p. 75-79, 1994.

REIS, A. M. M.; PERINI, E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, conseqüências e gerenciamento. **Ciência & saúde coletiva**, v.13, suppl., p. 603-610, 2008.

RESENDE, M. C. F.; DIAS, E. C. Cuidadores de idosos: um novo/velho trabalho. **Physis**, v.18, n.4, p. 785-800, 2008.

ROCHA, C. H. et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciência & saúde coletiva**, v. 13, p.703-710, 2008.

RODRIGUES, S. L. A.; WATANABE, H. A. W.; DERNTL, A. M. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 4, p. 93-500, 2006.

ROMANO-LIEBER, S. N. et al. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1499-1507, 2002.

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

SANTANA, R. F.; SANTOS, I.; CALDAS, C. P. Cuidando de idosos com Demência: um estudo a partir da prática ambulatorial de enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 58, n. 1, p. 44-48, 2005.

SANTOS-PINTO, C. D. B.; COSTA, N. R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciência & saúde coletiva**, vol.16, n.6, p. 2963-2973, 2001.

SCHULZ, V. Ginkgo extract or cholinesterase inhibitors in patients with dementia: what clinical trials and guidelines fail to consider. **Phytomedicine**, v. 10 Suppl 4, p. 74-79, 2003.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p.136-140, 2010.

SERAFIM, E. O. P. Qualidade dos medicamentos contendo dipirona encontrados nas residências de Araraquara e sua relação com a atenção farmacêutica. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, vol.43, n.1, p. 127-135, 2007.

SGNAOLIN, V.; PRADO, A. E.; FIGUEIREDO, L. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 34, n. 2, p. 109-116, 2012.

SHARIF, S. I. et al. Trends of Home Drug Storage and Use in Different Regions across the Northern United Arab Emirates. **Medical Principles and Practice**, v. 19, n. 5, p. 355-358, 2010.

SHI S, MÖRIKE K, KLOTZ U. The clinical implications of ageing for rational drug therapy. **European Journal of Clinical Pharmacology**, v. 64, n. 2, p. 183-199, 2008.

SHRANK, W. H. et al. Are caregivers adherent to their own medications? **Journal of the American Pharmacists Association**, v. 51, n. 4, p. 492-498, 2011.

SILVA, A. L. et al. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1033-1045, 2012.

SILVEIRA, T. M.; CALDAS, C. P.; CARNEIRO, T. F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1629-1638, 2006.

SMID, J. et al. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA DEMÊNCIA VASCULAR. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v.59, n.2B, p. 390-393, 2001.

SMITH, F. et al. A multi-centre survey among informal carers who manage medication for older care recipients: problems experienced and development of services. **Health and Social Care in the Community**, v. 11, n. 2, p. 138-45, 2003.

SOUSA, S. et al. Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v.27, n.2, p. 176-182, 2011.

SPIVAK, G. C. **Pode o subalterno falar?** 3 ed. Belo Horizonte: UFMG, 2010, p. 133, 2010.

SUDORE, R. L.; COVINSKY, K. E. Respecting Elders by Respecting Their Paid Caregivers. **Jornal General Internal Medicine**, v. 26, n. 5, p. 464-465, 2011.

TALMELLI, L. F. S.; VALE, F. A. C.; GRATÃO, A. C. M.; KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R. A. P. Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência. **Acta paulista de enfermagem**, v. 26, n. 3, 2013.

TAMAI, Sérgio. Tratamento dos transtornos do comportamento de pacientes com demência. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, suppl.1, p. 15-21, 2002.

TAVARES, A.; AZEREDO, C. Demência com corpos de Lewy: uma revisão para o psiquiatra. **Revista de psiquiatria clínica**, v.30, n.1, p. 29-34, 2003.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÉVRE, F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 201-213, 2001.

TOURINHO, F. S. V. et al. Home medicine chests and their relationship with self-medication in children and adolescents. **Jornal de Pediatria**, v.84, n.5, p. 416-422, 2008.

TRAVIS, S. S.; BETHEA, L. S.; WINN, P. Medication administration hassles reported by family caregivers of dependent elderly persons. **Journal of The Gerontological Society of America**, v. 55, n. 7, p. 412-417, 2000.

TRAVIS, S. S.; BETHEA, L. S. Medication administration by family members of dependent elders in shared care arrangements. **Journal of Clinical Geropsychology**, v. 7, n. 3, p. 231-243, 2001.

TRUZZI, A.; LAKS, J. Doença de Alzheimer esporádica de início precoce. **Revista de psiquiatria clínica**, v.32, n. 43-46, 2005.

TURATO, E. R. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. **Revista de Saúde Pública**, vol.39, n.3, p. 507-514, 2005.

UCHÔA, E. et al. An anthropologic study on strategies for addressing health problems among the elderly in Bambuí, Minas Gerais State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 370-377, 2011.

VALLADARES, L. Os dez mandamentos da observação participante. **Revista brasileira de ciências sociais**, vol.22, n.63, p. 153-155, 2007.

VAN DER HOOFT C. S. et al. Inappropriate benzodiazepine use in older adults and the risk of fracture. *British Journal of Clinical Pharmacology*, v.66, n. 2, p. 276-282, 2008.

VANZELER, M. L. A.; RODRIGUES, M. S. "Armazenamento" de medicamentos em farmácias caseiras em Cuiabá-MT, 1996. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 80, n. 3/4, p. 53-56, 1999.

VERAS, R. P et al. Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, n. 1, p. 5-12, 2007.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VIEIRA, C. P. B. et al. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 570-579, 2011.

VIEIRA, R. T. Clinical diagnosis of 80 cases of dementia in a university hospital. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62 n. 2, p. 139-43, 2013.

WARD, L. S. Levotiroxina e o problema da permutabilidade de drogas de estreito intervalo terapêutico. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia & Metabologia**, v. 55, n. 7, p. 429-434. 2011.

WARREN, J. D. Frontotemporal dementia. **BMJ**, v. 347, p. 1-9 2013.

WHITLATCH, C. Informal Caregivers: Communication and Decision Making. *The American Journal of Nursing*, v.108, n. 9, p.73-77, 2008.

WOODHOUSE, K. W.; O'MAHONY, M. S. Frailty and ageing. **Age Ageing**, v. 26, p. 245–246, 1997.

YACUBIAN, E. M. T. Medicamentos genéricos no tratamento das epilepsias. Uma reflexão. **Journal of epilepsy and clinical neurophysiology**, v.13, n.3, p. 127-130, 2007.

ŽIŽEK, S. **Violência**. New York: Picador, p. 288, 2008.

APÊNDICE 1

**FICHA PARA SISTEMATIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COLETADAS NA
OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

DATA DE ATENDIMENTO:	
PACIENTE:	DIAGNÓSTICO:
IDADE:	REGISTRO:
CUIDADOR:	RESPONSÁVEL PELOS MEDICAMENTOS?
IDADE:	() Sim () Não
DADOS OBTIDOS DO ATENDIMENTO FARMACÊUTICO:	
DADOS OBTIDOS NA REUNIÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL:	
REFLEXÃO DA PESQUISADORA:	

ANEXO 1

DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cuidador de idosos com demência e a conduta do tratamento medicamentoso

Pesquisador: Débora Santos Lufa Barros

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14255613.0.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 330.999

Data da Relatoria: 14/06/2013

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

termo de consentimento livre e esclarecido vem na modalidade de convite a atende satisfatoriamente à resolução 196/96 CNS/MS e conforme assinado pela pesquisadora virá com a novo instrumento de análise - questionário. Os termos de concordância e anuência institucional estão de acordo com a mesma resolução

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que a pesquisadora atendeu às solicitações deste CEP e que toda documentação encontra-se regular e de acordo com as normas do CNS /MS, somos de parecer favorável ao desenvolvimento do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASÍLIA, 10 de Julho de 2013

Assinador por:
Natan Monsores de Sá
(Coordenador)

ANEXO 2**FICHA DE ATENDIMENTO FARMACÊUTICO DO CMI**

Nome:					
Idade:					
Acompanhante:					
Idade:					
Cuidador principal atua nos cuidados com os medicamentos?					
() Sim () Não					
Comorbidades:					
Medicamentos em uso (segundo informações do paciente ou cuidador):					
Nome	Posologia	Frequência	Indicação	Prescrição	Acesso
Tem dificuldade de deglutição? () Não () Se sim, como procede? _____					
Faz uso de fitoterápico? () Não () Se sim, Qual? _____					
Acesso: () compra () produz () ganha () outros: _____					
Indicação: _____					
Local de armazenamento dos medicamentos: _____					
Responsável pela conduta do tratamento medicamentoso: () paciente () Se recebe auxílio, quem é o responsável: _____					
Tem dificuldade de acesso aos medicamentos? () Não () Sim					
Se sim, por qual motivo?() preço () falta na Unidade de Saúde					



() outros _____	
Tem alergia a medicamentos? () Não () Sim Se sim, por quais medicamentos e o que acontece? _____	
Apresenta efeitos adversos? () Não () Sim Se sim, por quais fármacos?	
Medicamentos (incluindo fitoterápicos)	Reações Adversas
Considerações farmacêuticas: - Adesão: - Compreensão sobre a farmacoterapia:	

Data: _____ / _____ / _____

Nome e Assinatura: _____

ANEXO 3

MODELO DE LISTA PARA COLOCAR OS HORÁRIOS DAS MEDICAÇÕES

	HORA	MEDICAMENTOS	QUANTIDADE	OBSERVAÇÕES
 JEJUM				
 CAFÉ				
 LANCHE				
 ALMOÇO				
 LANCHE				
 JANTAR				
 ANTES DE DORMIR				