



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM
SAÚDE DA FAMÍLIA.**

FABRÍCIA MACEDO NASSAU

**USO DE MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM AO IDOSO HIPERTENSO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DA
LITERATURA**

Belo Horizonte - MG
2009

FABRÍCIA MACEDO NASSAU.

**USO DE MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM AO IDOSO HIPERTENSO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DA
LITERATURA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG como parte das exigências do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família para obtenção do título.

Orientador

Prof. Dr. **Flávio Chaimowicz.**

Belo Horizonte - MG
2009

Os meus ideais e conhecimentos foram expostos a cada dia de minha jornada, e nela tive o privilégio de ter seu apoio que nunca exitou em me ajudar e me designar para o caminho do sucesso. A minha mãe mulher guerreira e que me apóia em todas as etapas da minha vida.

DEDICO

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por se fazer presente em minha vida.

Aos meus pais que me fizeram sua imagem e semelhança, pois se hoje sou o que sou e cheguei até aqui, é porque espelhei-me na luta em especial da minha mãe uma mulher vitoriosa.

Aos meus irmãos Neto, Wenderson e Júnior pelo amor e compreensão, aos amigos, em especial, Wesley Mesquita, o qual muito me ajudou na revisão desse trabalho. Obrigada. Amo todos vocês!

Um especial agradecimento a Daniela Lorena pelo incentivo, confiança e colaboração neste trabalho, pois através do seu empenho foi possível mais essa conquistar.

Minha Tutora Mariana Véio, pelo excelente trabalho! Pelo incentivo, motivação, amizade e principalmente pela sua sensibilidade que a diferencia como pessoa.

Agradeço muito ao Prof Dr. Flávio Chaimowicz, pela dedicação e paciência na orientação e por sua disposição que tornou possível a conclusão desta monografia.

Eterno, é tudo aquilo que dura uma fração de segundo, mas com tamanha intensidade, que se petrifica, e nenhuma força jamais o resgata!
(Carlos Drummond de Andrade)

SUMÁRIO

Página

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	08
2. DESENVOLVIMENTO.....	11
2.1 PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL	11
2.2 A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E O ENVELHECIMENTO NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.....	13
2.3 DISTÚBIOS DA PRESSÃO ARTERIAL NO IDOSO	15
2.4 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A MEDICALIZAÇÃO.....	17
2.5 A ADEÇÃO TERAPÊUTICA AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	18
2.6 A ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DO IDOSO.....	19
2.6.1 - O MÉDICO.....	19
2.6.2 - O FARMACÊUTICO	21
2.7 IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM PARA OS IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA.....	23
2.8 O ENFERMEIRO E OS CUIDADOS COM IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL	25
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

RESUMO

O objeto deste trabalho é assistir ao idoso submetido à terapêutica de medicamentos hipertensivos e possibilitar ao enfermeiro se tornar participante do processo de educação e saúde, orientando os idosos quanto à administração de medicação. Os medicamentos são o principal instrumento terapêutico para tratar a maior parte dos problemas de saúde dos idosos e o uso incorreto e indiscriminado destes representa graves perigos para a saúde desse grupo etário. O objetivo deste trabalho foi conhecer esta problemática e apontar ações que visem minimizar as iatrogenias medicamentosas em idosos. O estudo foi desenvolvido com uma abordagem de revisão bibliográfica. O estudo teve como objetivo fazer uma revisão bibliográfica, por meio de publicações científicas em livros, artigos e sites da saúde sobre o que propõe a literatura a respeito das ações de enfermagem para assistir ao idoso submetido à terapêutica de medicamentos hipertensivos. A partir da revisão da literatura pode-se perceber que os idosos possuem poucas informações a respeito de suas medicações e que ações educativas de enfermagem podem minimizar as complicações amenizando assim os problemas decorrentes do uso medicamentosos.

Palavras-chaves: idoso; medicamento; enfermeiro, hipertensão no idoso.

ABSTRAT

The object of this work is to assist the elderly to undergo drugs therapy drugs and to enable nurses to become participants in the process of education and health, targeting the elderly regarding the administration of medication. Drugs are the main therapeutic tool to treat most health problems of the elderly and the misuse and indiscriminate use of these represent serious threats to the health of this age group. The objective of this work was to point out this problem and actions to minimize the iatrogenic drug in the elderly. The study was developed with an approach to literature. The study aimed to review existing literature by means of scientific publications in books, articles and websites on health what does the literature regarding the nursing actions to assist the elderly to undergo drugs therapy drugs. From the review of the literature can be seen that the elderly have little information about their medications and educational nursing can minimize complications so easing the problems of drug use.

Key-word: elderly; medicine, nursing, hypertension in the elderly.

1. INTRODUÇÃO

Nos países em desenvolvimento, os índices de crescimento da população idosa estão aumentando, como nos países desenvolvidos por consequência da diminuição da taxa de mortalidade e declínio da fecundidade. Essa comparação, entretanto não é a mesma no que se refere a melhoria das condições de vida desta população como descreve Minayo (2002:25) “no Brasil muitos indivíduos estão hoje vivendo por mais tempo sem, necessariamente, dispor de melhores condições socioeconômicas e sanitária”. No Brasil, aproximadamente 65% dos idosos são portadores da hipertensão sistêmica, sendo que, entre as mulheres com mais de 65 anos, a prevalência pode chegar a 80%. Considerando que em 2025 haverá mais 35 milhões de idosos no país, o número de portadores de hipertensão tende a crescer .

O crescimento acelerado da população idosa faz surgir o grande desafio de como proporcionar qualidade de vida a estes indivíduos. A busca de soluções adequadas exige o reconhecimento de se tornar prioritária a elaboração de novas políticas, ações e estudos voltados ao idoso, a fim de identificar os fatores sociais, culturais e econômicos que interferem na vida dessa população. Em relação á saúde, o envelhecimento implica em aumento de custos de programa, gerando novas demandas para o serviço. A mortalidade entre os idosos está associada a doenças crônicas, bem como ás condições precárias de vida, o que requer medidas de diversas naturezas, exigindo do setor de saúde a formação e capacitação de recursos humanos (MARZIALE 2003).

Nos países desenvolvidos, as doenças cardiovasculares são responsáveis pela metade das mortes, sendo, são as principais causadoras de óbitos na população brasileira há mais de 30 anos. Dentre essas doenças, a hipertensão arterial é a mais comum em todo o mundo, sendo responsável por altos índices de morbimortalidade, sobretudo entre os idosos. Em razão da prevalência de doenças crônico-degenerativas cresce a tendência de uso dos

medicamentos que aumenta desde a quarta década de vida. Os idosos constituem, possivelmente, o grupo etário mais medicalizado na sociedade (CHAIMOWICZ, 1998).

Assim como o número de idosos vem aumentando, o consumo de medicamentos por esta faixa etária acompanha essa tendência. Rozenfeld, (1999) diz que: “o uso indiscriminado de medicamentos pode trazer riscos para a saúde do idoso, visto a possibilidade de ocorrência de iatrogenias”.

Na hospitalização, o controle na administração de medicamentos é realizado pela equipe de enfermagem; entretanto as dificuldades encontram-se no seu lar, quando o próprio idoso realiza o controle de suas medicações. Além da dificuldade em gerenciar as suas medicações, o uso de inúmeros medicamentos por si próprio é um fator de risco para o idoso, podendo levar a sua hospitalização como já comprovado em pesquisas.

Com o uso de medicamentos o pacientes e a família conflitam-se com o volume de prescrições, distribuição de horários e dosagem, efeitos esperados e possibilidade de reações colaterais. Ao lado disso as pessoas mais velhas cultuam muitos tabus e também muitas crenças em relação a determinados tipos de medicamentos, o que prejudicam o uso correto do mesmo.

No Brasil, os medicamentos ocupam a primeira posição entre os causadores de intoxicações desde 1996 (SINITOX, 2002). Entretanto, há carência quase absoluta de estudos independentes na área de utilização de medicamentos no país, além da omissão do poder público no tratamento da questão. Esse dado, além de preocupante no que se refere necessidade de adoção de novas medidas que previnam os agravos à população, gera reflexos sobre os custos inerentes as ações desenvolvidas no Sistema Único de Saúde (SUS).

As mudanças demográfica, epidemiológicas e a evolução dos medicamentos têm gerado novas demandas que requerem adequação do sistema de saúde e a transformação do modelo de atenção prestada, de modo a conferir prioridade ao caráter preventivo das ações de

promoção, proteção e recuperação da saúde segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Para isso, o sistema deve contar com ações colaborativas de profissionais da saúde, em sintonia com essas mudanças.

Diante dessa nova realidade, os papéis dos profissionais de saúde ganham mais relevância científica e social, principalmente nesta faixa etária em que há maior probabilidade de ocorrência de doenças crônico-degenerativas, perdas afetivas e funcionais. Nesse sentido, é preciso discutir a complexidade da atuação profissional isolada, bem como refletir sobre os aspectos intersubjetivos do trabalho em equipe, no que concerne aos cuidados com a saúde do idoso ao uso dos medicamentos. Ante o exposto, o presente estudo tem como objetivo fazer uma revisão bibliográfica, por meio de publicações científicas em livros, artigos e sites da saúde sobre o que propõe a literatura a respeito das ações de enfermagem para assistir ao idoso submetido à terapêutica de medicamentos hipertensivos.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL

A longevidade adquirida por meio de melhor qualidade de vida da população, urbanização adequada das cidades, melhoria alimentar e da higiene pessoal, melhores condições sanitárias em geral e, particularmente, condições ambientais no trabalho e nas moradias muito melhores que antigamente, vem proporcionando o envelhecimento da população brasileira (ARAÚJO et al., 2003).

A queda da fecundidade e da mortalidade registrados nas últimas décadas no Brasil, também são fatores que proporcionam o envelhecimento, pois, isso vem causando o declínio dos jovens fazendo com que o resto da população passe a viver por mais tempo (BRASIL, 2002). Envelhecer antes era um privilégio de poucos, hoje passou a ser uma experiência que pode ser vivida por um número cada vez maior de pessoas não só no Brasil como no mundo, contudo envelhecer com qualidade de vida e bem estar é uma dádiva ainda de poucos idosos. Somente envelhecer não é suficiente, diante disso VERAS (2003:708) afirma que: *"o envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas não basta por se só. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida."*

O Brasil antes era conhecido como um país jovem, e se pensava que a problemática do envelhecimento era uma coisa distante, pertencente apenas em países desenvolvidos. Contudo, desde 1970, a população de idosos cresce, em termos proporcionais, mais do que qualquer outra faixa etária no Brasil (BRASIL, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) entre 1950 a 2025 a população brasileira de idosos crescerá 16 vezes, enquanto a população total crescerá cinco vezes; com isso é provável que em 2025 o Brasil tenha a sétima maior população idosa do mundo, com aproximadamente 32 milhões de pessoas pertencentes a esse grupo etário; a partir disso surge a necessidade de os profissionais de saúde colocarem em prática as políticas públicas voltadas à pessoa idosa (BRASIL, 2002).

Essa conjuntura acarreta um grande desafio para a sociedade e principalmente, para o setor saúde que sofre um grande impacto, porque esse envelhecimento vem acontecendo muito rápido e sem que tenha ocorrido previamente, uma sustentável melhoria das condições de vida da população (VERAS, 2004). Contudo, envelhecer não necessariamente tem que estar associado a doenças e incapacidades, mas infelizmente doenças crônico-degenerativas freqüentemente são encontradas nessa faixa etária (ALVES, 2005).

Estudos mostram que mais de 85% de nossos idosos apresentam pelo menos uma enfermidade crônica, e que cerca de 15%, apresentam pelo menos cinco. Alguns indivíduos podem atingir idades avançadas em excelente estado de saúde e sem nenhuma doença crônica, mas infelizmente isso acontece com um número muito pequeno de idosos. Contudo, ter uma doença crônica não significa dizer que os idosos percam suas capacidades funcionais, como também não necessariamente idosos independentes não tenham algum tipo de doença, pois, 4 a 6% dos idosos apresentam formas graves de dependência funcional, 7 a 10% formas intermediárias, 25 a 30% formas leves e 50 a 60% são completamente independentes, isso implica dizer que a maioria dos nossos idosos é capaz de tomar decisões e viver sem nenhuma necessidade de ajuda (BRASIL, 2002).

Com as internações hospitalares de idosos pelo SUS no ano de 2001, foram gastos um bilhão, duzentos e dezessete milhões de reais, enquanto que a população de 0 a 14 anos

consumiu 922 milhões e representava 29,6% da população total brasileira, uma vez que os idosos representavam 8,6%, trazendo um grande impacto para a saúde e principalmente para o sistema hospitalar que nem sempre oferece aos idosos uma abordagem médica e psicossocial adequada (DATASUS, 2002).

Muitos problemas encontrados nos idosos poderiam ser facilmente identificados precocemente com uma abordagem geriátrica ampla, retardando ao máximo suas conseqüências, sendo que estas muitas vezes passam despercebidas pelos médicos no hospital que se guiam em uma queixa principal e encaixam todos os sinais e queixas em uma única doença (BRASIL, 2002).

2.2 A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E O ENVELHECIMENTO NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.

A transição epidemiológica é a modificação, em longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica e que geralmente coincidem com outras transformações demográficas, sociais e econômicas.

Nos últimos 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de população jovem para um quadro caracterizado por enfermidades complexas e onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas (CHAIMOWICZ, 1998). O envelhecimento da população tende a proporcionar, nas próximas décadas, desafios cada vez maiores aos serviços de saúde, particularmente em regiões em que a polarização epidemiológica está mais presente.

Em um contexto de importantes desigualdades regionais e sociais, os idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, acumulando seqüelas

das doenças crônico-degenerativas, desenvolvendo incapacidades e perdendo autonomia, bem como qualidade de vida. Por esse motivo, é imprescindível delinear políticas específicas, sendo relevante o conhecimento das necessidades e condições de vida desse segmento etário (VERAS, 2003).

Em termos de utilização dos serviços de saúde, o aumento dos idosos na população implica no maior número de problemas de longa duração que, freqüentemente, exigem intervenções custosas, envolvendo tecnologia complexa para o cuidado adequado. Esse fato acarretará crescimento das despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que apresentará desafio para as autoridades sanitárias, especialmente no que tange à implantação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados.

Nos Estados Unidos, um estudo demonstrou que se os idosos com maior risco fossem identificados precocemente e abordados de forma preventiva poderiam gozar de melhor saúde, gastar menos em hospitalizações e recursos de complexidade tecnologia crescente. Porém, representado apenas 5% da população americana, os idosos foram responsáveis por 62% de todas as despesas hospitalares, naquele país. No Brasil, é importante ressaltar que, representando menos de 8% da população, o grupo acima dos 60 anos absorve 21% dos recursos hospitalares do SUS (VERAS, 2003).

Programas de promoção da saúde do idoso são cada vez mais necessários, devido ao crescente aumento dessa faixa etária em todo o país. Do ponto de vista gerontológico, ações de promoção da saúde aos idosos têm como pilar, a promoção do envelhecimento ativo e saudável, preservando ao máximo sua capacidade funcional. Promover a saúde não é tão fácil, é necessário mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da

população, ou seja, é necessário trabalhar com a idéia de que promover a saúde é um dever de todos (ASSIS, HARTZ, VALLA, 2004).

Em 1999 surgiu a Política Nacional de Saúde do Idoso que tem como principais diretrizes, a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a capacitação de recursos humanos especializados, a reabilitação e apoio a pesquisa e estudos nessa área (BRASIL, 1999).

O Pacto pela Vida de 2006 determina que devem ser seguidas algumas diretrizes norteadoras de suas ações em relação aos idosos como: estímulo as ações intersetoriais, implantação de serviços de atenção domiciliária, promoção do envelhecimento saudável, atenção integrada e integral a saúde da pessoa idosa, fortalecimento da participação social, acolhimento preferencial em unidades de saúde, provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa e divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS (BRASIL, 2006).

2.3 DISTÚBIOS DA PRESSÃO ARTERIAL NO IDOSO

A dificuldade com a definição dos níveis adequados da pressão arterial no idoso tem levado a dúvida sobre a necessidade, a oportunidade e a eficácia do tratamento da hipertensão arterial nesta faixa etária.

Com o envelhecimento da população, torna-se de grande importância o diagnóstico e tratamento adequados, já que a prevalência real da doença é muito superior a dos casos conhecidos e tratados e muito inferior à prevalência de casos controlados. Estudos

demonstram que 09 em cada 10 indivíduos a partir de 55 anos provavelmente desenvolverão hipertensão arterial durante sua vida tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e renais, sendo que estudos demonstram que o tratamento adequado dos pacientes idosos reduz em 70% a ocorrência de acidente vascular encefálico. “ É também a causa atribuível de morte mais comum que pode ser tratada e prevenida nas nações desenvolvidas e que tem aumento de importância também nos países em desenvolvimento”(WHO,2002).

A hipertensão é definida de forma convencional como pressão sanguínea maior ou igual a 140/90 mmHG (GOODMAM, 1996).

A história e o exame clínico devem ser realizados com a atenção que exige a avaliação do idoso. Na aferição da pressão são necessárias diversas avaliações e a variabilidade dos níveis pressóricos nesta faixa etária é muito grande. O diagnostico deve ser feito através de medições repetidas pelo menos duas vezes em cada consulta, com intervalos de 1 a 2 minutos e em duas visitas sistematizadas nas posições ortostáticas, sentado e deitado.

Alguns estudos demonstram que quase metade dos pacientes com alterações da pressão sistólica isoladamente apresentam níveis pressóricos normais na avaliação realizada pela Motorização Ambulatorial da Pressão Arterial – MAPA. A pseudo hipertensão arterial é achado comum e decorrente do endurecimento das paredes das artérias periféricas e resulta em falsa estimativa da pressão arterial, quando pelo esfignomanômetro.

A hipertensão do jaleco branco também é comum em idosos e consiste na elevação dos níveis pressóricos quando da avaliação no consultório medico, que contrasta com as verificações normais realizadas no domicilio. Pode ser diagnosticada através da MAPA. A Medida Residencial da Pressão Arterial –MRPA pode ser de grande utilidade,

apesar de algumas dificuldades como limitações físicas e cognitivas, necessidades de ajuda de terceiros, aumento da rigidez arterial, mas facilitam o controle terapêutico dos pacientes.

A MAPA pode auxiliar em situações clínicas comuns em idosos como hipertensos do jaleco branco, hipertensão postural ortostática, medicamentosa, pós prandial ou situacional, síncope e disautonomia. Usualmente apresenta grande utilidade clínica.

2.4 ENVELHECIMENTO E MEDICAMENTOS.

Ao envelhecer, a quantidade de água do organismo diminui. Como muitas drogas se dissolvem na água e há menos água disponível para sua dissolução, essas drogas atingem níveis mais elevados de concentração nas pessoas idosas. Além disso, os rins tornam-se menos capazes de excretar as drogas, e o fígado, menos capaz de metabolizar muitas delas. Por essas razões, muitos medicamentos tendem a permanecer no corpo durante um tempo muito maior do que ocorreria no organismo de uma pessoa mais jovem. Em decorrência disso, os médicos devem prescrever doses menores de alguns medicamentos, quando estes forem usados por pacientes idosos ou um menor número de doses diárias (MERCK, 2002).

A abordagem tradicional, focada em uma queixa principal, no hábito médico de reunir os sintomas e os sinais em um único diagnóstico, podem ser adequadas ao adulto jovem, mas não ao idoso. Em geral, as doenças desse grupo são crônico-degenerativas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico constante e farmacoterapia contínua (VERAS, 2003).

O incremento das prescrições nessa faixa etária, seja pela presença de múltiplas doenças, seja por despreparo do médico para instituir um esquema terapêutico racional, pode levar as duas situações quase idiossincráticas: a polifarmácia e a iatrogenia (ROLLASON, 2003).

A polifarmácia está relacionada a pelo menos um fármaco desnecessário, num rol de prescrições supostamente necessárias e pode ocasionar não adesão, reações adversas, erros de medicação, aumento do risco de hospitalização e dos custos com saúde. A iatrogenia configura o efeito patogênico de um fármaco ou da interação de vários fármacos. Por outro lado, os benefícios da farmacoterapia não estão distribuídos homogeneamente entre as camadas sociais, pois o acesso aos medicamentos segue desigualdades sociais e econômicas, sendo que, entre os idosos, aumenta a fatia dos não-assistidos (ROSENFELD, 2003).

2.5 A ADESÃO TERAPÊUTICA AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.

A adesão terapêutica significa relação colaborativa entre o paciente e os profissionais de saúde, podendo ser caracterizada pelo grau de coincidência entre prescrição médica e o comportamento do paciente (CHENG *et al.*, 2001). A não adesão ao tratamento é um problema multifatorial, influenciado por aspectos relacionados á idade (jovens ou idosos) sexo (homens e mulheres), doenças (crônica ou aguda), ao paciente (esquecimento, diminuição sensorial e problemas econômicos), problemas relacionados a medicamentos (custo, efeitos adversos reais ou percebidos, horário de uso) ou equipe cuidadora de saúde (envolvimento ou relacionamento inadequado). Estudos demonstraram que proporção de idosos que não usam qualquer medicamento foi de 4 a 10%, mas pode chegar a 20% ou mais (ROSENFELD, 2003).

Além dos idosos consumirem mais medicamentos que outras faixas etárias, eles costumam ser particularmente mais susceptíveis aos efeitos colaterais (BALLONE, 2002). Com o envelhecimento, aumenta a probabilidade de ocorrência de doenças crônicas; por isso

as pessoas idosas em geral tomam mais medicamentos que os adultos jovens. O acompanhamento farmacoterapêutico do paciente idoso é etapa fundamental para promoção do uso correto dos medicamentos. A abordagem educativa possibilita a ação colaborativa entre os profissionais favorecendo o esclarecimento de dúvidas, atenuando as necessidades pela conveniência com problemas semelhantes já solucionados, bem como proporciona maior efetividade na aplicação de medidas terapêuticas (GOODMAN, 1996).

2.6 A ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DO IDOSO.

A literatura reconhece a importância da equipe multiprofissional no cuidado à saúde dos idosos, pois a mesma pode influenciar positivamente na adaptação da doença e a efetivação da farmacoterapia. Na equipe, há múltiplos objetivos e abordagens com a ação diferenciada, corrigindo esta grande limitação no tratamento dos idosos, melhorando a adesão ao programa de atendimento e o controle da doença (TANAKA, 2003).

2.6.1 - O MÉDICO.

Estudos têm demonstrado problemas relacionados às prescrições, originando enormes danos à população (LYRA *et al.*, 2004).

No Brasil, milhões de prescrições geradas, anualmente, nos serviços públicos de saúde, não apresentam os requisitos técnicos e legais imprescindíveis para a dispensação eficiente e utilização correta dos medicamentos. Isso retroalimenta a demanda pelos serviços clínicos, muitas vezes em níveis mais complexos, diminuindo a relação custo/efetividade dos tratamentos, onerando de forma desnecessária os gastos com saúde e diminuindo a qualidade

de vida dos pacientes. Além disso, as prescrições inadequadas, ou mesmo ilegíveis, aliadas ao baixo nível socioeconômico-cultural dos pacientes brasileiros são fatores relevantes na prevenção para as várias camadas que compõem a sociedade, em especial idosos e crianças (LIU E CRISTENSEN, 2002).

Para o idoso, deve ser considerado, além das peculiaridades da farmacocinética e farmacodinâmica dessa faixa etária, o custo, o grande número de medicamentos prescritos e as dificuldades na adesão ao tratamento (LIU E CRISTENSEN, 2002). No entanto, é comum encontrar, em suas prescrições, dosagens e indicações inadequadas, interações medicamentosas, associações, como também redundância (uso de fármacos pertencentes à mesma classe terapêutica) e medicamentos sem valor terapêutico. Tais fatores podem gerar reações adversas aos medicamentos, algumas delas graves e fatais (TEIXEIRA E LEFÉVRE, 2001).

Particularmente, os pacientes idosos são mais susceptíveis a reações adversas durante o tratamento com anti-hipertensivos (BENSON *ET al.*, 2000). Por essa razão, as intervenções não-farmacológicas possuem grande importância e devem sempre que possível ser incentivadas (SBH/SBC/SBN, 2002).

Na prática diária, o atendimento médico é realizado em poucos minutos, envolvendo: anamnese, exame físico, solicitação de exames laboratoriais, prescrição médica e informações sucintas para o controle de pressão arterial. A informação verbal fornecida pelo médico é frequentemente insuficiente e, como na consulta, o paciente prioriza os dados da doença e do diagnóstico, acaba prestando menor atenção às informações sobre o medicamento prescrito. Melhor dizendo, como o tempo da consulta é insuficiente para que o paciente possa compreender a prescrição, a não adesão é ocasionada, principalmente, por falta de informação (SILVA *et al.*, 2000).

Alguns médicos não se sentem confortáveis para discutir o cumprimento das prescrições com seus pacientes, em geral, por considerar tais questionamentos como invasão da privacidade ou, ainda, por não saber lidar com situações que particularmente interferem na adesão ao tratamento (CARTER, 2003). Por essas e outras razões, há necessidade de aperfeiçoamento da qualidade da comunicação entre médicos e pacientes, além de ações a serem desenvolvidas por outros profissionais, como o enfermeiro e o farmacêutico, que devem contribuir para um trabalho em equipe, visando a saúde do paciente. Do mesmo modo, o apoio do médico aos demais membros da equipe é necessário para o sucesso do processo educativo e adesão ao tratamento (BORENSTEIN, 2003).

2.6.2 - O FARMACÊUTICO.

Em vários países, tradicionalmente, os farmacêuticos são os profissionais adequados para orientar a respeito dos medicamentos prescritos e dispensados aos idosos, pois estão em contato freqüente com os pacientes, podendo iniciar discussões sobre os problemas de saúde, informar sobre a natureza da doença crônica e identificar as razões do tratamento (CARTER *et al.*, 2003).

A participação dos farmacêuticos no controle da hipertensão arterial consiste na seleção, gerenciamento do estoque, do armazenamento correto e na dispensação dos medicamentos e, principalmente, na promoção da atenção farmacêutica ao paciente.

Dentro desse contexto, a atenção farmacêutica é uma nova filosofia prática, no qual o profissional tem papel fundamental a desempenhar, no que tange ao atendimento das necessidades dos pacientes idosos e crônicos, com relação aos medicamentos. Com isso os farmacêuticos, podem colaborar com os demais profissionais de saúde e com o paciente, no planejamento, orientação e acompanhamento da farmacoterapia, podendo produzir resultados sanitários específicos. Na prática, a atenção farmacêutica é o seguimento farmacoterapêutico

documentado do paciente, visando a terapia efetiva, além da melhoria da sua qualidade de vida. Os farmacêuticos atuam como último elo entre prescrição e administração, identificando na dispensação os pacientes de alto risco, enfatizando a importância da monitorização da farmacoterapia e controle da pressão arterial, evitando futuras complicações (LYRA *et al.*, 2004).

De forma geral, as intervenções farmacêuticas têm mostrado resultados positivos na hipertensão arterial, reduzindo custo, melhorando as prescrições, controlando a possibilidade de reações adversas e promovendo maior adesão do paciente ao tratamento (VIVIAN, 2002). Os principais estudos sobre a intervenção de farmacêuticos na terapia do idoso são escassos e limitados aos países de economia avançada. Só nos últimos anos tal prática vem sendo introduzida no país com resultados satisfatórios. Entretanto, em virtude do limitado acesso à atenção farmacêutica, os níveis de mortalidade não param de crescer no mundo todo. (ROMANO *et al.*, 2002 ; LYRA *et al.*, 2005).

A prática clínica centrada no paciente tem levado os farmacêuticos a se aproximar dos profissionais de saúde, portadores de hipertensão arterial e suas famílias. Assim, os farmacêuticos estão aprimorando as suas habilidades de acolhimento, cuidado e educação ao paciente, a partir da observação e aprendizagem da prática realizada por outros profissionais (CINA *et al.*, 2004).

Em outros países, a formação e a ação conjunta dos farmacêuticos e dos enfermeiros têm sido ampliadas, com resultados positivos nas clínicas de atenção aos pacientes nos tratamentos de hipertensão arterial, diabetes mellitus, câncer, AIDS e de atenção à família (O'BREIN, 2003).

2.7 IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM PARA OS IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Através do Programa de Saúde da Família criado em 1994, o Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) enfoca a atenção básica voltada à comunidade. Nesse contexto, a enfermagem tem implantado e desenvolvido políticas e programas de saúde, para isso o enfermeiro tem que ter conhecimento interdisciplinar, atuar com outros profissionais além de competências e habilidades exclusivas da profissão. Lugares geograficamente distantes dos grandes centros urbanos estão cada vez mais se integrando aos programas de atenção básica de saúde, levando com isso o deslocamento de profissionais de enfermagem para regiões cada vez mais distantes, e é justamente na atenção básica que os enfermeiros do Brasil estão mostrando sua força, compromisso e competência, dando sustentação as ações de promoção a saúde e prevenção de doenças (SANTOS, 2007).

Segundo as normas de operacionalização da assistência a saúde (NOAS), a principal função dos enfermeiros na atenção básica é:

Prestar assistência individual e coletiva, levando em conta as necessidades da população, aliando a atuação clínica à prática de saúde coletiva, realizando cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, realizando consulta de enfermagem, solicitando exames complementares, prescrevendo ou transcrevendo medicações. Executa as ações de assistência integral a criança, a mulher, ao adolescente, ao adulto e ao idoso (SANTOS, 2007).

Segundo Brunner & Sudarth (2005) ações de promoção da saúde antes da criação do PSF estavam quase que limitadas exclusivamente ao âmbito hospitalar; atualmente essas ações migraram para os ambientes comunitários. Tornar o próprio indivíduo responsável sobre si mesmo é fundamental para o sucesso da promoção de saúde, pois cada indivíduo é

responsável pelas escolhas que determinam o seu estilo de vida. O enfermeiro deve promover a saúde dos indivíduos pertencentes a qualquer faixa etária: pode-se afirmar que a promoção da saúde começa antes do nascimento e estende-se até a velhice, uma vez que a saúde da criança pode sofrer alterações tanto positivas como negativas dependendo das práticas de saúde da mãe no pré-natal. O Programa Saúde da Família (PSF) é hoje a principal estratégia de organização da atenção básica no Brasil. Ações de proteção, promoção, recuperação da saúde e prevenção de doenças são desenvolvidas com enfoque multiprofissional, entre os integrantes da equipe está o profissional de enfermagem, que tem uma grande responsabilidade na promoção da saúde do idoso. Para os idosos a promoção da saúde é tão importante quanto para as outras faixas etárias, apesar de um grande número de idosos apresentarem uma ou mais doenças crônicas e exibirem limitações em suas atividades. A promoção da saúde apresenta-se de forma positiva, uma vez que os idosos apresentam ganhos significativos para sua saúde, essas limitações e incapacidades não podem ser eliminadas, contudo, os idosos podem beneficiar-se ao máximo das ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros do PSF, que os ajudam a manter a sua independência e um envelhecimento saudável, melhorando assim sua qualidade de vida (SANTOS, 2007).

Como as projeções futuras são de que a população idosa brasileira aumente cada vez mais, fica evidente a necessidade de se abrir às portas da atenção básica, por meio dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) para os nossos idosos. A enfermagem como parte essencial do PSF e como fonte desse estudo, deve prestar aos idosos de sua área de cobertura, uma assistência integral e isso só é possível quando se conhece as particularidades da pessoa idosa.

2.8 O ENFERMEIRO E OS CUIDADOS COM IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL.

“A interpretação de observações realizadas em um paciente idoso requer do profissional enfermeiro o conhecimento das alterações decorrentes do seu estado, a fim de não fundamentar os cuidados de enfermagem em afirmações incompletas sobre o assunto” (AMÂNCIO, 1975).

Com relação ao portador de hipertensão arterial na prática, a importância do enfermeiro está ligada ao processo de educação, motivando-o a realizar o autocuidado, utilizando estratégias de ensino-aprendizagem, implementando a comunicação com o paciente e a verbalização dos seus problemas. O enfermeiro pode ser identificado como um elemento de confiança no compartilhamento dos problemas e questões de ordem física, social, familiar, econômica e emocionais (LIU *et al*, 2002). Na maioria das vezes, os portadores de hipertensão arterial desejam não só esclarecimentos para suas dúvidas, mas, também, de alguém que amenize seus anseios. O enfermeiro realiza aferição da pressão arterial, avaliações físicas, interpretação de diagnósticos (incluindo a leitura do eletrocardiograma) e orientação e administração correta dos medicamentos (em ambulatórios e hospitais). Além das atividades já citadas, o mesmo é responsável pela administração de serviços, acompanhamento do tratamento dos pacientes com pressão arterial sob controle, encaminhamento ao médico nos casos em que a pressão arterial não esteja devidamente controlada ou na presença de outras intercorrências, como também na delegação das atividades do técnico/auxiliar de enfermagem (TELLES E CASSIANI, 2004).

Enfermeiros e farmacêuticos podem prover a educação sobre hábitos sociais e outros fatores que podem afetar o controle da pressão arterial (como peso, ingestão de sódio, consumo de álcool, atividades físicas e tabagismo), bem como complicações relacionadas à

hipertensão arterial. Outrossim, a troca de experiências pode contribuir para a melhora da farmacoterapia. Desse modo, a introdução de metodologias educacionais deve focar a adesão, enquanto relação colaborativa e acima de tudo de co-responsabilidade. Isto pressupõe ações conscientizadoras que impliquem na troca de experiências, questionamentos e humanização dos pacientes, e não em atos dominadores, informativos e distantes da realidade. Torna os pacientes conscientes e participativos na conservação da sua saúde e prevenção das suas doenças e implica em conduzir tanto os usuários de medicamento como os profissionais de saúde a uma relação de encorajamento da autonomia do idoso, em uma perspectiva de adaptação contínua (CINA *et al.*, 2003).

No sentido de viabilizar ações que levem à prevenção de possíveis Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM), melhora da adesão e, em conseqüência, a promoção de saúde do idoso portador de hipertensão arterial, foi possível sugerir estratégias a serem adotadas pelos âmbitos governamental e educacional como: a) efetivação das políticas públicas vigentes, voltadas para o uso racional dos medicamentos, melhorando as condições de assistência à saúde da população; b) desenvolvimento de políticas de ciências e tecnologia direcionadas à realidade nacional, voltadas para a implementação de cuidados inovadores a portadores de doenças crônico-degenerativas, com ênfase na observância dos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso, no controle e retardo dos agravos, bem como na melhora da qualidade de vida dos pacientes, cuidadores e familiares; c) re-formulação dos currículos de graduação e pós-graduação em Enfermagem, Farmácia e Medicina, com a inserção de competências e habilidades que respondam às necessidades dos pacientes, que estimulem o trabalho interdisciplinar e em equipe, com relação à sua farmacoterapia (como a atenção farmacêutica); d) promoção de um número maior de cursos de educação permanente para capacitação dos profissionais de saúde, visando o uso racional dos medicamentos, com ênfase aos portadores de doenças crônico-degenerativas, em especial para aquelas com idade

superior a 60 anos; e) implantação de programa de atenção farmacêutica, para a otimização da farmacoterapia e como prática de manutenção da saúde; f) avaliação do impacto do seguimento farmacoterapêutico, na diminuição dos gastos com a hospitalização, em virtude de PRM; g) articulações de meios que proporcionem maior integração entre os profissionais prescritos e dispensadores, tendo como meta o alcance de resultados efetivos e seguros para o paciente; h) educação dos pacientes, com metodologias que estimulem o autocuidado e a autonomia do idoso, com relação à hipertensão arterial e à farmacoterapia (SBH/SBC/SBN, 2002).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vista sob uma perspectiva crítica, a presente revisão permite concluir que: a deficiência da adesão, entre os idosos portadores de hipertensão arterial, tem relação direta com diversos fatores associados à falta de informação sobre o tratamento. A educação ao paciente pode proporcionar a conscientização quanto ao seu estado de saúde e à necessidade do uso correto dos medicamentos, tornando o tratamento mais efetivo e seguro e a maior interação entre os profissionais de saúde, em especial o médico, o farmacêutico e o enfermeiro. As intervenções realizadas por esses profissionais na atenção básica, na tentativa de minimizar as ocorrências causadas por Hipertensão Arterial em nada diferem das medidas utilizadas para prevenção de outros agravos. Uma vez que a atuação multiprofissional neste contexto estará prevenindo automaticamente outros agravos atuando de forma quantitativa no que se diz respeito à sua prevenção. Dessa forma reduzindo diversos PRM, da prescrição à administração e reduzir custos do sistema de saúde,

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, O. P. **Fatores predisponentes e conseqüências clínicas de uso de múltiplas medicações entre idosos.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 21, n. 3, 1999.
2. ALVES, L.S.; RODRIGUES, R.N. **Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil.** Rev Panam Salud Publica. 2005;17(5/6):333–41.
3. AMÂNCIO, A. **Clínica geriátrica.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.
4. AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS. **Pharmacy-Nursing shared vision for safe medication use in hospitals: executive session summary.** Am J Health-Syst Pharm 2003 May; 60(10):1046-52.
5. ARAÚJO, M. A. S. et al - **Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Aparecida de Goiânia – GO.** Revista da UFG, Vol. 5, No. 2, dez 2003. Disponível em: <<http://www.proec.ufg.br>> Acesso em: 15 de Set. 2009.
6. ASPERHHEIM, M. K. **Farmacologia para enfermagem.** 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.
7. ASSIS, MÔNICA DE; HARTZ, ZULMIRA M. A. AND VALLA, VICTOR VINCENT. **Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002.** Rev: Ciênc. saúde coletiva. 2004, v. 9, n. 3. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n3/a05v09n3.pdf>> Acesso em: 01 de Nov. 2009.
8. AZEVEDO, J. R. **A Utilização de medicamentos na terceira idade.** Disponível em: <<http://www.saudevidaonline.com.br/artigo102.htm>>. Acesso em: 05 out. 2009.
9. BALLONE, J. G. **Uso de medicamentos por idosos e iatrogenia.** Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/geriat/medicam.html>>. Acesso em: 22 ago. 2009.
10. BENSON S, VANCE-BRYAN K, RADDATZ J. **Time to patient discontinuation of antihypertensive drugs in different classes.** Am J Health-Syst Pharm 2000 January; 57:51-4.
11. BORENSTEIN JE, GRABER GG, SALATIEL E, WALLACE J, RYU SET, JACKSON A, et al. **Physician-pharmacist co-management of hypertension: a randomized, comparative trial.** Pharmacotherapy 2003 March; 23(2):209-16.
12. BRASIL. **Ações Prioritárias na Atenção Básica em Saúde/Secretaria Executiva.** Ministério da Saúde. Brasília; 2000.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 399/2006/ GM MS.** Pacto pela Saúde 2006.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1395/1999/ GM.** Política Nacional de Saúde do Idoso.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso – 1. Ed. 2ª.** Reimpressão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

17. BRASIL, Secretaria do Ministério da Saúde. **Instrução**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/Sesa_fazendo/Saude_idoso/CEDI/instrucao.htm>. Acesso em: 05 out. 2009.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes Estaduais de Atenção a Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência a Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
19. BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica** / Suzanne C. Smeltzer, Brenda G. Bare, e mais 50 colaboradores; [revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral, Márcia Tereza Luz Lisboa; trad. José Eduardo Ferreira de Figueiredo]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
20. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Enfermagem medicocirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
21. CARROL, M. **Enfermagem para idosos**. São Paulo: Andrei, 1991.
22. CARTER BL, ZILLICH AJ, ELLIOT WJ. **How pharmacists can assist physicians with controlling blood pressure**. J Clin Hypertens 2003 March; 1(5):31-7.
23. CESARINO CB. **Eficácia da educação conscientizadora no controle da hipertensão arterial sistêmica** [tese]. São José do Rio Preto (SP): Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2000.
24. CHAIMOWICZ F. **Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade**. Belo Horizonte (MG): Postgraduate; 1998.
25. CHENG JWM, KALLIS MM, FEIFER S. **Patient-reported adherence to guidelines of Sixth Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of high blood pressure**. Pharmacotherapy 2001 July; 21(7):828-41.
26. CHRISCHILLES, E. A. et al. **Use of medications by persons 65 and over: data from the established populations for epidemiologic studies of the elderly**. J. Gerontology medical sciences, v. 47, p.137- 144, 1992.
27. CINA J, BAROLETTI S, CHURCHILL W, HAYES J, MESSINGER C; MOGAN-MCCARTHY P, HARMUTH Y. **Interdisciplinary education program for nurses and pharmacists**. Am J Health-Syst Pharm 2004 November; 61(21):2294-6.
28. DATASUS. **Movimento de Autorização de Internação Hospitalar – Janeiro a Dezembro de 2001**. DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (CDs- ROM).
29. Eliopoulos, C. **Enfermagem Gerontológica / Charlotte Eliopoulos**; trad. Aparecida Yoshie Yoshitome e Ana Thorell. – 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
30. FONSECA, A. L. **Interações medicamentosas**. 3. ed. Rio de Janeiro: EPUB, 2000.
31. GOODMAN, L. S. **As bases farmacológicas da terapêutica**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1996.
32. GRESSLER, L, A. **Introdução à Pesquisa: projetos e relatórios** / Lori Alice Gressler. - 2.ed. rev. atual.- São Paulo: Loyola, 2004. 295p.
33. GURWITZ, J. H. **Suboptimal Medication Use in the Elderly**. The Tip of the Iceberg. JAMA, 1994.
34. HOOD, G. H.; DINCHER, R. J. **Fundamentos e prática de enfermagem**. 8. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1995.

35. HUF, G.; LOPES, C. S.; ROZENFELD, S. **O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos.** Cadernos de Saúde Pública, 2000.
36. IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 18 de Set. 2009.
37. KALACHE, A. **Envelhecimento no contexto internacional, a perspectiva da Organização Mundial de Saúde.**In:Anais do 1º Seminário Internacional: Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretária da Assistência Social, 1996.
38. LEME, L, E, G. **A Gerontologia e o Problema do Envelhecimento: Visão Histórica.** In: Papaléo Neto, Matheus (org). Tratado de Gerontologia. Matheus Papaléo Netto. 2.ed., ver. e ampl. – São Paulo: Editora Atheneu, 2007, p.15-28.
39. LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria and GIATTI, Luana. **Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.** Cad. Saúde Pública 2003, v. 19, n. 3, pp. 735-743. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_artres&pid> Acesso em: 01 de nov.2009
40. LIU G, CHRISTENSEN DB. **The continuing challenge of inappropriate prescribing in the elderly: an update of the evidence.** JAPhA 2002 November-December; 6(42):847-57.
41. LYRA DP JR, AMARAL RT, ABRIATA JP, PELÁ IR. **Satisfacción como resultado de un programa de atención farmacéutica para pacientes ancianos en Ribeirão Preto - São Paulo (Brasil).** Seguimiento Farmacoterapéutico 2005 enero-marzo; 3(1):30-42.
42. LYRA DP JR, PRADO MCTA, ABRIATA JP, PELÁ IR. **Recetas médicas como causantes de riesgo de problemas relacionados con medicamentos.** Segum Farmacoter 2004 abril-junho; 2(2):86-96.
43. MERCK, S. D. **Manual Merck de informação médica.** São Paulo: Manole, 2002.
44. MINAYO. M. C. S (Org.). **Pesquisa social.** 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.
45. MOSSEGUI, G. B. G. et al. **Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos.** *Revista de Saúde Pública*, v. 33, p. 437- 444, 1999.
46. O'BREIN JM. **How nurse practitioners obtained provider status: lessons for pharmacists.** Am J Health-Syst Pharm 2003 December; 60(22):2301-7.
47. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **INFORME DE LA REUNIÓN DE LA OMS en Tokio, Japón, en 1993. El papel del farmacéutico en el sistema atención de salud. Informe técnico de la Organización Mundial de la Salud.** Pharm Care Esp 1999 enero-febrero; 1:207-11.
48. PAPANÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia.** Matheus Papaléo Netto. 2.ed., ver. e ampl. – São Paulo: Editora Atheneu, 2007.
49. ROLLASON V, VOGT N. **Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematic review of the role of the pharmacist.** Drugs Aging 2003 September; 20(11):817-32.

50. ROMANO-LIEBER NS, TEIXEIRA JJV, FARHAT FCLG, RIBEIRO E, CROZATTI MTL, OLIVEIRA GSA, et al. **Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos.** Cad Saúde Pública 2002 novembro-dezembro; 18 (6):1499-507.
51. ROSENFELD S. **Prevalence, associated factors, and misuse of medication in the elderly: a review.** Cad Saúde Pública 2003 Mai-June; 19(3):717-24.
52. SALLE, T. **Psiquiatria na prática médica.** Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu2_05.htm>. Acesso em: 01 Nov. 2009.
53. SANTOS. M. **O Idoso na Comunidade: Atuação da Enfermagem.** In: Papaléo Neto, Matheus (org). Tratado de Gerontologia. Matheus Papaléo Netto. 2.ed., ver. e ampl. – São Paulo: Editora Atheneu, 2007, p.403-413.
54. SCHMIDT, I. et al. **Resident characteristics and organizational factors influencing the quality of drug use in Swedish nursing homes.** Social Science and Medicine, v. 47, p. 961-971, 1998.
55. SILVA T, DAL-PIZZOL F, BELLO CM, MENGUE SS, SCHENKEL EP. **Bulas de medicamentos e a informação adequada ao paciente.** Rev Saúde Pública 2000 abril; 34(2):184-9.
56. SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO-FARMACOLÓGICAS (SINTOX). **Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento: Brasil, 2000.** Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Informações Científicas e Tecnológicas; 2002.
57. SOARES, M. A. **Revista farmácia brasileira**, a. 3, fev. 2000.
58. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **IV Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial.** São Paulo (SP): SBH/SBC/SBN; 2002.
59. SPORE, D. L. et al. **Inappropriate drug prescriptions for elderly residents of board and care facilities.** American Journal of Public Health, v. 87, p. 404-409, 1997.
60. STRAND LM, CIPOLLE RJ, MORLEY PC, FRAKES M. **The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty- five years of experience.** Curr Pharm Design 2004 September; 10:3987-4001.
61. STUCK, A. E. et al. **Inappropriate medication use in communityresiding older persons.** Archives of Internal Medicine, v. 154, p. 2195-2200,1994.
62. TANAKA M. **Multidisciplinary team approach for elderly patients.** Geriatr Gerontol Int 2003 March; 3:69-72.
63. TANCREDI, F. B. **Aspectos epidemiológicos do consumo de medicamentos psicotrópicos pela população de adultos do Distrito de São Paulo.** 1979. 136 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.
64. TEIXEIRA JJV, LEFÉVRE F. **A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso.** Rev Saúde Pública 2001 abril; 35(2):207-13.

65. TELLES PCP FILHO, CASSIANI SHB. **Administração de medicamentos: aquisição de conhecimentos e habilidades recebidas por um grupo de enfermeiros.** Rev Latino-am Enfermagem 2004 maio-junho; 12(3):533-40.
66. VERAS R. **Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3): 705-715, mai-jun, 2003.
67. VERAS RP. **Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos.** Cad Saúde Pública 2003 maio-junho; 19(3):705-15.
68. VIVIAN EM. **Improving pressure control in a pharmacist-managed hypertension clinic.** Pharmacotherapy 2002 December; 22(12):1533-40.