



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Tecnologia e Ciências

Escola Superior de Desenho Industrial

Vanessa Cristina Libório

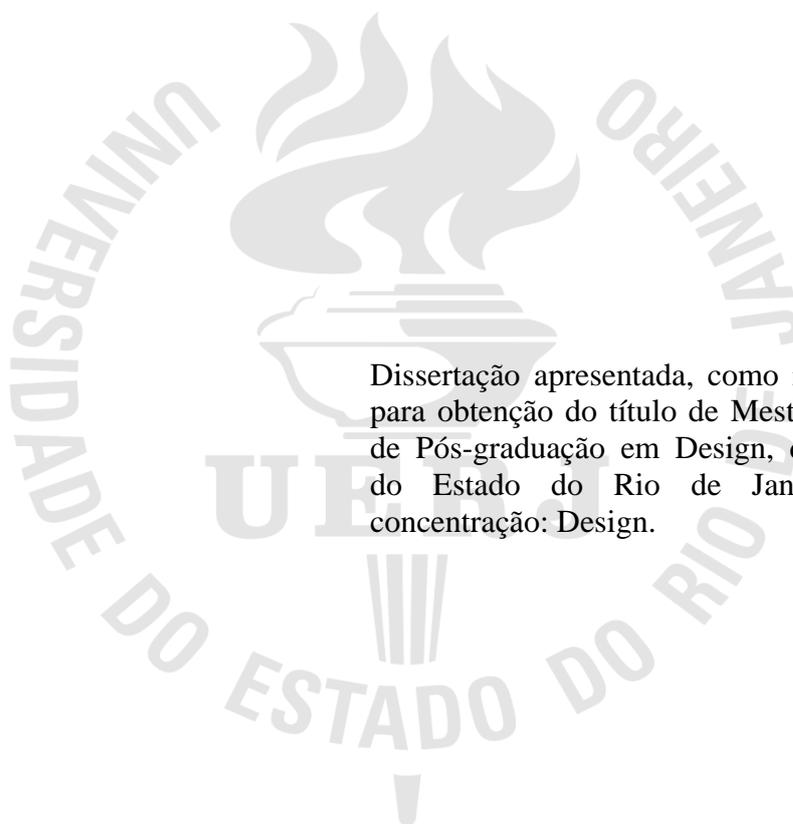
**Contribuições do design para a administração doméstica
da polifarmácia do idoso**

Rio de Janeiro

2017

Vanessa Cristina Libório

Contribuições do design para a administração doméstica da polifarmácia do idoso



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Design, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Design.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ligia Maria Sampaio de Medeiros

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CTC/G

L696

Libório, Vanessa Cristina.

Construções do design para a administração doméstica da polifarmácia do idoso / Vanessa Cristina Libório. - 2017.
108 f.: il.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ligia Maria Sampaio de Medeiros

Dissertação (Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Escola Superior de Desenho Industrial.

1. Projeto de produto - Teses. 2. Design e saúde - Teses. 3. Design de produto - Teses. I. Medeiros, Ligia Maria Sampaio de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Escola Superior de Desenho Industrial. III. Título.

CDU 7.05

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Vanessa Cristina Libório

Contribuições do design para a administração doméstica da polifarmácia do idoso

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Design, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Design.

Aprovada em 01 de setembro de 2017.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Ligia Maria Sampaio de Medeiros (Orientadora)
Escola Superior de Desenho Industrial - UERJ

Prof. Dr. Sydney Fernandes de Freitas
Escola Superior de Desenho Industrial - UERJ

Prof.^a Dra. Ana Karla Freire de Oliveira
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2017

DEDICATÓRIA

Para Vera e Vivian.

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, agradeço ao meu Criador, que além de me dar a vida, tem me mostrado como viver.

À minha orientadora Prof.^a Dra. Ligia Medeiros, por todas as oportunidades e aprendizado.

Aos professores que aceitaram participar da minha banca de qualificação e defesa, Prof. Dr. Sydney Fernandes de Freitas, Prof. Dr. André Ribeiro de Oliveira e Prof.^a Dra. Ana Karla Freire de Oliveira, pelas valiosas contribuições para o desenvolvimento deste trabalho. Ao Prof. Dr. Luis Vidal e ao Prof. Dr. André Monat, pelo apoio durante o mestrado. Agradeço também à colega do doutorado da ESDI/UERJ Fernanda Maia, pelos generosos esclarecimentos durante a dissertação.

Agradeço à própria UERJ, que me deu tantas oportunidades nos últimos anos, e a todos que colaboram para que ela seja uma das melhores universidades do país, principalmente os funcionários e professores da ESDI/UERJ.

Às geriatras que concederam as entrevistas e contribuíram tanto para a pesquisa: Dra. Verônica e equipe, Dra. Tânia, Dra. Flávia, Dra. Maria Alzira e Dra. Mônica. Agradeço à amiga Cleusa Ramalho, que compartilhou suas experiências sobre a terceira idade e indicou Belô, Sônia e Suely, para também contribuírem com seus relatos.

Às minhas colegas de trabalho e também amigas Laurinda Martins e Vera São Miguel, pelo incentivo e alegrias diárias. Obrigada por fazerem minha rotina mais leve e divertida.

Por último, um agradecimento especial à minha mãe Vera Lúcia e à minha irmã Vivian, por tudo e mais um pouco.

So understand
Don't waste your time always searching for those wasted years
Face up, make your stand
And realize you're living in the golden years.

Iron Maiden

Desejo que você sendo jovem não amadureça depressa demais,
e que sendo maduro não insista em rejuvenescer,
e que sendo velho não se dedique a desesperar.
Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor
e é preciso deixar que eles escorram dentro de nós.

Sérgio Jockymann

RESUMO

LIBÓRIO, V. C. Contribuições do design para a administração doméstica da polifarmácia do idoso. 2017. 108 f. Dissertação (Mestrado em Design) - Escola Superior de Desenho Industrial, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Cumprir o tratamento farmacológico em casa é fundamental para o controle de doenças crônicas de pacientes de todas as idades. Porém, principalmente na velhice, observa-se certa dificuldade em seguir corretamente as prescrições médicas, em parte por fatores mais recorrentes nessa faixa etária, como a polifarmácia, a complexidade do tratamento e o comprometimento motor, visual e cognitivo dos indivíduos. Somam-se a esses problemas outras questões, como a não adesão proposital ao tratamento e o maior índice de analfabetismo entre idosos. Além disso, produtos e serviços inadequados ou inexistentes tornam o uso dos fármacos ainda mais complicado. Através de revisão de literatura, pesquisa exploratória e entrevistas com geriatras foi possível compreender o contexto dos medicamentos no Brasil e identificar as principais dificuldades dos idosos em administrar sua polifarmácia. Dessa forma, são apresentadas algumas sugestões de melhorias no setor farmacêutico, com ênfase nas potenciais contribuições do design para a Atenção Farmacêutica, representadas graficamente nessa dissertação por meio de modelos, com o objetivo de mapear os cenários que designers poderiam atuar, como pesquisas, projetos de produtos, serviços e estratégias centradas nas necessidades da terceira idade, que poderiam otimizar a administração da polifarmácia e reduzir os Problemas Relacionados a Medicamentos nessa faixa etária.

Palavras-chave: Projeto de produto. Idosos. Design e saúde. Medicamentos. Atenção farmacêutica.

ABSTRACT

LIBÓRIO, V. C. **Design contributions to the domestic management of the polypharmacy of the elderly.** 2017. 108 f. Dissertação (Mestrado em Design) - Escola Superior de Desenho Industrial, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

The control of chronic diseases of patients of all ages strongly depends on the management of the domestic pharmacological treatment. However, there is a certain difficulty for the elderly in following correctly the medical prescriptions, partly because of recurrent factors in this age group, such as polypharmacy, the complexity of the treatment and the motor, visual and cognitive impairment of the individuals. In addition to these problems there are other issues, such as a deliberate non-adherence to treatment and a higher rate of illiteracy among the elderly. Besides, inadequate or non-existent products and services make the use medicines even more problematic. Through literature review, exploratory research and interviews with geriatricians, it was possible to explain the context of medications in Brazil and to identify the main difficulties of the elderly in administering their polypharmacy. Some suggestions for improvements in the pharmaceutical sector are presented, with emphasis on the potential contributions of design to Pharmaceutical Care, represented graphically in this dissertation through models, with the objective of mapping the scenarios where designers could contribute, such as research, projects of products, services and strategies focused on the needs of the elderly, which could optimize the administration of polypharmacy and reduce drug-related problems in this age group.

Keywords: Product design. Elderly. Design and health. Medicines. Pharmaceutical attention.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	10
1	O CONTEXTO DOS MEDICAMENTOS NO BRASIL.....	14
1.1	Medicamentos e similares.....	14
1.2	Embalagens e bulas de medicamentos.....	15
1.2.1	<u>Rotulagem das embalagens.....</u>	15
1.2.2	<u>Embalagens secundárias.....</u>	16
1.2.3	<u>Embalagens primárias.....</u>	17
1.2.4	<u>Bulas de medicamentos.....</u>	20
1.3	Farmácia caseira.....	22
1.3.1	<u>Automedicação.....</u>	22
1.3.2	<u>Intoxicação por medicamentos.....</u>	23
1.3.3	<u>Embalagens e rótulos semelhantes.....</u>	25
1.3.4	<u>Medicamentos vencidos.....</u>	27
1.4	Armazenamento dos medicamentos.....	28
1.5	Organizadores de comprimidos.....	30
2	O TRATAMENTO COM MEDICAMENTOS NAS RESIDÊNCIAS.....	41
2.1	Etapas de utilização dos medicamentos.....	41
2.1.1	<u>Prescrição.....</u>	41
2.1.2	<u>Dispensação.....</u>	43
2.1.3	<u>Uso.....</u>	46
2.2	Programas voltados para o medicamento.....	47
2.3	Assistência Farmacêutica e Atenção Farmacêutica.....	48
2.3.1	<u>Exemplos de serviços de Atenção Farmacêutica.....</u>	50
2.4	Os Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) em residências.....	54
3	A TERCEIRA IDADE.....	59
3.1	Definição.....	59
3.2	O envelhecimento da população mundial e do Brasil.....	60
3.3	Dados demográficos do idoso brasileiro.....	62
3.4	O nível de escolaridade dos idosos brasileiros.....	64
3.5	Mudanças decorrentes do envelhecimento.....	68
4	MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA.....	71

4.1	Pesquisa exploratória com usuários de medicamentos.....	71
4.2	Entrevistas semiestruturadas com geriatras.....	75
4.2.1	<u>Perfil dos idosos.....</u>	77
4.2.2	<u>Níveis de independência.....</u>	78
4.2.3	<u>Custo dos medicamentos.....</u>	78
4.2.4	<u>Polifarmácia.....</u>	78
4.2.5	<u>Tamanho dos comprimidos.....</u>	79
4.2.6	<u>Prescrição de medicamentos para idosos.....</u>	79
4.2.7	<u>Forma farmacêutica dos medicamentos.....</u>	80
4.2.8	<u>Nome dos medicamentos.....</u>	80
4.2.9	<u>Organizadores de comprimidos.....</u>	81
4.2.10	<u>Recursos para facilitar o uso de medicamentos.....</u>	82
4.2.11	<u>Problemas relacionados a medicamentos.....</u>	82
4.2.12	<u>Considerações finais sobre as entrevistas com geriatras.....</u>	83
5	OPORTUNIDADES DE PESQUISA E PROJETO PARA DESIGNERS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA.....	86
5.1	O uso de modelos para comunicar assuntos complexos.....	87
5.2	Oportunidades ilustradas por meio de modelos.....	87
5.3	Considerações parciais.....	91
	CONCLUSÃO.....	93
	REFERÊNCIAS.....	98
	ANEXO A – Roteiro da entrevista com geriatras.....	108

INTRODUÇÃO

Para seguir corretamente um tratamento residencial com medicamentos é preciso cumprir as prescrições dos médicos e dentistas. Entretanto, essa tarefa torna-se mais difícil quando o paciente possui algum comprometimento motor, visual e cognitivo, não é alfabetizado e/ ou utiliza uma polifarmácia, situações mais comuns entre idosos. Outros fatores como a complexidade do tratamento somam-se aos complicadores da administração de medicamentos nas residências pelos idosos, pois são mais instruções que devem ser seguidas pelo paciente durante o tratamento medicamentoso.

Diante das dificuldades vivenciadas pela terceira idade, este trabalho apresenta a **hipótese** que não é oferecido ao idoso brasileiro um cenário favorável à administração autônoma dos medicamentos, causando frustração, erros e diminuição da adesão ao tratamento por parte desse público. Por um lado, produtos como embalagens primárias e secundárias de medicamentos e organizadores de comprimidos não atendem às necessidades do público citado. Por outro, os serviços de Atenção Farmacêutica no Brasil são extremamente limitados e as atuais políticas públicas são insuficientes para promover o uso racional de medicamentos e reduzir os problemas relacionados a eles. Para minimizar os potenciais erros de seus pacientes, profissionais como médicos, dentistas e farmacêuticos utilizam recursos improvisados para transmitir informações importantes do tratamento, enquanto idosos e seus familiares utilizam soluções simples e muitas vezes precárias para administrar a medicação de forma mais fácil e sem erros.

Essa pesquisa tem como **objetivo geral** indicar possíveis contribuições para a Atenção Farmacêutica, a fim de facilitar o uso de medicamentos por idosos em suas residências e, assim, promover a autonomia do indivíduo diante do seu tratamento. Para alcançar esse resultado, a dissertação tem como **objetivos específicos** apresentar o cenário dos medicamentos no Brasil; apresentar as fases do tratamento com medicamentos nas residências, suas principais características e problemas; apresentar de que forma os usuários administram sua medicação e quais são os produtos e serviços de atenção farmacêutica que já existem voltados para esse fim; discutir quais são as características do idoso brasileiro e questões relacionadas ao envelhecimento; entrevistar geriatras tendo como tema o uso de medicamentos pelos idosos; apresentar modelos que ilustrem questões atuais da Atenção Farmacêutica direcionadas a idosos. Os principais **métodos** utilizados, como indicam os objetivos específicos, são:

- revisão de literatura – em sua maioria, artigos científicos, e em menor número, livros, leis, projetos de leis, resoluções, sites da internet;
- pesquisa exploratória – pesquisa inicial com usuários de medicamentos de diversas idades a respeito da embalagem do produto como suporte para informações sobre a terapêutica;
- entrevistas semiestruturadas – realizadas com geriatras, que são as especialistas na saúde do idoso e conhecem a rotina e os problemas principais do uso de medicamentos dessa faixa etária, estando aptas a fornecer informações de maneira isenta, sem envolvimento pessoal com o tema em questão.

A **justificativa** para a escolha do tema e do recorte da população está relacionada ao crescimento do número de idosos no Brasil e à necessidade de oferecer qualidade de vida a essas pessoas, através da manutenção da sua autonomia, com foco em um aspecto muito comum entre a terceira idade: a utilização de medicamentos de uso contínuo. Algumas características recorrentes desse grupo, como o maior índice de analfabetismo, as limitações decorrentes do envelhecimento, a incidência de doenças crônicas e a polifarmácia também justificam a escolha do público e demonstram que pesquisas na área possuem alta relevância social. Como sugere Nascimento et al. (2000, p. 129), “a sociedade deverá preparar-se para encarar a velhice numa perspectiva de longevidade, qualidade e dignidade”. Por meio da Atenção Farmacêutica, certos aspectos da rotina dos idosos serão abordados e facilitados.

Essa dissertação integra a pesquisa “Medicação do idoso: sistemas de produtos e serviços para auxílio à administração de comprimidos”, que aborda as soluções funcionais, informacionais e formais que se mostrem apropriadas para minimizar os efeitos de restrições decorrentes do envelhecimento. O estudo do tema iniciou em 2013, com o título “Acondicionamento de medicamentos para público idoso”, coordenado pela professora doutora Ligia Maria Sampaio de Medeiros, que naquele ano passou a orientar o discente de graduação José Eugenio G. Andres, participante do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação (PIBITI/CNPq). Devido à proximidade do tema, o estudo foi integrado à proposta submetida ao Edital FAPERJ nº 06/2013 chamado “Apoio ao estudo de temas relacionados à saúde e cidadania de pessoas idosa”. O Projeto FAPERJ foi aprovado e entrou em vigor a partir de maio de 2013. Suas atividades estão sendo desenvolvidas por equipe de professores pesquisadores da Escola Superior de Desenho Industrial da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ESDI/UERJ), com apoio do Centro de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento (CEPE), ligado à Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e Instituto Vital Brasil.

Por ser um tema tão complexo e que envolve tantas disciplinas, o uso de medicamentos nas residências por idosos poderia ser abordado sob diversos aspectos, mesmo do ponto de vista do design. Optou-se por apresentar uma visão mais ampla do objeto de pesquisa, com suas principais características e problemas para, finalmente, abordar a Atenção Farmacêutica e as situações em que o projetista pode contribuir para minimizar erros e auxiliar no uso correto da medicação, e também promover a autonomia dos indivíduos durante seu tratamento. Para isso, após essa introdução, a presente pesquisa foi organizada em cinco capítulos e conclusão, além das referências e do anexo.

No capítulo 1 é apresentado o conceito do medicamento e questões relacionadas, obtidos através de revisão bibliográfica: o que é um medicamento, quais são suas diversas formas de apresentação e uso, os tipos de embalagens e quais as resoluções da ANVISA sobre elas. Na sequência, são mostrados os principais problemas decorrentes do acúmulo de medicamentos nas residências e quais as consequências dessa prática para os usuários. Também é apresentado um levantamento feito pela mestranda dos organizadores encontrados na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, acompanhado de uma breve crítica sobre os pontos negativos e positivos de cada produto. Por fim, são descritas as classificações do armazenamento de medicamentos nas residências, feitas por diferentes pesquisadores, e quais as implicações do armazenamento incorreto para os próprios produtos e para os seus usuários.

O capítulo 2 aborda o tratamento com medicamentos realizado nas residências dos pacientes. A princípio, é apresentado todo o processo que o paciente percorre em um tratamento medicamentoso, da prescrição, passando pela dispensação, até o uso dos medicamentos, e as implicações que podem ocorrer durante as etapas. O capítulo trata também das diretrizes que as principais entidades de saúde do Brasil e do mundo têm publicado para promover o uso racional de medicamentos a partir da Assistência e da Atenção Farmacêutica. Para ilustrar, são citados alguns exemplos de serviços de Atenção Farmacêutica que outros países estão colocando em prática para minimizar resultados negativos relacionados a medicamentos. Finalmente, é aprofundado o debate sobre os erros e problemas que podem ocorrer em um tratamento com fármacos.

O capítulo 3 traz a questão do idoso para a pesquisa. A princípio, é mostrado como pode ser classificada a terceira idade e suas etapas, como o processo de envelhecimento da população está se desenrolando no Brasil e no mundo e outros dados como a demografia e a escolaridade dos idosos brasileiros. O capítulo encerra com uma apresentação resumida sobre as mudanças e necessidades que aparecem nessa fase da vida, de forma a orientar a pesquisa sobre os requisitos que os produtos e serviços devem atender.

O capítulo 4 refere-se aos métodos e técnicas utilizados na pesquisa. Primeiro, a pesquisa exploratória investigou um recurso comumente empregado por pacientes: o uso das embalagens secundárias como um suporte improvisado para as anotações necessárias para o tratamento do paciente. Essa ação demonstra que há uma lacuna nos produtos e serviços farmacêuticos oferecidos (ou não) à população, e identificá-la confirmou a necessidade de projetos voltados para a Atenção Farmacêutica. A outra parte do capítulo traz as entrevistas com geriatras, divididas em seções temáticas, referentes aos principais assuntos que surgiram durante as visitas aos consultórios.

Finalmente, no capítulo 5, são apresentadas as oportunidades de pesquisa e projeto para designers no contexto da Atenção Farmacêutica, representadas através de modelos gráficos, com o objetivo de contextualizar as intervenções sugeridas por essa pesquisa. Em seguida, é apresentada a conclusão, as referências e o anexo A, que apresenta o roteiro das entrevistas realizadas com as médicas geriatras.

Além de trazer para a discussão um tema atual, a contribuição da dissertação está centrada nas sugestões de projetos que podem colaborar com a área de assistência à saúde, especialmente no que se refere à administração doméstica de medicamentos, tendo como público principalmente o idoso autônomo (ou com certo grau de autonomia) e sua rede, como médicos, dentistas, cuidadores e familiares. Alguns exemplos práticos são mencionados, como mudanças no projeto de produtos farmacêuticos (embalagens primárias e secundárias de medicamentos, bulas, organizadores de comprimidos e receituários médicos), além de projetos de softwares e gadgets que auxiliem no processo de prescrição e uso dos fármacos. Entretanto, a finalidade de uma pesquisa de mestrado não é e nem pode ser desenvolver um produto ou serviço, mas dar respaldo científico para que outras iniciativas se baseiem em suas pesquisas e resultados. Assim, esse trabalho não se aprofunda em detalhes técnicos sobre potenciais projetos, e sim oferece a base teórica e propostas para que estudantes, projetistas, empresas e instituições do governo trabalhem a partir do que foi transmitido aqui.

1 O CONTEXTO DOS MEDICAMENTOS NO BRASIL

Para dar início ao trabalho e esclarecer alguns conceitos, é preciso apresentar algumas nomenclaturas e normas vigentes no Brasil sobre medicamentos e suas embalagens.

1.1 Medicamentos e similares

Primeiro, é necessário fazer a distinção entre medicamento, droga, remédio, fármaco. De acordo com a cartilha *O que devemos saber sobre medicamentos*, “medicamentos são produtos especiais elaborados com a finalidade de diagnosticar, prevenir, curar doenças ou aliviar seus sintomas” (BRASIL. ANVISA, 2010, p. 12). Os medicamentos são compostos por “uma ou mais substâncias ativas com propriedades terapêuticas reconhecidas cientificamente, [...] denominadas fármacos, drogas ou princípios ativos” (BRASIL. ANVISA, 2010, p. 12). Os medicamentos devem seguir as especificações e exigências determinadas pela ANVISA/Ministério da Saúde, enquanto os remédios abrangem “qualquer tipo de cuidado utilizado para curar ou aliviar doenças, sintomas, desconforto e mal-estar” (BRASIL. ANVISA, 2010, p. 12), como banho quente, chá caseiro, alimentação saudável, atividade física e até medicamentos. Ou seja, “todo medicamento é um remédio, mas nem todo remédio é um medicamento.” (BRASIL. ANVISA, 2010, p. 12). Por isso, o termo adequado para o produto abordado nessa dissertação é medicamento.

Existem diferentes formas farmacêuticas (também chamadas de formas de comercialização), tais como: comprimidos; cápsulas, pós e granulados; xaropes; soluções (gotas, nasais, colírios, bochechos, gargarejos e injetáveis); supositórios, óvulos e cápsulas ginecológicas; aerossóis, pomadas e suspensões; e adesivos. Sua forma varia para facilitar a administração, garantir a precisão da dose, proteger a substância durante o percurso pelo organismo, garantir a presença no local de ação e/ ou facilitar a ingestão da substância ativa por crianças ou pessoas em condições especiais (BRASIL. ANVISA, 2010, p. 16).

Os medicamentos dividem-se entre **manipulados**, feitos nas farmácias, e **industriais**, feitos nas indústrias (BRASIL. ANVISA, 2010, p. 14). As **drogarias** podem apenas comercializar e orientar sobre o uso de medicamentos industriais, enquanto as **farmácias** podem comercializar e orientar sobre o uso de medicamentos industriais e manipulados.

Porém, para funcionar, ambos os estabelecimentos devem dispor de autorização da Vigilância Sanitária e do Conselho de Farmácia, e ter sempre um farmacêutico presente, que atua como responsável técnico do local (BRASIL. ANVISA, 2010, p. 38). Há ainda os **postos de medicamentos e unidades volantes**, que atendem localidades que não têm nem drogarias nem farmácias, e os **dispensários de medicamentos**, que são setores de fornecimento de medicamentos industrializados, privativo de pequena unidade hospitalar ou equivalente. Ambos vendem apenas medicamentos industrializados em suas embalagens originais, assim como as drogarias¹.

1.2 Embalagens e bulas de medicamentos

São atribuídas às embalagens de produtos funções tecnológicas (proteção mecânica, física e química) e mercadológicas, além de aspectos logísticos, econômicos e funcionais (GURGEL, 2014, p. 12-13). Mais objetivamente, a embalagem tem as funções de proteger e identificar o produto (BLUM, 2015, p. 1).

No Brasil, o órgão responsável pela regulamentação técnica da embalagem e da rotulagem dos medicamentos é a ANVISA. Os dois tipos principais de embalagens para medicamentos são as embalagens primárias e as secundárias, identificadas através de seus rótulos. Veremos a seguir maiores detalhes de cada produto.

1.2.1 Rotulagem das embalagens

A apresentação da embalagem é feita através da rotulagem, “que é a identificação impressa ou litografada diretamente sobre recipientes, vasilhames, invólucros, envoltórios ou qualquer outro protetor de embalagem” (BLUM, 2015, p. 5).

O rótulo tem função comunicacional, onde o medicamento é identificado e as informações são apresentadas ao público, com o objetivo de garantir a segurança ao usuário.

¹ Segundo a Lei n. 5.991/73. BRASIL, 1973. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm>. Acesso em 02 jan. 2017.

A norma vigente que estabelece regras para a rotulagem de medicamentos é a RDC n.71/2009. Tem como objetivo determinar quais elementos devem vir impressos nos rótulos das embalagens primárias e secundárias, além de sua disposição, tamanho, hierarquia e cor, prezando pela legibilidade e identificação das informações. Segundo o portal da ANVISA²:

contém informações que possibilitam a identificação do medicamento durante sua dispensação e uso, o armazenamento adequado dos produtos, o rastreamento do medicamento da sua fabricação até o consumo, bem como orientações quanto ao uso seguro do medicamento.

1.2.2 Embalagens secundárias

As embalagens secundárias são as embalagens externas (também chamadas de cartucho ou caixa), que podem conter uma ou mais embalagens primárias.

As informações que devem constar nas embalagens secundárias são (BRASIL. ANVISA, 2010):

- Nome comercial do medicamento (ausente em genéricos). Em caso de medicamentos fitoterápicos, deve ser apresentado o nome botânico da planta;
- Denominação genérica;
- Nome, endereço e CNPJ da empresa produtora;
- Nome do fabricante e local de fabricação do produto;
- Número do lote;
- Data da fabricação (mês/ano);
- Data de validade (mês/ano);
- Número de registro;
- Composição do medicamento, quantidade e via de administração;
- Nome do Farmacêutico Responsável Técnico e número da inscrição no CRF;
- Telefone do Serviço de Atendimento ao Consumidor – SAC;
- Lacre de segurança (toda a embalagem deve estar lacrada);
- Tinta reativa, para ser raspada com metal ou selo de rastreabilidade.

² BRASIL. ANVISA, s/d. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/perguntas-sobre-rotulagem-de-medicamentos>>. Acesso em 26 fev. 2017.

Figura 1 – Modelo de embalagem secundária de medicamentos.



Fonte: BRASIL. ANVISA, 2010, p. 19.

Outras resoluções vieram após a RDC n. 71/2009, como a RDC n. 21/2012, que institui a apresentação dos medicamentos distribuídos pelo Ministério da Saúde.

Porém, segundo Borja-Oliveira (2013, p. 125), “as próprias embalagens secundárias, que, em geral, dispõem de mais espaço, apresentam informações relevantes para o usuário, como o prazo de validade, em letras pequenas e pouco visíveis”.

Há ainda as embalagens secundárias fracionáveis, usadas para acondicionar medicamentos fracionados e bulas.

1.2.3 Embalagens primárias

As embalagens primárias são aquelas que mantêm contato direto com o medicamento. As principais são ampola, bisnaga, blister, bolsa, cilindro, envelope, flaconete, frasco, pote, seringa preenchida, strip e tubo. Algumas são mais comumente encontradas no ambiente hospitalar, e outras, mais voltadas para uso residencial. Na tabela 1, são especificadas as características centrais de cada embalagem primária.

Tabela 1 – Principais tipos de embalagens primárias.

Nome	Características
AMPOLA	Recipiente fechado hermeticamente, destinado a medicamentos líquidos para uso via parenteral (injeção) e dose única.
BISNAGA	Recipiente flexível, lacrado ou achatado e dobrado de um lado, com uma abertura removível do outro. Acondiciona medicamentos semissólidos.
BLISTER	Também chamado de cartela, consiste em uma bandeja geralmente de plástico com uma cobertura de material laminado.
BOLSA	Recipiente de material flexível utilizado para proteger ou conter uma ou mais doses de um medicamento (ex: parenterais de grande volume).
CILINDRO	Recipiente para o acondicionamento de gás comprimido, destinado a manter um gás sob pressão.
ENVELOPE	Também chamado de sachê, é um recipiente de material flexível formado por duas camadas do mesmo material seladas, contendo dose única.
FLACONETE	Recipiente pequeno para o acondicionamento de líquidos para administração em dose única.
FRASCO	Recipiente normalmente de formato tubular, com um gargalo estreito e de fundo plano. Os principais tipos são: FRASCO-AMPOLA, para acondicionamento de medicamentos administrados via parental, FRASCO APLICADOR, para administração do medicamento em um determinado local, FRASCO GOTEJADOR, também chamado de frasco conta-gotas e FRASCO SPRAY, para borrifar líquidos.
POTE	Recipiente largo com formato normalmente cilíndrico, de fundo plano e com gargalo curto e largo. Contém medicamentos sólidos ou semissólidos.
SERINGA PREENCHIDA	Dispositivo cilíndrico, com ou sem agulha pré-fixada e com êmbolo, para administração por via parenteral e de dose única.
STRIP	Recipiente de material flexível formado por duas camadas do mesmo material seladas que separam e protegem cada dose do medicamento. Contém medicamentos sólidos ou semissólidos.
TUBO	Recipiente sem gargalo, com formato de um cilindro oco e alongado, de material rígido, para o acondicionamento de formas farmacêuticas sólidas.

Fonte: BRASIL. ANVISA, 2007 (Adaptado)³.

Existem também as embalagens primárias fracionáveis, que permitem seu fracionamento para que seu conteúdo seja disponibilizado em quantidades menores, sem que o medicamento entre em contato com o meio externo. Farmácias e drogarias podem oferecer o serviço de fracionamento, desde que realizado por um farmacêutico, o estabelecimento tenha a estrutura e a embalagem seja própria para isso. A oferta de embalagens fracionáveis traz algumas vantagens para os consumidores, pois permite adquirir apenas o necessário para o tratamento. Isto diminui o desperdício de medicamentos (que normalmente são jogados fora de maneira inadequada) e os gastos excedentes com aqueles que não serão utilizados, além de evitar a formação da farmácia caseira, fator muito associado ao acúmulo de medicamentos

³ Disponível em: <<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5B19622-2-0%5D.PDF>>. Acesso em: 23 jun. 2017.

vencidos e à “utilização de medicamentos sem prescrição ou orientação médica, diminuindo o número de efeitos adversos e intoxicações, derivados da automedicação”⁴.

Figura 2 – Embalagens fracionáveis de medicamentos.



Fonte: ANVISA, 2010, p. 36.

A RDC n. 80/2006 é a resolução da ANVISA que trata do fracionamento de medicamentos no Brasil. Ela garante que a menor fração da embalagem primária fracionável tenha escrito o nome comercial (exceto os genéricos, sinalizados como tal), o princípio ativo, a concentração da substância ativa, a identificação do fabricante, o número de registro, o lote, o prazo de validade e, em alguns casos, a via de administração. Ou seja, mesmo destacada, a embalagem protege o conteúdo e mantém informações relevantes para o usuário. No caso das cartelas, o fracionamento também permite separar os comprimidos ou cápsulas individualmente e arrumá-los em organizadores, mantendo o produto dentro da sua embalagem original, de forma a evitar riscos de contaminação e perder informações sobre o medicamento. Entretanto, como observa Borja-Oliveira (2013, p. 125): “o espaço restrito do verso de cada unidade de comprimido ou cápsula requer o uso de letras muito pequenas, o que dificultaria a visualização das informações ali dispostas, sobretudo por idosos”.

Entretanto, não são todos os medicamentos que podem ser encontrados em embalagens primárias fracionáveis, pois a RDC n. 80/2006 determina que o fracionamento não se aplica a medicamentos e substâncias sujeitos ao controle especial. Esses produtos, “também chamados medicamentos/ substâncias controlados, são aqueles que têm ação no sistema nervoso central podendo causar dependência física ou química”⁵, listados na Portaria n. 344, de 12 de maio de 1998, que “Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e

⁴ BRASIL. ANVISA, s/d. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/perguntas-sobre-rotulagem-de-medicamentos>>. Acesso em 26 fev. 2017.

⁵ Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/apresentacao.asp?te_codigo=2>. Acesso em: 20 fev. 2017.

medicamentos sujeitos a controle especial”⁶. Essa restrição limita a disponibilidade do fracionamento de embalagens no Brasil, porém, não só a RDC n.80/2006 é a responsável pelo número inexpressivo de embalagens fracionáveis disponíveis nas drogarias e farmácias. É preciso lembrar que a diminuição dos custos dos medicamentos para os consumidores também diminui o lucro dos laboratórios farmacêuticos, “um setor caracterizado por oligopólios, com elevada concentração de empresas transnacionais, segmentado por classes terapêuticas e que apresenta relativa estabilidade no número de unidades vendidas, embora com aumento nos níveis de faturamento” (SCHENKEL et al., 2004, p. 200). As embalagens fracionáveis não são interessantes comercialmente para os grupos da área farmacêutica, o que prejudica apenas os usuários porque, além do custo mais alto, da limitação do uso dos organizadores e do desperdício que leva ao descarte inadequado, o excedente de medicamentos também contribui para a formação da farmácia caseira, assunto que será visto na seção 1.3.

1.2.4 Bulas de medicamentos

Assim como as embalagens e os rótulos, as bulas de medicamentos “devem transmitir todas as informações relevantes sobre o produto, contribuindo para o seu uso adequado” (BRASIL. ANVISA, 2010, p. 18). Bulas são documentos que fornecem “dados sobre indicação, uso, efeitos colaterais, contra-indicações e cuidados de conservação” (BRASIL. ANVISA, 2010, p. 55). Medicamentos industrializados devem dispor de bula, já os medicamentos manipulados não têm bula e as informações “devem ser prestadas pelo prescritor e pelo farmacêutico na entrega do medicamento na farmácia” (BRASIL. ANVISA, 2010, p. 55). No caso de medicamentos industrializados dispensados na embalagem primária para uso residencial, as bulas devem estar disponíveis para os pacientes nas farmácias ou drogarias que fazem a dispensação do produto.

Nos últimos anos, a ANVISA, responsável pela regulação das bulas, tem feito algumas mudanças para tornar as informações mais acessíveis ao público leigo. Para isso, a agência reguladora definiu que devem ter dois tipos de bulas: uma destinada para o paciente, com

⁶ BRASIL. ANVISA, 1998. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/scriptsweb/anvisalegis/VisualizaDocumento.asp?ID=939&Versao=2>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

conteúdo sumarizado, linguagem simplificada e menos termos técnicos, e outra para o profissional de saúde, com conteúdo detalhado tecnicamente (BRASIL. ANVISA, 2009b, p. 4). Outro avanço significativo dessa resolução refere-se à formatação das informações. Nela, foram publicados parâmetros para a fonte, tamanho, cor de impressão, espaçamento entre caracteres e linhas, entre outros. O maior destaque é o estabelecimento do tamanho mínimo da fonte para 10 pt (dez pontos) nas bulas para o paciente e 8 pt (oito pontos) nas bulas para o profissional de saúde, sempre na fonte Times New Roman.

Para orientar os laboratórios farmacêuticos quanto à elaboração das bulas, a ANVISA publicou o Guia de Redação de Bulas, que enfatiza a questão da redação clara e concisa para os pacientes e da apresentação mais legível das informações. O conteúdo do Guia é interessante, pois ele apresenta alguns princípios para solucionar as dificuldades de leitura e compreensão da bula, de forma que o paciente possa ler mais rápido e consiga se lembrar das informações mais facilmente. (BRASIL. ANVISA, 2009a, p. 6).

Atualmente, as bulas seguem um formato padrão das informações para todos os medicamentos. A resolução em vigor que estabeleceu esse formato e propôs o Guia de Redação de Bulas, assim como outros temas relacionados às bulas de medicamentos, é a RDC n. 47/2009 da ANVISA⁷. Seguindo essa determinação, “as bulas para o paciente devem conter os itens relativos às partes Identificação do Medicamento, Informações ao Paciente e Dizeres Legais” (BRASIL. ANVISA, 2009b, p. 9). As “Informações ao Paciente” são apresentadas na forma de perguntas e respostas, como descrito na RDC n. 47/2009, sendo que as perguntas e respostas de medicamentos específicos foram padronizadas pela Instrução normativa n. 9, de 01 de agosto de 2016.

Segundo a própria ANVISA, os modelos antigos apresentavam problemas para os dois perfis que leem bulas: profissionais da saúde e usuários de medicamentos. A partir de estudos promovidos pelo órgão, foram identificadas as principais dificuldades e propostas as mudanças mencionadas nessa seção, “para tentar solucionar as dificuldades de leitura e compreensão da bula para o paciente e incentivá-lo a sempre ler a bula do medicamento que lhe foi prescrito” (BRASIL. ANVISA, 2009a, p. 6). As melhorias são perceptíveis.

⁷ Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/legislacao#/visualizar/28431>>. Acesso em: 31 jul. 2017.

1.3 Farmácia caseira

São os medicamentos armazenados nas residências. Esse “estoque” pode ser formado por fármacos isentos de prescrição médica, guardados para um eventual uso futuro (para dor de cabeça, cólica, febre) e por aqueles que precisam de prescrição médica (como os medicamentos de uso contínuo, adquiridos em maior quantidade para semanas ou meses). Entretanto, a farmácia caseira pode ser formada também pelas sobras de medicamentos anteriormente prescritos, pois é comum o conteúdo das embalagens exceder a quantidade necessária para o tratamento, situação que poderia ser facilmente resolvida com o fracionamento das embalagens primárias e consequente fornecimento da quantidade exata prescrita pelo médico ou dentista, como mencionado na seção 1.2.3.

A farmácia caseira é associada a casos de automedicação, intoxicação acidental e armazenamento de medicamentos vencidos, como será visto a seguir. Essa prática também aumenta o risco de trocas acidentais de medicamentos, principalmente quando os rótulos são semelhantes, assunto que será abordado na seção 1.3.3.

1.3.1 Automedicação

A automedicação refere-se ao “uso de medicamento sem a prescrição, orientação e ou o acompanhamento do médico ou dentista” (BRASIL, 2001, p. 34). Porém, a farmácia caseira não é a única causadora da automedicação. Segundo Mastroianni (2012, p. 10), outros fatores para a automedicação são: “a má qualidade da oferta de medicamentos, o não cumprimento da obrigatoriedade da apresentação da receita médica e a carência de informação e instrução para a população em geral”. É um problema que pode gerar efeitos adversos, inclusive intoxicação.

Existem dois tipos de automedicação. A automedicação responsável é aquela que o paciente trata e previne “sintomas e males menores, que não necessitam de consulta médica, mediante o uso responsável de medicamentos isentos de prescrição médica” (MADRUGA, 2011, p. 14), também chamados de “medicamentos de venda livre” ou “medicamentos anódinos”, “internacionalmente conhecidos como produtos “OTC” (*over the counter* – “sobre a prateleira”), tais quais, por exemplo, anti-inflamatórios, analgésicos, antitérmicos, antialérgicos, relaxantes musculares etc.” (MADRUGA, 2011, p. 17). O outro tipo de

automedicação é o mais perigoso: a autoprescrição, que consiste no “uso por conta própria de medicamentos com tarja vermelha ou preta na caixa, que só podem ser receitados por médicos” (MADRUGA, 2011, p. 14). Porém, a automedicação responsável, assim como a autoprescrição, podem ser prejudiciais para o indivíduo porque podem mascarar sintomas de outras doenças não diagnosticadas ou não tratadas adequadamente, levando o paciente a um quadro mais grave.

Por ser uma situação provocada pelo paciente, e não acidental, uma forma de evitar a automedicação é através de iniciativas educativas, que promovam a conscientização da população quanto aos riscos dessa prática.

1.3.2 Intoxicação por medicamentos

Nesta dissertação será abordada a intoxicação acidental por medicamentos que ocorre na residência dos pacientes, visto que as intoxicações provocadas (por exemplo, as citadas na tabela 3: por abuso, tentativa de suicídio, tentativa de aborto e violência/ homicídio) fogem do escopo desta pesquisa.

Diversos fatores contribuem para que ocorram casos de intoxicação por medicamentos nas residências. No caso das crianças, o site da ONG Criança Segura indica que as mais novas, principalmente com até quatro anos, estão mais expostas ao risco de intoxicação, pois tendem a explorar o ambiente com seus sentidos. Elas costumam colocar objetos na boca e pegar elementos que chamem a sua atenção, inclusive medicamentos e outros produtos. Por não possuírem a noção de perigo desenvolvida, correm mais riscos. Entre os adultos, a automedicação, a superdosagem e o consumo de medicamentos vencidos são os principais fatores que levam à intoxicação acidental.

Como demonstram os dados apresentados pelo Ministério da Saúde/ FIOCRUZ/ CINITOX, sobre os casos de intoxicação no Brasil no ano de 2013, os medicamentos são o maior agente causador desse problema entre quase todas as faixas etárias, representando 28,45% do total de intoxicações do período no país⁸, como visto a seguir.

⁸ Disponível em: <http://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files/Tabela7_2013.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

Tabela 2 – Casos registrados de intoxicação humana por agente tóxico e faixa etária no Brasil, 2013.

Agente	<1	01-04	05-09	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	+80	Ig.	Total		
	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	%	
Medicamentos	434	3691	969	791	1033	1791	1268	811	524	220	123	64	266	11985	28,45	
Agrotóxicos/ Uso agrícola	61	287	27	47	184	361	369	260	155	77	37	26	16	1907	4,53	
Agrotóxicos/ Uso doméstico	39	370	84	33	55	119	90	69	56	24	10	5	13	967	2,3	
Prod. veterinários	7	110	16	13	26	46	33	29	8	10	-	1	8	307	0,73	
Raticidas	27	317	35	33	128	234	155	82	50	14	5	2	44	1126	2,67	
Domissanitários	158	1767	152	110	189	336	288	175	137	76	27	21	165	3601	8,55	
Cosméticos	47	339	46	23	25	43	26	25	10	8	-	4	40	636	1,51	
Prod. químicos industriais	71	1001	113	76	126	323	272	194	97	44	25	12	66	2420	5,74	
Metais	5	73	19	8	2	12	17	8	3	1	1	1	7	157	0,37	
Drogas de abuso	13	59	12	97	459	1484	1265	574	232	39	8	7	85	4334	10,29	
Plantas	28	204	75	14	16	31	22	16	14	7	2	2	10	441	1,05	
Alimentos	9	39	42	41	45	142	97	55	41	11	4	1	11	538	1,28	
Animais peç./ Serpentes	3	35	76	78	85	154	159	145	136	68	34	4	6	983	2,33	
Animais Peç./ Aranhas	3	56	46	37	60	133	148	111	94	55	18	8	5	774	1,84	
Animais peç./ Escorpiões	48	484	512	460	423	962	903	824	594	376	230	70	17	5903	14,01	
Outros animais peç./ venenosos	9	103	104	114	88	190	171	143	96	70	38	10	12	1148	2,73	
Animais não peçonhentos	23	209	175	224	262	601	503	388	320	191	93	19	55	3063	7,27	
Desconhecido	26	198	79	113	96	229	173	123	97	41	11	12	31	1229	2,92	
Outro	28	165	59	50	30	75	65	51	37	16	18	6	9	609	1,45	
Total	nº	1039	9507	2641	2362	3332	7266	6024	4083	2701	1348	684	275	866	42128	100
	%	2,47	22,57	6,27	5,61	7,91	17,25	14,3	9,69	6,41	3,2	1,62	0,65	2,06		

Fonte: Ministério da Saúde/ FIOCRUZ/ CINITOX, 2013.

Porém, esses dados sozinhos não são suficientes para identificar as razões dessas intoxicações, se são casos acidentais ou provocados e de que forma eles aconteceram. A tabela 3 classifica os 11.985 casos de intoxicação apresentados acima, ocorridos no Brasil em 2013, de acordo com suas circunstâncias⁹. Os dados disponibilizados não estão divididos por faixa etária, mas é possível ter dimensão do cenário crítico das intoxicações acidentais no Brasil.

⁹ Disponível em: <http://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files//Tabela6_2013_0.pdf>. Acesso em 20 fev. 2017

Tabela 3 – Casos registrados de intoxicação humana por circunstância no Brasil, 2013.

Circunstâncias	Intoxicação humana por medicamentos	
	nº	% do total de intoxicações
Acidente individual	4801	40,06
Acidente coletivo	32	0,26
Acidente ambiental	8	0,06
Ocupacional	36	0,3
Uso terapêutico	1041	8,68
Prescrição médica inadequada	140	1,16
Erro de administração	673	5,61
Automedicação	241	2,01
Abstinência	-	0
Abuso	164	1,36
Ingestão de alimentos	7	0,05
Tentativa de suicídio	4271	35,63
Tentativa de aborto	8	0,06
Violência/ homicídio	14	0,11
Uso indevido	87	0,72
Ignorada	297	2,47
Outra	165	1,37
Total	11985	100

Fonte: Ministério da Saúde/ FIOCRUZ/ CINITOX, 2013.

Para reduzir esse problema, novamente pode-se citar a importância da disseminação da informação e conscientização da população, tendo o farmacêutico como figura central desse processo, como indica o estudo de Sousa et al. (2008), que cita dados sobre os altos índices de consumo de medicamentos e de mortes por intoxicação medicamentosa no Brasil para justificar a importância de medidas preventivas para reduzir os riscos relacionados à automedicação e aos efeitos adversos de medicamentos. Já a educação de adultos sobre o armazenamento correto (ou adequado) de medicamentos pode reduzir os índices de acidentes com crianças, como será visto na seção 1.4 dessa dissertação.

1.3.3 Embalagens e rótulos semelhantes

Uma questão importante que está relacionada não só à formação da farmácia caseira, mas também ao uso concomitante de dois ou mais medicamentos, é a semelhança entre rótulos e embalagens de medicamentos diferentes, o que dificulta a identificação dos produtos

e piora a experiência do usuário. Também aumenta as chances de ocorrer a troca acidental dos fármacos que, em casos mais graves, pode levar à intoxicação acidental do paciente.

Alguns estudos tratam essa questão, como o realizado por Lopes et al. (2012, p. 96), que analisou 150 medicamentos utilizados em um hospital universitário do nordeste do Brasil seguindo alguns parâmetros. Mesmo sendo um ambiente diferente do estudado nessa dissertação (residências), é oportuno mostrar os resultados, pois faz um comparativo das embalagens e rótulos utilizados naqueles locais e ajuda a entender o problema das embalagens e rótulos parecidos. Segundo os autores, o padrão adotado pela indústria induz os profissionais a erros não intencionais de dispensação e administração de medicamentos. Vale lembrar que são pessoas treinadas para administrar medicamentos com segurança, e ainda assim estão propensas ao erro, que leva a pensar que os leigos estão mais vulneráveis ainda a cometer trocas acidentais. O resultado da análise demonstra que, em diferentes variáveis, são encontradas semelhanças significativas entre as embalagens e rótulos de medicamentos usados naquele ambiente, conforme apresentado na tabela a seguir.

Tabela 4 – Análise da semelhança entre embalagens e rótulos de medicamentos usados em um hospital.

Variáveis	Semelhanças	
	Embalagens primárias	Embalagens secundárias
Rótulos ou embalagens da mesma cor	52 %	44 %
Mesma disposição dos dizeres	46 %	44 %
Mesma cor dos dizeres	50,7 %	44 %
Mesmo tamanho das embalagens	48 %	37,3 %
Mesma cor das apresentações farmacêuticas	52 %	44 %

Fonte: LOPES et al., 2012, p. 100.

Foram analisados inclusive os nomes e a pronúncia dos medicamentos, porém não foi encontrado significância estatística sobre a semelhança dessas variáveis. A nomenclatura é mais um fator que pode levar a trocar os medicamentos, porém a regulamentação da ANVISA RDC n. 333/2003¹⁰, que estabelece normas a fim de evitar semelhanças entre os nomes comerciais de medicamentos, seja uma ferramenta importante para a redução deste problema.

Outro fator que deve ser mencionado neste estudo é que embalagens do mesmo fabricante comumente se assemelham, pois, “em geral utilizam a mesma arte gráfica nas embalagens para produtos diferentes, sem considerar as peculiaridades na rotulagem de

¹⁰ Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/RDC_333_2003.pdf/8f8531cb-3971-4e77-adb3-c02ba3e5b36c>. Acesso em 23 fev. 2017.

medicamentos” (LOPES et al., 2012, p. 102). Ou seja, cada laboratório possui sua identidade visual, que é aplicada à sua linha de produtos. Itens como a cor da embalagem e do texto, tipografia, grafismos, arranjo de alguns elementos, são característicos de uma marca. Caso uma mesma pessoa use dois ou mais medicamentos de um mesmo laboratório com fórmulas diferentes, as chances de erros de medicação por troca aumentam devido à semelhança.

Para prevenir erros, é essencial que a ANVISA avalie formas de impedir a oferta de embalagens semelhantes. Porém, como os próprios pesquisadores que participaram do estudo supracitado afirmaram, “infelizmente, inexistente até o momento legislação brasileira que regulamente a padronização de embalagens e rótulos com foco na prevenção da similaridade e que obrigue as indústrias de medicamentos a realizarem mudanças” (LOPES et al., 2012, p. 96), e acrescentam que os estudos no país que analisam a questão da semelhança dos nomes e das embalagens de medicamentos ainda são incipientes, fator essencial para embasar a elaboração de normas e projetos seguros para o público. Enquanto isso, dificilmente os laboratórios tomarão a iniciativa de desenvolver layouts diferenciados para cada família de produtos, e, mesmo que o fizessem, cada empresa teria seu próprio repertório visual, o que geraria uma poluição visual que poderia atrapalhar ainda mais a identificação dos medicamentos, confirmando a necessidade de ter uma regulação sobre o tema. Esse cenário mostra que, por necessidade, os usuários precisam continuar usando recursos improvisados para diferenciar e identificar os medicamentos nas suas residências.

1.3.4 Medicamentos vencidos

A formação da farmácia caseira favorece o acúmulo de medicamentos vencidos e sem identificação, situações que comumente ocorrem porque os fármacos são armazenados fora de suas embalagens originais e informações como lote e prazo de validade não são verificadas regularmente ou ficam ilegíveis com o tempo. Para Mastroianni et al. (2012, p. 17) “medicamentos sem identificação podem ser facilmente confundidos e, juntamente com o uso de medicação vencida, podem causar efeitos diferentes das indicações terapêuticas originais, inefetividade terapêutica, intoxicações e reações adversas”. Em casos mais extremos, o medicamento vencido “pode gerar doenças como, por exemplo, acidose tubular renal que foi descoberta como resultado do uso do antibiótico tetraciclina” (ALMEIDA et al., 2014, p. 8). Não só o prazo de validade sinalizado nas embalagens, mas também o armazenamento

interfere nas condições do produto, por isso, a importância “de avaliar freqüentemente o estoque, a fim de se desfazer dos medicamentos vencidos ou que estiverem inadequados ao uso (mudanças na cor ou na consistência do produto, por exemplo)” (SCHENKEL et al., 2004, p. 269). A seguir, serão apresentadas algumas pesquisas que buscam traduzir em números esse problema.

Em um levantamento realizado no município de São Mateus (ES), 400 pessoas responderam um questionário para avaliar o comportamento da população em relação ao descarte de medicamentos vencidos e em desuso. Os resultados mostraram que 86,8% dos consumidores verificavam a validade dos medicamentos (CHAVES et al., 2015, p. 1083). Já um estudo transversal realizado em Porto Alegre (RS), no período de julho a novembro de 1999, localizou 2023 medicamentos nas residências, dos quais 265 (13,1%) estavam vencidos e 347 (17,2%) estavam sem dados (SCHENKEL, 2005, p. 269). Em outro estudo transversal, das 70 residências pesquisadas onde houve algum caso de intoxicação medicamentosa aguda não-intencional atendida pelo Centro de Controle de Intoxicações (CCI) de Maringá (PR) em 2004, foi observado que 31 apresentaram algum medicamento vencido entre os armazenados, o que representa 44,3% do total (MARGONATO, 2008, p. 337). Comparando os resultados das pesquisas de São Mateus e Porto Alegre, nota-se semelhança entre a porcentagem de pessoas que não verificam a validade e o número de medicamentos vencidos nas residências, enquanto há um aumento significativo deles nas residências pesquisadas de Maringá, indicando uma relação entre medicamentos vencidos e intoxicação por esse produto, vencido ou não. O levantamento realizado em São Mateus acrescenta um dado que ajuda a entender esse problema: entre os 400 participantes da pesquisa, “84% não recebem orientação sobre o descarte correto de medicamentos vencidos e em desuso. Por consequência, 81,3% dos entrevistados realizam o descarte incorreto destes resíduos” (CHAVES et al., 2015, p. 1083). Logo, “alguns entrevistados armazenam os medicamentos vencidos ou em desuso em suas residências, por não saberem como descartar estes resíduos” (CHAVES et al., 2015, p. 1092).

1.4 Armazenamento dos medicamentos

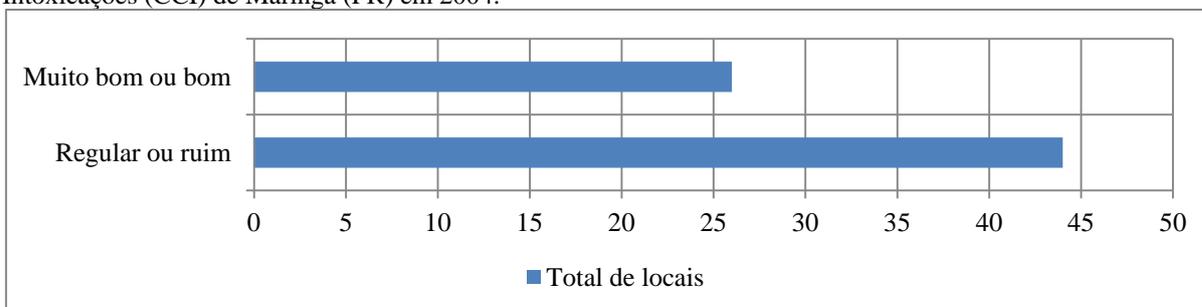
Quando se refere a intoxicações de crianças por medicamentos em residências, uma das causas mais comuns é guardar os produtos farmacêuticos em lugares inadequados. Para

Margonato, Thomson e Paoliello (2008), os critérios para classificar o armazenamento como inadequado são:

- medicamento guardado em local inferior a 1,5 m de altura;
- medicamento guardado em local visível a crianças;
- medicamento guardado em recipiente sem tampa ou com tampa de material transparente.

No seu estudo, das 70 residências pesquisadas, em 26 o local de armazenamento dos medicamentos foi considerado “muito bom” ou “bom”, enquanto que em 44 o local foi classificado como “regular” ou “ruim”.

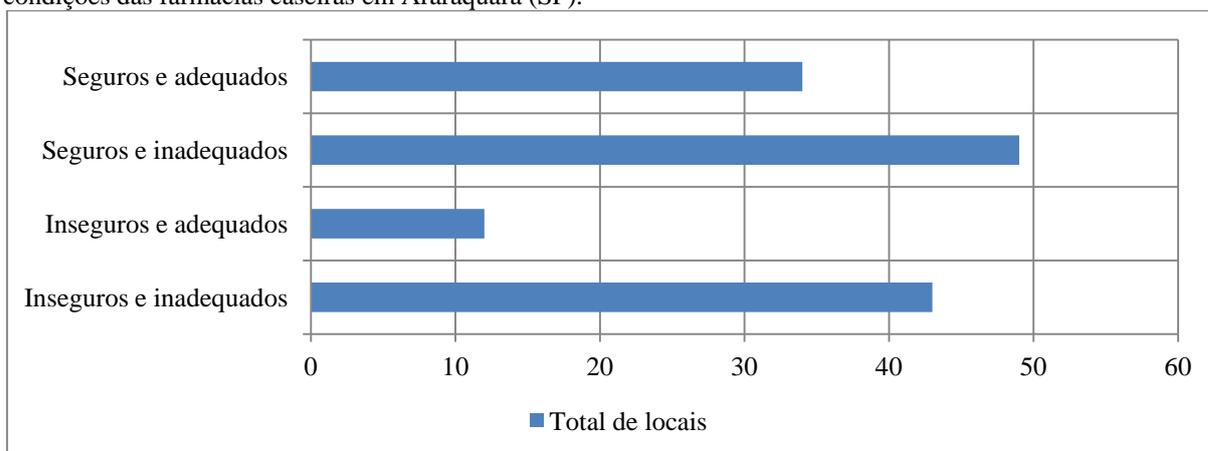
Gráfico 1 – Classificação dos locais de armazenamentos de medicamentos em residências onde houve algum caso de intoxicação medicamentosa aguda não-intencional atendida e registrada pelo Centro de Controle de Intoxicações (CCI) de Maringá (PR) em 2004.



Fonte: Margonato, 2008 (adaptado).

Porém, segundo o estudo de Mastroianni (2012), as condições de armazenamento podem ser classificadas como seguras/ inseguras e adequadas/ inadequadas. Os locais seguros são aqueles “em que os medicamentos estavam fora do alcance de crianças e adequados aqueles que não estavam expostos à luz, calor, umidade, sujeira ou próximos a animais, ralos, produtos de higiene, cosméticos e domissanitários” (MASTROIANNI, 2012, p. 12). Sua pesquisa identificou medicamentos guardados em 6 diferentes cômodos, totalizando 138 diferentes lugares de armazenamento. Dos 138, 34 foram considerados seguros e adequados, 49 seguros e inadequados, 12 inseguros e adequados e 43 inseguros e inadequados.

Gráfico 2 – Classificação dos locais de armazenamentos de medicamentos em estudo realizado em 2011 sobre as condições das farmácias caseiras em Araraquara (SP).



Fonte: Mastroianni, 2012 (adaptado).

Já no levantamento realizado por Schenkel, Fernândes e Mengue (2005), foram identificados 184 locais de armazenamento. Destes, 103 estavam expostos ao calor e umidade, 54 à luz e 184 (todos) estavam ao alcance de crianças (locais não chaveados). Percebe-se que, para eles, “estar ao alcance de crianças” não tem relação com a altura do local nem com a sua embalagem, mas se o local que o medicamento está guardado (ou não está guardado) possui tranca. Vale lembrar que na pesquisa citada os autores não estabeleceram uma classificação para os locais de armazenamento, apenas descreveram os locais que visitaram.

1.5 Organizadores de comprimidos

Os organizadores de comprimidos, também chamados de organizadores de remédios, porta comprimidos e porta pílulas, podem ser encontrados em diversas formas, como caixas e frascos, e geralmente possuem compartimentos para que seja possível separar os comprimidos ou cápsulas por hora, período, dia, semana ou mês. São produtos que tem como objetivo facilitar o uso de medicamentos nas residências, proporcionando maior adesão ao tratamento, diminuição de erros e autocuidado entre os pacientes. Entretanto, eles podem trazer o resultado oposto.

Para exemplificar algumas questões mencionadas nesse levantamento, será apresentada uma breve análise das principais características de organizadores de comprimidos vendidos em drogarias físicas da zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, comprados no período de dezembro de 2015 a dezembro de 2016. Optou-se por esse meio de adquirir os

produtos porque o número de idosos que acessa a Internet para fazer compras no Brasil ainda é limitado – apenas 12% (CNDL, SPC Brasil, 2016, p. 31).

Os organizadores das figuras 3 e 4 têm sete compartimentos, um para cada dia da semana. Pela sua configuração, os comprimidos de cada dia ficam misturados e, por esse motivo, não é o produto ideal para quem deve ingerir medicamentos diferentes com posologias distintas, pois as chances de trocar um comprimido pelo outro são maiores. Possivelmente indicado para quem toma apenas um medicamento de determinada fórmula ou medicamentos diferentes uma vez só por dia, pois assim o risco de confundir um comprimido com outro é nulo. Os dias da semana são escritos em alto relevo em braile e em português. Por isso, os dois produtos têm potencial de atender as necessidades de um deficiente visual, mas dificilmente atende as de um idoso que precisa ler o dia da semana, pois o corpo da fonte é muito pequeno e as letras são da mesma cor do organizador, ou seja, o texto não é impresso, apenas tem o relevo das letras. O organizador da figura 4 tem outra desvantagem: por ser transparente, não é indicado para medicamentos fotossensíveis.

Figura 3 – Organizador de comprimidos opaco.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 4 – Organizador de comprimidos transparente.



Fonte: Arquivo pessoal.

O organizador da figura 5 possui oito compartimentos, um para cada dia da semana e um reserva. Assim como os organizadores das figuras 3 e 4, não é recomendado para quem usa duas ou mais fórmulas medicamentosas, principalmente se forem ingeridas mais de uma vez por dia, e para quem tem comprometimento visual, pois as letras estão em relevo sem aplicação de cor. Também não é recomendado para guardar medicamentos fotossensíveis por ser transparente.

Figuras 5a, 5b, 5c, 5d – Organizador de comprimidos transparente azul.



a)



b)



c)

d)

Fonte: Arquivo pessoal.

O organizador da figura 6 também é transparente e possui quatorze compartimentos. São dois para cada dia da semana, um para antes do meio-dia (representado pela sigla am), outro para após o meio-dia (representado pela sigla pm). Os dias da semana foram escritos de duas formas: em braile e impressos na cor branca (de forma abreviada) na superfície do organizador, dando um contraste que permite a leitura mais fácil. Ideal para quem deve tomar os medicamentos duas vezes ao dia. Um detalhe observado durante o manuseio do produto indica um fator que pode se tornar um problema para seus usuários: as tampas que recobrem os compartimentos formam uma peça única que sai com muita facilidade. Um toque ou esbarrão pode tirar todas as tampas de um dos lados (ou de ambos) do organizador, misturando ou deixando cair todo seu conteúdo.

Figuras 6a, 6b – Organizador de comprimidos transparente verde.



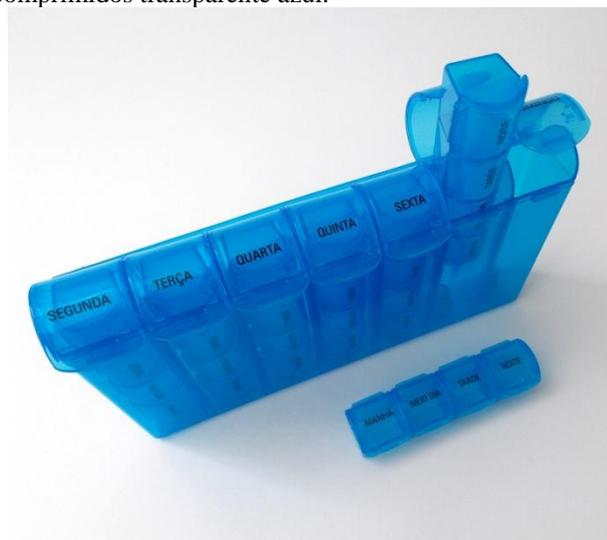
a)

b)

Fonte: Arquivo pessoal.

Os organizadores das figuras 7 e 8 têm formas diferentes, mas algumas semelhanças nos seus projetos. São transparentes, formados por um estojo inteiriço que guarda sete estojos menores, um para cada dia da semana, que são divididos em quatro compartimentos, um para cada período do dia. Os dias e períodos são escritos em braile e impressos na cor preta em português. No organizador da figura 8, os dias são escritos de forma abreviada, mas seu entendimento é claro. Nesse mesmo produto foi observado que os estojos de cada dia saem com muita facilidade, por isso deve-se evitar seu uso em bolsas e mochilas.

Figura 7 – Organizador de comprimidos transparente azul.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 8 – Organizador de comprimidos transparente.



Fonte: Arquivo pessoal.

Alguns organizadores têm lâminas, para fracionar os comprimidos em doses menores, como o exemplo da figura 9. Existem também os cortadores de comprimidos (também chamados de partidores de comprimidos), representado na figura 10, com a única função de partir os medicamentos. Fracionar os comprimidos é um recurso útil para idosos, que comumente precisam de doses menores. Segundo Conti et al. (2007, p. 2), embora seu uso exija certo grau de destreza manual para posicionar o comprimido, esses produtos facilitam o procedimento, promovem maior segurança, aumentam a precisão do corte e reduzem o desperdício do medicamento. Porém, mesmo com o uso dos cortadores, a divisão do comprimido pode proporcionar a desigualdade entre as partes. “Essa desigualdade pode resultar em variação de dose, tornando-a maior ou menor do que o necessário” (CONTI et al., 2007, p. 1). Por isso, os laboratórios farmacêuticos recomendam partir os comprimidos sulcados, “apropriados para partição e essa condição, realmente, aplica-se à sua maioria. Entretanto, recomenda-se que alguns tipos de comprimido não sejam partidos” (CONTI et al., 2007, p. 2). São eles: comprimidos não sulcados, comprimidos espessos ou de formato estranho, comprimidos revestidos, comprimidos de liberação entérica, comprimidos de liberação controlada ou prolongada, comprimidos de estabilidade incerta após a partição (MARRIOTT, NATION, 2002 apud CONTI et al., 2007, p. 2).

Figura 9 – Organizador e cortador de comprimidos.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 10 – Cortador de comprimidos.



Fonte: Arquivo pessoal.

Para distribuir os comprimidos ou cápsulas nos organizadores, é comum tirá-los das suas embalagens primárias originais. Entretanto, é preciso considerar os potenciais problemas decorrentes dessa prática. No artigo “Organizadores e cortadores de comprimidos: riscos e restrições ao uso”, Caroline Ribeiro de Borja-Oliveira apresenta os fatores que podem comprometer a estabilidade, eficácia e segurança dos medicamentos quando expostos ao ambiente. A autora relaciona as características dos produtos farmacêuticos a fatores ambientais (como temperatura, umidade e luz), a fatores associados ao próprio produto (como propriedades físicas e químicas), à forma farmacêutica e às propriedades dos materiais da

embalagem, sendo necessário manter os medicamentos dentro das condições ideais, indicadas pela bula, para garantir sua qualidade. Por exemplo, quando o armazenamento e transporte são modificados, a data da validade também pode sofrer alterações. Medicamentos fotossensíveis (sensíveis à luz) e higroscópicos (sensíveis à umidade do ar) devem ser acondicionados nas embalagens originais especiais de acordo com suas especificidades.

Além de alterar suas características, tirar o medicamento da embalagem original para colocar nos organizadores também antecipa o manuseio do produto, que deveria ser tirado da embalagem apenas ao ser administrado pelo seu usuário (como no caso daqueles que se desintegram na boca, pois ao entrar em contato com as mãos eles se dissolvem facilmente, e daqueles que não devem entrar em contato repetitivo com a pele, pois são absorvidos por ela, trazendo riscos à saúde). Para evitar a exposição do comprimido ou cápsula aos fatores ambientais, Borja-Oliveira (2013, p. 125) sugere:

recortar a porção da cartela (blíster) que envolve o comprimido, sem promover o contato com o ambiente externo à embalagem primária. Para isso, é necessário um organizador cujo espaço do compartimento permita o armazenamento do recorte da cartela.

Porém, como complementa a autora, “esse cuidado não previne o problema da identificação do medicamento, uma vez que as embalagens informam nome do fármaco, concentração, lote, prazo de validade, etc.” (BORJA-OLIVEIRA, 2013, p. 125). Isso significa que, fora da embalagem original, o nome, o laboratório, o lote, a validade são perdidos, o que “eleva as chances de o usuário consumir um produto vencido e de confundir-lo com outro medicamento ou outra dosagem” (BORJA-OLIVEIRA, 2013, p. 125). Usar organizadores é oportuno no caso das embalagens primárias fracionáveis, que tem picotes e permitem a divisão das cartelas e a distribuição individual dos comprimidos nos organizadores ainda dentro da sua embalagem original. Porém, como apresentado na seção 1.2.3, a RDC n. 80/2006 e outros interesses econômicos e políticos limitam o número de embalagens fracionáveis nas farmácias e drogarias brasileiras.

Outro problema dos organizadores refere-se ao armazenamento dos medicamentos. É recomendado proteger o produto do calor e da umidade excessivos, como dito na seção 1.4. Muitas vezes os usuários levam os organizadores em bolsos, bolsas e dentro de automóveis, onde a temperatura e umidade do ambiente são ainda maiores (BORJA-OLIVEIRA, 2013, p. 125). Organizadores transparentes também são considerados uma forma de armazenamento inadequado segundo Margonato, Thomson e Paoliello (2008), pois crianças podem ver seu conteúdo e confundir com balas. É preciso analisar os organizadores também de acordo com sua facilidade de acesso. Uma criança pode não só visualizar os medicamentos, mas pode

conseguir acessá-los de uma forma mais fácil do que se estivessem guardados em sua embalagem original. Em alguns casos, o próprio organizador pode chamar atenção das crianças por ter uma forma fantasia, como no exemplo da figura 11, em que o produto assemelha-se a teclas de um computador.

Figura 11 – Organizador de comprimidos semelhante a um teclado de computador.



Fonte: Arquivo pessoal.

Ciente da possibilidade do organizador ser identificado erroneamente como um artigo para crianças, a empresa distribuidora do produto no Brasil colocou o seguinte aviso na embalagem: “Isto não é um brinquedo”, como demonstra a figura 12.

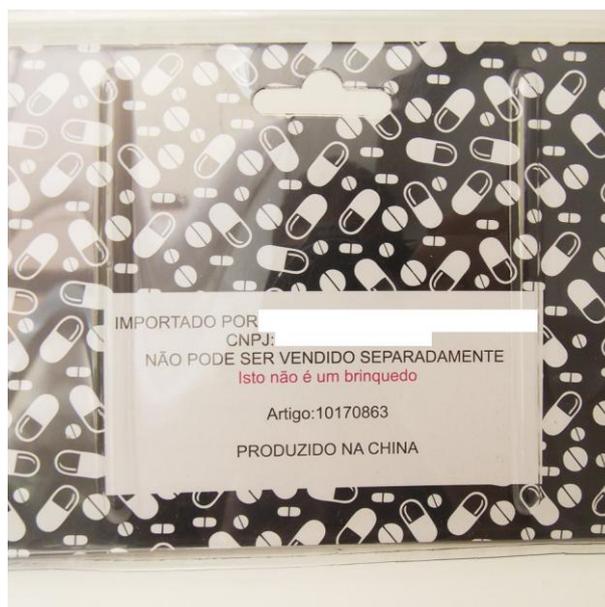
Figuras 12a, 12b, 12c – Embalagem do organizador de comprimidos semelhante a um teclado de computador.



a)



b)



c)

Fonte: Arquivo pessoal.

Independente do medicamento ser mantido na embalagem original ou em organizadores, é preciso estar atento ao seu armazenamento, visto que ainda é o maior agente causador de intoxicação no país, principalmente entre crianças, como apresentado na tabela 2. No caso da figura 11, em que o organizador parece um brinquedo (como o próprio fabricante admite), o risco é ainda maior porque o produto chama a atenção das crianças.

Em relação aos idosos, cada indivíduo tem uma dinâmica de uso de medicamentos própria. Alguns identificam o fármaco pela embalagem ou pelo comprimido, outros precisam visualizar o comprimido no organizador para se lembrar de tomá-lo. Por isso, um dos

parâmetros principais para saber se o uso dos organizadores é válido ou não é autonomia. Se ela aumenta ou é mantida, é um indicativo positivo para o produto, se a dependência aumenta, o organizador deve ser descartado. A autonomia é importante visto que ela é frequentemente associada à qualidade de vida da terceira idade.

As características pessoais dos indivíduos também devem ser consideradas. Se o idoso possui um leve problema cognitivo, o uso de organizadores pode ser oportuno porque todos os comprimidos estão separados por dia e turno, mas se seu grau de comprometimento for intermediário ou avançado, ele precisa de ajuda de outras pessoas.

Ainda, se o idoso não souber ler, os organizadores podem confundir, pois a embalagem original do medicamento é uma forte referência visual que ajuda o indivíduo a identificar cada produto farmacêutico – mas pode ser um problema se as embalagens forem semelhantes. Inclusive, as embalagens e comprimidos também são referência para idosos que sabem ler, visto que eles geralmente não lembram os nomes dos fármacos.

Os organizadores também não contam com símbolos para indicar períodos do dia (café da manhã, manhã, almoço, tarde, jantar, noite, hora de dormir) e dias da semana, solução que poderia ajudar tanto idosos analfabetos quanto aqueles com comprometimento visual. Vale lembrar que, segundo o Censo Demográfico de 2010, o analfabetismo atinge 26,6% das pessoas com 60 anos ou mais no país (IBGE, 2013, p. 15).

Concluindo, as características de alguns organizadores tornam seu uso pouco vantajoso, até problemático: texto com legibilidade baixa, poucas divisões, ser transparente, ser acessível às crianças. Além disso, como determina a RDC n. 80/2006 da ANVISA (BRASIL, 2010, p. 26), o medicamento deve ser mantido na embalagem original e seu rótulo não pode ser removido, para manutenção das características do medicamento e das suas informações mais importantes, o que praticamente inviabiliza o uso de organizadores. Diante disso, a única forma de viabilizar o uso desses artefatos é oferecer organizadores com espaço interno para guardar os comprimidos em suas embalagens primárias fracionadas e o rótulo da embalagem secundária e eliminar os aspectos negativos dos atuais organizadores citados nessa seção. Por fim, é preciso que o número de medicamentos disponíveis em embalagens primárias fracionáveis acompanhe essa mudança, pois ainda são poucos os fármacos disponibilizados nessas embalagens. Mais esclarecimentos sobre o uso de organizadores por idosos serão apresentados na seção 4.2.9 dessa dissertação.

2 O TRATAMENTO COM MEDICAMENTOS NAS RESIDÊNCIAS

2.1 Etapas de utilização dos medicamentos

Como menciona Lima (2012, p. 11), a fase que o paciente entra em contato com medicamentos é dividida em três etapas: **prescrição, dispensação e uso**. Na presente dissertação, o foco é o uso da medicação pelos idosos, porém, as duas etapas anteriores são fundamentais para o paciente (para o seu tratamento ser bem sucedido) e, conseqüentemente, para a pesquisa, pois compreender todo o processo permite identificar quando e onde precisam ser feitas intervenções do design.

2.1.1 Prescrição

A prescrição da farmacoterapia ou de outros cuidados são feitos durante a consulta por um médico ou dentista ou no momento da sua alta hospitalar. Farmacêuticos também podem indicar medicação de venda livre. Os medicamentos são prescritos em resposta às queixas apresentadas pelo paciente ou após análise de exames médicos solicitados anteriormente. Segundo Lima e Moraes (2011, p. 1, 2), o indivíduo recebe a orientação médica de duas formas: verbal e escrita, através da receita. Após o profissional selecionar o tratamento medicamentoso e escrever a receita, ele deve informar o paciente sobre:

(a) os objetivos a curto (ou a longo) prazo do tratamento instituído; (b) como, quando e por quanto tempo deve tomar o medicamento; (c) seus benefícios e riscos (interações medicamento-medicamento ou medicamento-alimento, reações adversas, intoxicações); (d) procedimentos a seguir se surgirem alguns efeitos adversos; (e) como guardar os medicamentos; e (f) o que fazer com as sobras¹¹.

Porém, nem sempre a orientação médica verbal é esclarecedora ou adequada ao perfil do paciente. De acordo com Baos Vicente (1999, p. 46), a escassez de tempo e a falta de sensibilização prévia, desde sua formação, são apontadas como as responsáveis pelo paciente ser pouco informado e consultado sobre os aspectos que interessam à sua própria saúde. Arrais, Barreto e Coelho (2007, p. 934) acrescentam que, “no contexto geral, os médicos não

¹¹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998 apud ARRAIS, 2007, p. 927.

incentivam falas (não perguntam), não introduzem temas (não informam) ou não facilitam temas”. A aparente pressa dos médicos e dentistas e a falta de espaços nas consultas, assim como o baixo nível cultural, a inibição e o medo dos pacientes, fazem com que estes não façam perguntas aos profissionais sobre as questões que envolvem sua saúde, tornando-os expostos aos riscos decorrentes do mau atendimento e da má utilização do medicamento (ARRAIS, 2007, p. 934). Por outro lado, em uma consulta onde o paciente se sente acolhido, à vontade para falar e perguntar, é ouvido com atenção e recebe uma cuidadosa explicação do médico sobre seu problema e o tratamento prescrito, possivelmente ele tem suas dúvidas esclarecidas e sente segurança sobre as indicações médicas, pois foi estabelecida uma relação de confiança entre profissional e paciente. Resumidamente, com as palavras de Pepe e Castro (2000, p. 820), “é a partir deste encontro que o médico vai decidir a necessidade da prescrição e escolher, caso positivo, o melhor medicamento para cada paciente; este vai decidir se seguirá as recomendações feitas de forma integral, parcial ou se não aderirá ao tratamento proposto”.

Essa prescrição de medicamentos é feita por escrito através de receitas, que podem ser manuscritas, impressas ou virtuais. As primeiras ainda são muito comuns nas cidades brasileiras, pois “o custo financeiro é mínimo, mas um dos principais problemas é a incapacidade de entendimento da grafia e a abreviatura de palavras que possibilita erros no uso dos medicamentos” (SANTI, 2016, p. 3). As prescrições ilegíveis persistem mesmo com a publicação de vários documentos sobre o tema.

A legibilidade da prescrição médica e odontológica é obrigatória, de acordo com alguns dispositivos legais, como o Código de Ética Médica¹², o Guia para a boa prescrição médica (OMS, 1998) e legislações brasileiras (Lei n. 5.991/73¹³ e a Portaria n. 344/98¹⁴). As receitas devem ser legíveis e seu conteúdo deve ser claro, pois “tentar deduzir a escrita de um profissional é um exercício arriscado que pode ser causa de erros de medicação podendo gerar danos ao paciente, inclusive, dependendo da medicação e do paciente, até mesmo o seu óbito” (GALATO, 2008, p. 468).

¹² CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/campanha.asp>>. Acesso em: 04 jan. 2017.

¹³ Segundo a Lei n. 5.991/73. BRASIL, 1973. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm>. Acesso em: 02 jan. 2017.

¹⁴ BRASIL. ANVISA, 1998. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/scriptsweb/anvisalegis/VisualizaDocumento.asp?ID=939&Versao=2>>. Acesso em: 04 jan. 2017.

Para evitar as receitas ilegíveis, está em apreciação na Câmara dos Deputados do Brasil o Projeto de Lei n. 3.344/12¹⁵, que propõe que as prescrições médicas e odontológicas sejam digitadas ou processadas por meio eletrônico nas localidades com mais de 200 mil habitantes (alterado para 300 mil habitantes por uma Comissão que analisou o PL) ou quando envolver produtos subsidiados pelo Governo através do Programa Farmácia Popular. Por enquanto, algumas leis estaduais com objetivos semelhantes foram sancionadas no Paraná (Lei n. 13556/02¹⁶, que também prevê letra de forma), no Mato Grosso do Sul (Lei n. 3.629/08¹⁷), no Distrito Federal (Lei n. 4.219/08¹⁸), e outras ainda estão em tramitação, como no estado de São Paulo (Projeto de Lei n. 669/08¹⁹).

Porém, enquanto essa lei não é instituída em todo o país, a dificuldade de entender o conteúdo escrito ainda persiste, levando os pacientes a depender dos atendentes e farmacêuticos para interpretar a receita e adquirir a medicação correta durante a dispensação, e trazendo dificuldades durante o uso dos seus medicamentos.

2.1.2 Dispensação

Segundo a Política Nacional de Medicamentos, a dispensação “é o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado” (BRASIL,

¹⁵ BRASIL, 2012. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=536023>>. Acesso em: 30 dez. 2016.

¹⁶ PARANÁ, 2012. Disponível em: <<http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=3152&indice=1&totalRegistros=1>>. Acesso em: 30 dez. 2016.

¹⁷ MATO GROSSO DO SUL, 2008. Disponível em: <http://www.al.ms.gov.br/DesktopModules/Noticias/ImprimeNoticias.aspx?tabid=185&mid=505&ItemID=29005&ctl=Print&dnnprintmode=true&SkinSrc=%5BG%5DSkins%2F_default%2FNo+Skin&ContainerSrc=%5BG%5DContainers%2F_default%2FNo+Container>. Acesso em: 30 dez. 2016.

¹⁸ DISTRITO FEDERAL, 2008. Disponível em: <http://www.tc.df.gov.br/SINJ/BaixarArquivoNorma.aspx?id_norma=58832>. Acesso em: 30 dez. 2016.

¹⁹ SÃO PAULO, 2008. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=821727>>. Acesso em: 30 dez. 2016.

2001, p. 34) e pode ser realizada apenas em farmácias, drogarias, dispensários de medicamentos, postos de medicamentos e unidades volantes²⁰.

É comum a aquisição dos medicamentos ser efetuada por um atendente, mas, quando solicitado, o farmacêutico deve estar disponível para fazer a dispensação e orientar sobre o Uso Racional do Medicamento (URM), informando sobre a frequência de uso, cumprimento da dosagem, via de administração, cuidados de conservação, horário de uso, interação com outros medicamentos, interação com alimentos e o reconhecimento de reações adversas potenciais²¹, de forma a contribuir para a efetividade do tratamento. Além disso, é recomendado que, “no momento da entrega do medicamento, nesse contexto, o farmacêutico deverá ter o cuidado de confirmar com o comprador o entendimento das informações repassadas” (GALATO et al., 2008, p. 470). Todas as farmácias e drogarias precisam ter um farmacêutico presente no estabelecimento, que é o seu responsável técnico. Na sua ausência, a responsabilidade técnica é do prático de farmácia, oficial de farmácia ou outro, igualmente inscrito no Conselho Regional de Farmácia²².

É atribuição do farmacêutico esclarecer dúvidas que surgem durante a dispensação e reforçar as orientações dadas pelo prescritor, colocando o profissional da farmácia como um importante ator na educação dos pacientes sobre o uso correto dos medicamentos. Várias pesquisas acadêmicas e documentos oficiais confirmam essa questão e tratam da relevância da atividade profissional voltada para a informação e conscientização dos pacientes sobre o uso dos produtos farmacêuticos. Por exemplo, De Andrade et al. (2004, p. 56) cita a importância de estratégias educativas dos pacientes visando à redução dos riscos dos efeitos colaterais ou adversos e de interações medicamentosas através de ações envolvendo o tripé “farmacêutico-consumidor-medicamento”, principalmente entre idosos, que geralmente possuem múltiplas patologias e, por isso, utilizam a polifarmácia. São novos modelos que apontam para um novo caminho na profissão. Uma fala interessante diz que, antes, o farmacêutico era identificado como o “profissional do medicamento”, e hoje ele deve ser conhecido como o “profissional do paciente”, pois suas atividades estão em expansão, visando às necessidades farmacêuticas e de atenção primária dos pacientes (ALANO, 2005, p. 1, 2).

²⁰ Segundo a Lei n. 5.991/73. BRASIL, 1973. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm>. Acesso em 02 jan. 2017.

²¹ BRASIL, 2001, p. 34; BRASIL, 2006, p. 15, 16.

²² Segundo a Lei n. 5.991/73. BRASIL, 1973. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm>. Acesso em 02 jan. 2017.

Entretanto, na prática, essa mudança ainda é pouco sentida nos estabelecimentos. Pereira e Freitas (2008, p. 604) sintetizam a atual situação ao dizerem que “em nosso país, as farmácias perderam seu “status” de estabelecimento de saúde e, hoje, são considerados estabelecimentos comerciais (setor privado) ou depósitos de medicamentos (setor público), afastando o farmacêutico de sua atividade primária”. Não são delegadas maiores responsabilidades aos farmacêuticos que trabalham em farmácias e drogarias. Em parte, segundo Alano (2005, p. 65-70), porque o tempo dedicado a cada paciente é limitado, consequência do fluxo intenso de pessoas, e porque são atribuídas outras funções administrativas ao farmacêutico, como a de gerente. Os serviços oferecidos também são restritos devido à falta de estrutura física dos estabelecimentos. Não há um espaço semiprivado para atendimento individual, seja para a dispensação de medicamentos, seja para atividades simples como aplicar injeções e aferir a pressão (ALANO, 2005, p. 65-70). Alguns autores ainda atribuem a baixa oferta desses serviços à falta de remuneração dos farmacêuticos para executar tais tarefas extras (CIPOLLE, STRAND, MORLEY, 1998 apud ALANO, 2005, p. 76).

Além dessas dificuldades individuais de cada estabelecimento, ainda existe o cenário macro, determinado pela ANVISA, que regula as atividades da profissão. A falta de regulamentação sobre a prestação de novos serviços faz com que o farmacêutico se sinta “muitas vezes, perdido, desamparado e receoso em meio à prestação de um novo serviço, oscilando em suas decisões” (ALANO, 2005, p. 102), como declarou um profissional entrevistado por Graziela Modolon Alano para a sua dissertação sobre serviços farmacêuticos.

Outro fator que têm afastado os farmacêuticos da atividade educativa dos pacientes é a ausência de interação presencial entre os envolvidos. A venda de medicamentos pelo telefone e pela Internet tem aumentado, “atribuindo ao medicamento um lugar de mero bem de consumo e não de instrumento terapêutico” (PEPE, CASTRO, 2000, p. 817). Por atuar em um ambiente altamente competitivo, as farmácias e drogarias apostam nesse tipo de vendas para reduzir gastos com profissionais e permitir a manutenção de preços baixos, que são compensados pelo aumento do volume de vendas. “O resultado disso é, habitualmente, um enfoque centrado mais no produto e no preço do que na prestação dos serviços clínicos, para os quais não existe um incentivo econômico” (CIPOLLE, STRAND, MORLEY, 1998 apud ALANO, 2005, p. 75). A seção 2.3 dessa dissertação complementa as informações sobre dispensação e caracteriza o serviço como parte da Atenção Farmacêutica.

2.1.3 Uso

Finalmente, a terceira etapa é propriamente o uso dos medicamentos pelo paciente.

Para dar início à sua administração, é preciso:

- Compreender a prescrição;
- Identificar o medicamento a ser consumido;
- Entender a posologia com relação à dosagem e apresentação da medicação [...];
- Conhecer e identificar efeitos colaterais e adversos da medicação prescrita e consequências das interações durante o tratamento (LIMA, MORAES, 2011, p. 1).

Algumas necessidades e características pessoais dos usuários tornam o tratamento mais difícil de ser seguido, tais como analfabetismo e comprometimento motor, visual e cognitivo. Já a complexidade da farmacoterapia é um fator externo que se soma às dificuldades encontradas pelo público, pois se refere às instruções que devem ser seguidas pelo paciente durante o tratamento com medicamentos. Entre as instruções estão partir ou triturar o comprimido, dissolver o comprimido ou pó, múltiplas unidades ao mesmo tempo, dose variável, tomar em horário específico, relação com alimento, tomar com líquido específico, tomar conforme indicado, reduzir ou aumentar a dose progressivamente, doses alternadas, além das formas de dosagem e a frequência de dose, que também contam como fatores de complexidade (MELCHORS et al., 2007, p. 215-217).

Nesse contexto, surgiu o *Medication Regimen Complexity Index* (MRCI), que “é um instrumento específico, validado e utilizado para medir a complexidade da farmacoterapia, desenvolvido originalmente em língua inglesa” (MELCHORS et al., 2007, p. 210), posteriormente traduzido e adaptado por uma equipe de pesquisadores brasileiros para o português, sendo chamado de *Índice de Complexidade da Farmacoterapia* (ICFT). Para os autores do estudo em português, “esse instrumento pode ser útil na pesquisa e na prática clínica, na medida em que fornece informações valiosas sobre os elementos que compõem a complexidade da terapia, possibilitando estimativa da facilidade (ou dificuldade) de adesão terapêutica do paciente” (MELCHORS et al., 2007, p. 213). Para o presente trabalho, esse estudo também é útil, pois confirma que certas prescrições médicas (e quais delas) tornam o tratamento mais complicado (e conseqüentemente diminuem a adesão), pois cada uma recebe um peso diferente nesse índice.

2.2 Programas voltados para o medicamento

Diversos programas de promoção da saúde vêm sendo aplicados no Brasil e no mundo para promover o Uso Racional de Medicamentos (URM). A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem trabalhando há décadas, com o objetivo de oferecer qualidade de vida aos usuários de medicamentos.

A prática do URM foi definida em 1985 como quando “os pacientes recebem a medicação adequada às suas necessidades clínicas, na dose correspondente aos seus requisitos individuais, durante um período de tempo adequado e com o menor custo possível para eles e para a comunidade”²³. Em 1989 foi formada a Rede Internacional para o Uso Racional de Medicamentos (International Network for Rational Use of Drugs – INRUD), com o objetivo de “desenvolver, testar e disseminar estratégias para aperfeiçoar como os medicamentos são prescritos, dispensados e usados, com particular ênfase nos recursos de países pobres”²⁴. Para alcançar tais fins, foram criadas doze políticas fundamentais para a promoção do URM no mundo. Uma delas refere-se à educação do público sobre medicamentos, sejam eles receitados por um profissional de saúde ou não, e visa à disseminação do conhecimento básico sobre seus riscos e vantagens, quando e como utilizá-los, para evitar erros no tratamento, que podem levar os pacientes a sentir efeitos adversos e não obter os resultados clínicos esperados (OMS, 2002, p. 5).

Seguindo as iniciativas da OMS, o Ministério da Saúde brasileiro também tem aprovado políticas relacionadas ao uso racional de medicamentos. Em outubro de 1998 foi promulgada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), “considerada o primeiro posicionamento formal e abrangente do governo brasileiro sobre a questão dos medicamentos no contexto da reforma sanitária” (DE OLIVEIRA et al., 2006, p. 2383), que tem como propósito “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (BRASIL, 2001, p. 9). De acordo com a PNM, o Uso Racional de Medicamentos “compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos

²³ OMS, 1985 apud OMS, 2002, p. 1.

²⁴ Disponível em: <<https://sites.google.com/a/msh.org/inrud-archive/?CFID=15164682&CFTOKEN=31244481>>. Acesso em: 14 jan. 2016.

definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade” (BRASIL, 2001, p. 37). O documento ainda indica que, para a promoção do URM, é preciso dedicar atenção “ao processo educativo dos usuários ou consumidores acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, bem como quanto à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados” (BRASIL, 2001, p. 16). A validade das ações educativas sobre o uso e manutenção dos medicamentos armazenados em casa torna-se ainda mais relevante se for considerado o envelhecimento da população brasileira, que, segundo De Andrade et al. (2004, p. 56), “conduz redefinição de práticas em saúde, principalmente para esse grupo específico, dentre as quais, cita-se a prática farmacêutica”.

Em 2004, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que trata de “ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional” (BRASIL, 2004), e aborda as etapas de pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamentos, seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, além daquelas onde há a interação entre o farmacêutico e o usuário de medicamentos, como acompanhamento e avaliação de sua utilização, respeitando as necessidades específicas de cada pessoa (BRASIL, 2004).

2.3 Assistência Farmacêutica e Atenção Farmacêutica

As diretrizes da PNAF correspondem ao conceito de Assistência Farmacêutica, que são os serviços oferecidos pelo serviço público ou privado, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade de vida da população através de atividades relativas ao “acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos” (BRASIL, 2001, p. 34). Segundo a definição discutida no Encontro sobre a Política Nacional de Medicamentos, em 1988, a prática da Assistência Farmacêutica:

envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos²⁵.

Para Pereira e Freitas (2008, p. 605) além de contar com recursos e planejamento, é preciso seguir algumas etapas para oferecer uma Assistência Farmacêutica de qualidade, como a “seleção dos medicamentos, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e utilização dos medicamentos”.

Observando as etapas da Assistência Farmacêutica, “pode-se evidenciar que a Atenção Farmacêutica está presente na etapa final da Assistência Farmacêutica, ou seja, no momento da dispensação e utilização dos medicamentos”²⁶. Enquanto a Assistência Farmacêutica envolve um conjunto amplo de ações, com características multiprofissionais, a Atenção Farmacêutica refere-se a atividades específicas do farmacêutico no âmbito da atenção à saúde (IVAMA et al., 2002, p. 19). A Atenção Farmacêutica é “parte da prática farmacêutica que permite a interação do farmacêutico com o paciente, objetivando o atendimento das suas necessidades relacionadas aos medicamentos”²⁷. Fazendo um paralelo com o Design, ela é o equivalente ao Design Centrado no Usuário, pois o foco deixa de ser o produto, o objeto, e passa a ser o seu usuário, como indicam Pereira e Freitas (2008, p. 603): “é um conceito de prática profissional em que o usuário do medicamento é o mais importante beneficiário das ações do farmacêutico, o centro de sua atenção”.

A diferenciação dos termos Assistência e Atenção Farmacêutica foi discutida durante as oficinas e reuniões realizadas na I Conferência Nacional de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Segundo o relatório gerado a partir desses debates, a Atenção Farmacêutica

é um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde. (IVAMA et al., 2002, p. 19).

²⁵ SCHRAIBER, NEMES, MENDES-GONÇALVES, 1996 apud PEREIRA, FREITAS, 2008, p. 605.

²⁶ PEREIRA e FREITAS, 2008, p. 605.

²⁷ HEPLER e STRAND, 1990 apud PEREIRA e FREITAS, 2008, p. 602.

A construção do conceito de Atenção Farmacêutica é relativamente recente: surgiu em 1975, foi ampliado e adaptado em 1980 e só recebeu essa terminologia no final da mesma década, mas apenas em 1990 o termo “Pharmaceutical Care” foi utilizado na literatura científica (traduzido em nosso país para Atenção Farmacêutica), sendo novamente discutido, aceito e ampliado pela OMS em uma reunião de peritos realizada no Japão, em 1994 (PEREIRA, FREITAS, 2008, p. 602). No Brasil, como dito anteriormente, o conceito foi discutido e delimitado na I Conferência Nacional de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, entre os anos de 2001 e 2002, mas, na prática, no dia a dia, dentro dos estabelecimentos comerciais, dos hospitais, na formação de novos profissionais da área, a Atenção Farmacêutica está nos estágios iniciais.

2.3.1 Exemplos de serviços de Atenção Farmacêutica

No contexto da Atenção Farmacêutica, é esperado do farmacêutico ajudar o prescritor na **dispensação** dos medicamentos, assumindo a “responsabilidade direta na colaboração com outros profissionais de saúde e com os pacientes, para alcançar o resultado terapêutico desejado” (DE ANDRADE, 2004, p. 60). Para ilustrar, serão apresentados a seguir serviços de Atenção Farmacêutica em prática no Japão, na etapa mencionada, com o objetivo de comparar o cenário desse país com o do Brasil, e o potencial de desenvolvimento de serviços farmacêuticos no território nacional.

No Japão, as farmácias que ficam dentro dos hospitais oferecem um serviço de dispensação de medicamentos, com o objetivo de minimizar possíveis erros na administração desses produtos. De acordo com o levantamento realizado para essa dissertação, o paciente apresenta a receita nessas farmácias e recebe do farmacêutico os medicamentos, uma orientação verbal sobre o uso dos mesmos e uma tabela impressa com as principais informações do tratamento digitadas para a administração correta da medicação. Nesse papel também constam fotos de cada medicamento receitado e sua posologia. Dessa forma, a interpretação das recomendações médicas fica bem mais fácil. Os medicamentos são organizados em pequenos envelopes, cada um com o nome da paciente impresso e com a indicação se o uso é interno (escrito em azul) ou externo (escrito em vermelho). As cartelas vêm fracionadas e o paciente recebe a quantidade certa de comprimidos que precisa tomar, sem desperdícios (Figura 13).

Figura 13 – Serviço de dispensação de medicamentos no Japão.



Fonte: <<http://diariosdeumpiquenique.com.br/diarios-de-viagem/intercambio-emergencias>>. Acesso em: 19 dez. 2015.

No Japão, há outro serviço que também auxilia a administração dos medicamentos. Lá, os comprimidos podem ser organizados pelos farmacêuticos em pequenos sacos plásticos com informações sobre o medicamento e suas prescrições médicas, como apresentado nas Figuras 14 e 15.

Figura 14 – Pequenos sacos plásticos sinalizados são usados no Japão para organizar medicamentos.



Fonte: <<http://care-communication.jp/lucam03.html>>. Acesso em: 21 dez. 2015.

Figura 15 – Pequenos sacos plásticos sinalizados são usados no Japão para organizar medicamentos.



Fonte: <<http://konan-pharmacy.com/aboutus>>. Acesso em: 18 dez. 2015.

Os envelopes plásticos podem ser distribuídos nos compartimentos de grandes organizadores verticais de medicamentos (Figura 16), sinalizados por pictogramas e textos qual dia da semana e período do dia que o medicamento deve ser ingerido.

Figura 16 – Medicamentos são colocados em organizadores japoneses sinalizados.



Fonte: <<http://www.marumanpharma.com/1355717889873/>>. Acesso em: 21 dez. 2015.

Os exemplos japoneses demonstram que, de forma simples, problemas muito comuns podem ser resolvidos com projetos centrados nos usuários na etapa de dispensação. Mas a equipe de saúde também pode atuar no acompanhamento do **uso** dos medicamentos pelos pacientes em suas residências, como será visto de forma breve nas citações abaixo. O primeiro exemplo vem da Espanha, em que:

foram adotados alguns procedimentos como: elaboração de ficha de seguimento/acompanhamento farmacoterapêutico, uso da informática como ferramenta para coleta de dados e termo de consentimento por escrito do paciente solicitando a Atenção Farmacêutica²⁸.

Outro vem da província de Quebec, onde:

68% das farmácias possuem o serviço de Atenção Farmacêutica e o profissional tem amparo legal para impedir a dispensação de medicamentos prescritos na receita quando detectar algum problema previsto por lei, como: alergia do paciente ao medicamento, prescrição equivocada, antecedentes de insucesso com o medicamento, interações medicamentosas, erros de dose e utilização excessiva de medicamentos pelo paciente²⁹.

²⁸ MARTÍNEZ-ROMERO, 1996 apud PEREIRA, FREITAS, 2008, p. 607.

²⁹ GARIÉPY, 1997 apud PEREIRA e FREITAS, 2008, p. 607.

Mais um caso com resultados positivos foi apresentado em um estudo realizado:

no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2003, da qual participaram 2985 usuários, [que] demonstrou que 61% dos pacientes apresentaram pelo menos um problema farmacoterapêutico, identificado e solucionado, sendo que 83% mantiveram suas patologias controladas durante o período em estudo. Demonstrou também redução de custos no valor de US\$ 1.134.162,00³⁰

Outro estudo verificou:

a eficácia do Medication Therapy Management (MTM), programa que consiste na troca de informações sobre o acompanhamento farmacoterapêutico, por escrito, entre o farmacêutico e o médico, por meio do paciente, foi avaliado com base na análise de prescrições de 150 pacientes, os quais utilizavam em média 9,3 medicamentos. Com relação ao tratamento farmacoterapêutico, foram realizadas cerca de 659 observações e sugestões, destacando-se: falta de adesão ao tratamento, necessidade de medicamento adicional, fármaco inadequado, medicamento desnecessário, presença de reações adversas, dose subterapêutica e dose elevada. Apesar das recomendações serem pertinentes, os médicos aceitaram apenas 47,4% delas³¹.

Por último,

em estudo retrospectivo realizado em um hospital do norte da Califórnia, foram avaliadas as prescrições de 5473 pacientes portadores de HIV/Aids, nas quais os autores demonstraram a presença de erros de medicação, assim distribuídos: prescrições dispensadas de forma incorreta representaram 9,8/1000 e contra-indicações 9,51/1000. Após implantação de um programa de Atenção Farmacêutica e de um sistema informatizado de análise de prescrições, os erros praticamente desapareceram, otimizando o tempo para que os farmacêuticos possam implementar em programas de adesão ao tratamento e investigação de PRM³².

Esses exemplos demonstram que o acompanhamento dos pacientes permite identificar os Problemas Relacionados a Medicamentos que porventura estejam ocorrendo e evitar que algo pior aconteça, contribuindo para redução dos erros e consequente melhora no tratamento farmacoterapêutico dos indivíduos, além da minimização de custos com internações e outras complicações evitadas por esses serviços.

Ainda sobre custo, vale lembrar que a Atenção Farmacêutica requer investimento financeiro para custear a estrutura física e também profissional multidisciplinar/design necessária para sua realização e a remuneração do farmacêutico. Entretanto, “devem-se conscientizar os gestores que esta atividade reduz custos para o sistema saúde e melhora a qualidade de vida. No setor privado, pode representar o diferencial de atendimento, que contribui para a fidelidade do cliente” (PEREIRA, FREITAS, 2008, p. 609-610).

Agora, para entender melhor o cenário da Atenção Farmacêutica, serão apresentados os Problemas Relacionados a Medicamentos e questões relacionadas a seguir.

³⁰ STRAND et al., 2004 apud PEREIRA, FREITAS, 2008, p. 607.

³¹ DOUCETTE et al., 2005 apud PEREIRA, FREITAS, 2008, p. 608.

³² DELORENZE et al., 2005 apud PEREIRA, FREITAS, 2008, p. 608.

2.4 Os Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) em residências

Desde a década de 1970 vem sendo publicados inúmeros estudos sobre as falhas da farmacoterapia, mas, apenas em 1990, foi publicado por Strand et al. o primeiro artigo que discute conceitualmente o termo “drug-related problems”, traduzido posteriormente para o português como Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM)³³.

Segundo o Fórum sobre Atenção Farmacêutica, realizado na Espanha em 2004, os Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) compreendem as situações que causam ou podem causar o surgimento de um resultado negativo associado à medicação (RNM) durante o uso de medicamentos. Ou seja, os PRMs (elementos do processo) são fatores de risco que aumentam as chances de ocorrer com o paciente um RNM (resultados inadequados ao objetivo da farmacoterapia que interferem na saúde do usuário de medicamentos)³⁴. Essas definições foram corroboradas pelo “Terceiro Consenso de Granada sobre problemas relacionados a medicamentos (PRM) e resultados negativos associados à medicação (RNM)”, realizado em 2007, mantendo a tradição da cidade espanhola que já havia realizado também o “Consenso de Granada” em 1998 e o “Segundo Consenso de Granada” em 2002, convocados pelo Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada, com o objetivo de discutir a definição e classificação dos PRMs.

Entretanto, a terminologia PRM é muito utilizada na literatura científica, mas nem sempre representa o mesmo conceito, como indica a revisão de literatura feita por Fernández-Llimós et al.³⁵ De acordo com o relatório do Terceiro Consenso de Granada, desde a publicação do estudo de Strand et al. em 1990, o debate sobre a adequação e o significado dos Problemas Relacionados a Medicamentos se encontra aberto, e até agora não há uma unidade terminológica, refletindo em uma grande variedade de denominações nos artigos científicos publicados sobre o tema³⁶. Por exemplo, o modelo de Atenção Farmacêutica americano, chamado de Modelo de Minnesota, utiliza o termo Problemas Farmacoterapêuticos, e os define como “qualquer evento indesejável que apresente o paciente, que envolva ou suspeita-se que envolva a farmacoterapia e que interfere de maneira real ou potencialmente em uma

³³ PANEL DE CONSENSO, 2007, p. 6.

³⁴ PANEL DE CONSENSO, 2007, p. 13.

³⁵ 2005 apud PANEL DE CONSENSO, 2007, p. 10.

³⁶ PANEL DE CONSENSO, 2007, p. 6.

evolução desejada do paciente”³⁷. Junto com o Método Dáder (o modelo de Atenção Farmacêutica desenvolvido pelos estudiosos da Universidade de Granada), o Modelo de Minnesota é o mais utilizado por pesquisadores e farmacêuticos no mundo (PEREIRA, FREITAS, 2008, p. 603). Para diferenciar um do outro, é oportuno citar que, segundo Pereira e Freitas (2008, p. 604),

a diferença principal na classificação dos problemas farmacoterapêuticos baseia-se na adesão ao tratamento, pois para o Método Dáder a não aderência ao tratamento é uma causa dos PRM, enquanto para o modelo de Minnesota, a não aderência torna-se um problema farmacoterapêutico.

Porém, se levarmos em consideração os PRMs listados durante o Fórum sobre Atenção Farmacêutica, discutido e confirmado pelo Terceiro Consenso de Granada, temos os seguintes problemas (PANEL DE CONSENSO, 2007, p. 15):

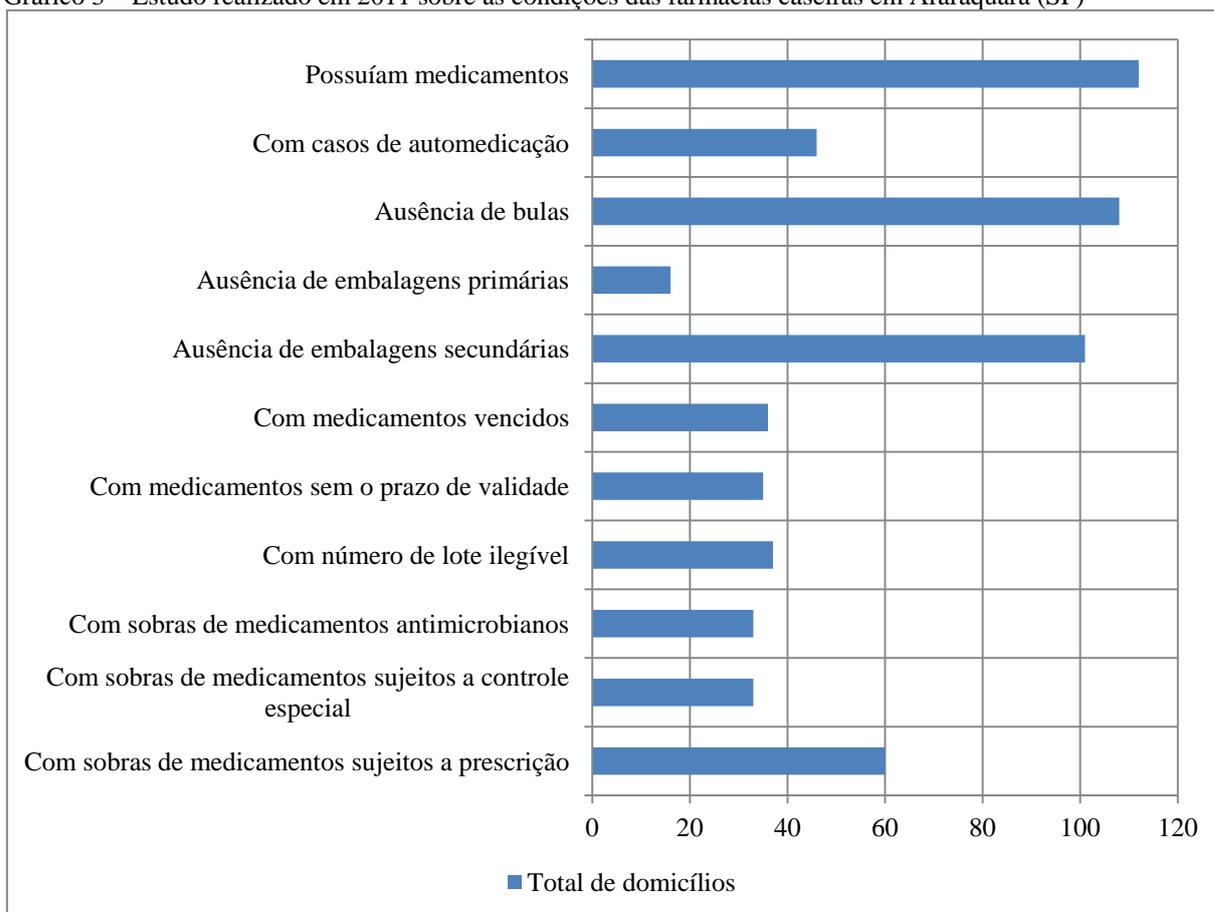
- Administração errada do medicamento;
- Características pessoais;
- Conservação inadequada;
- Contraindicação;
- Dose, posologia e/ ou duração inadequadas;
- Duplicidade;
- Erros de dispensação;
- Erros de prescrição;
- Não cumprimento;
- Interações;
- Outros problemas de saúde que afetam o tratamento;
- Probabilidade de reações adversas;
- Problemas de saúde tratados insuficientemente;
- Outros.

A frequência com que alguns desses erros ocorrem pode ser demonstrada no estudo de Mastroianni (2012), realizado no município de Araraquara, no estado de São Paulo, em domicílios cadastrados em uma das dez unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A coleta de dados para essa pesquisa foi realizada por meio de entrevistas através de um formulário semiestruturado durante o primeiro semestre de 2011. Dos 118 domicílios pesquisados, 112 possuíam medicamentos, sendo que em 46 domicílios o entrevistado admitiu a automedicação; em 108 foi verificada a ausência de bulas; em 16, a ausência de

³⁷ CIPOLLE, STRAND, MORLEY, 2000 apud PEREIRA, FREITAS, 2008, p. 603-604.

embalagens primárias; em 101, a ausência de embalagens secundárias; em 36, medicamentos vencidos; em 35, medicamentos sem o prazo de validade; em 37, com o lote ilegível; em 33, com sobras de antimicrobianos; em 33, com sobras de medicamentos sujeitos a controle especial e em 60, com sobras de medicamentos sujeitos a prescrição, mas não sujeitos a controle especial. Os dados dessa pesquisa são apresentados a seguir:

Gráfico 3 – Estudo realizado em 2011 sobre as condições das farmácias caseiras em Araraquara (SP)



Fonte: Mastroianni, 2012 (adaptado).

Por causa desse desencontro de nomenclaturas e conceitos, Fernández-Llimós et al. (2005) cunhou o termo Resultados Negativos associados à Medicação (RNM) “para se referir especificamente aos resultados clínicos negativos associados ao uso de medicamentos” (PANEL DE CONSENSO, 2007, p. 11). Como exemplo, o documento cita os efeitos colaterais, as reações adversas e outros efeitos não desejados dos medicamentos, como RNM. O Terceiro Consenso de Granada propôs uma classificação para os RNMs em função dos

requisitos que todo medicamento deve ter para ser utilizado: necessidade, eficácia e segurança³⁸, que será explicada a seguir.

Tabela 5 – Classificação dos Resultados Negativos associados à Medicação (RNM) segundo o Terceiro Consenso de Granada (2007).

Requisito	Causa	Características
Necessidade	Problema de saúde não tratado	O paciente sofre um problema de saúde associado a não receber uma medicação que necessita.
	Efeito de medicamento desnecessário	O paciente sofre um problema de saúde associado a receber um medicamento que não necessita.
Eficácia	Ineficácia não quantitativa	O paciente sofre um problema de saúde associado a uma ineficácia não quantitativa da medicação.
	Ineficácia quantitativa	O paciente sofre um problema de saúde associado a uma ineficácia quantitativa da medicação.
Segurança	Insegurança não quantitativa	O paciente sofre um problema de saúde associado a uma insegurança não quantitativa da medicação.
	Insegurança quantitativa	O paciente sofre um problema de saúde associado a uma insegurança quantitativa da medicação.

Fonte: Panel de Consenso, 2007, p. 15 (adaptado).

O tratamento com medicamentos é um tema extremamente delicado, pois os problemas podem ocorrer por inúmeras razões. No trecho a seguir, CHAIMOWICZ (1997) sintetiza uma parte do que será aprofundado na seção 4.2, em que geriatras falam dos principais fatores que devem ser observados ao prescrever medicamentos a idosos:

A abundância de diagnósticos incorretos ou mesmo corretos não raro provoca outros problemas comuns em pacientes idosos como o uso inadequado de drogas e a polifarmácia. A prescrição do idoso deve considerar, além das peculiaridades da farmacocinética e farmacodinâmica desta faixa etária, o custo e as dificuldades em se obter aderência ao tratamento. São exemplos os déficits de memória e as dificuldades para distinguir e manipular diversos comprimidos por pacientes com distúrbios visuais ou osteoartrite. Se o uso (mesmo correto) de múltiplas drogas em idosos aumenta a incidência de efeitos colaterais e interações medicamentosas, o uso inadequado freqüentemente provoca complicações graves. (CHAIMOWICZ, 1997, p. 191)

Diante dessas explicações, percebe-se que os PRMs podem se relacionar a fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente: abrangem características e ações do paciente, do médico prescritor, do farmacêutico dispensador, além das propriedades e cuidados pertinentes ao próprio medicamento, levando a ocorrências de RNMs. O cenário no qual todos esses atores

³⁸ PANEL DE CONSENSO, 2007, p. 15.

estão inseridos, do ponto de vista político, social, econômico, também se reflete na qualidade do atendimento e nos produtos que o indivíduo recebe, contribuindo para que os Resultados Negativos associados à Medicação ocorram ou não. Vale acrescentar que os PRMs podem ocorrer nas três etapas de uso dos medicamentos: prescrição, dispensação e uso, o que indica que os esforços não devem ficar concentrados em um determinado contexto. Por isso, a lista dos principais dos PRMs elaborada durante o Terceiro Consenso de Granada ajuda a entender quais questões devem ser observadas para minimizar tais erros, o que será abordado no Capítulo 5 dessa dissertação.

3 A TERCEIRA IDADE

Tratar desta fase da vida é uma tarefa longa e complexa, que pode envolver várias abordagens. Para não perder o foco nos objetivos desta pesquisa, será apresentado de forma breve o resultado da revisão bibliográfica sobre o envelhecimento da população mundial e brasileira, com ênfase nos temas relacionados à dissertação.

3.1 Definição

Pessoas com idade mais avançada são identificadas na língua portuguesa por diferentes termos. Alguns, porém, têm um sentido associado à debilidade, como velho, senil e ancião. Devido às diversas mudanças na nossa sociedade, eles estão sendo substituídos por idoso, assim como velhice está sendo substituída por terceira idade. As definições de idoso encontradas em diferentes dicionários são semelhantes. De acordo com o Minidicionário Luft (1990, p. 300), idoso é aquele “que tem muita idade; velho”. A expressão terceira idade foi concebida pelo gerontologista francês Huet (GOLDMAN, 2000, p. 13), e sua origem vem d’As universidades da Terceira Idade (*Les universités du Troisième Age*) (VERAS, 1994, p.26). A criação dessa categoria na década de 1960 expressa uma mudança da antiga ideia de velhice associada à miséria, doença e decadência para “uma emergente realidade da velhice, ligada a um novo tempo e lazer” (NUNES, 2000, p. 97).

O conceito de terceira idade não é exato, pois vários fatores influenciam no envelhecimento de uma pessoa. De acordo com Pelosi (2000, p. 139), “a questão da velhice envolve múltiplas abordagens: biológica, cronológica, psicológica, política, demográfica, ideológica, religiosa, filosófica, econômica, financeira, entre outras”. O passar do tempo é sentido pelas pessoas de diferentes formas, e a entrada na terceira idade não é balizada por um marco. Por exemplo, Alves Junior (2000, p. 109) mostra que grande parte da população sofre envelhecimento precoce devido ao trabalho exercido durante anos. Kalache et al. (1987, p. 209) acrescentam que “em decorrência das precárias condições de vida nos países subdesenvolvidos, o envelhecimento funcional precede o cronológico e muitas vezes é bastante precoce”. Para Beauvoir (1990, p. 40), “a idade cronológica e a idade biológica estão longe de coincidir sempre [...] [a idade] não pesa da mesma maneira sobre todos os ombros”.

Entretanto, a fim de facilitar o entendimento geral e o estabelecimento de uma faixa para essa parcela da população requerer alguns direitos, é comum estabelecer uma abordagem cronológica para o começo da terceira idade.

Alguns documentos estabelecem como idosos aqueles com 60 anos ou mais: a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu em 1984, assim como o Brasil em 1994, com a lei 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, corroborada em 1999 pela Política Nacional de Saúde do Idoso (VERAS, 2002b, p.165).

Em seu trabalho, Veras (1994, p. 26) estabeleceu três subfaixas etárias de idosos, conforme apresentado:

- de 60 a 69 anos, ‘jovens idosos’;
- de 70 a 79 anos, ‘meio-idosos’;
- 80 anos ou mais, ‘idosos velhos’, ou ainda, ‘quarta idade’ como está sendo chamada na França.

Pode-se chamar de “barreira artificial” quando se considera a idade para agrupar indivíduos em faixas etárias, inclusive a que marca a entrada na terceira idade. Esse trabalho irá seguir o marco dos 60 anos estabelecido pela OMS e pela Política Nacional do Idoso quando usar os termos “idoso”, “terceira idade” e “velhice”. Porém, vale lembrar que as observações e resultados apresentados nessa dissertação podem ser replicados a outras faixas etárias, visto que não é apenas o idoso que requer cuidados médicos e se submete a tratamento medicamentoso.

3.2 O envelhecimento da população mundial e do Brasil

O aumento da expectativa de vida da população é uma realidade em diversos países, inclusive entre os brasileiros. De acordo com projeções da OMS, “até [o ano de] 2050, o número de pessoas com 60 anos ou mais chegará a 2 bilhões, mais que o dobro dos 900 milhões de indivíduos nessa faixa etária registrados em 2015. Os idosos representarão um quinto da população do planeta”³⁹. No Brasil, segundo o IBGE, serão mais de 66 milhões de

³⁹ Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-cobra-melhorias-no-atendimento-aos-idosos/>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

idosos, o que representa aproximadamente 29% da população estimada para o ano de 2050⁴⁰. Além do rápido envelhecimento da população, nota-se a redução do número de jovens, promovendo a chamada transição demográfica.

O número de jovens está diminuindo pela queda da média mundial da taxa de fecundidade, que representa o número médio de filhos por mulher até o fim de seu período reprodutivo. No Brasil, esse processo começou a se acentuar em algumas regiões mais desenvolvidas na década de 1960, e em outras regiões, tanto urbanas quanto rurais, na década de 1970 (CHAIMOWICZ, 1997, p. 186). Segundo Chaimowicz (1997, p. 186), “a taxa de fecundidade total caiu de 5,8 para 2,7 filhos por mulher, entre 1970 e 1991”. Em 2000, segundo o Censo do IBGE, o número médio de filhos nascidos vivos por mulher ao final de seu período fértil foi de 2,38 filhos, enquanto que, em 2010, foi de 1,85 filhos⁴¹, levando ao estreitamento progressivo da base da pirâmide populacional.

Outro fator capaz de alterar a configuração da população de determinado local é a migração, geralmente de áreas rurais e menos desenvolvidas para grandes centros urbanos, como São Paulo e Rio de Janeiro, comumente realizada pela população mais jovem em busca de melhores condições de vida e oportunidades. As migrações mudam a configuração etária da população do interior, fazendo com que ela tenha uma proporção maior de indivíduos idosos, enquanto alguns centros urbanos (que recebem os jovens) tenham uma proporção de idosos menor do que em outras regiões (CHAIMOWICZ, 1997, p. 193).

Além da queda do número de nascimentos e da migração, outro fenômeno contribuiu para a transição demográfica: a transição epidemiológica, representada pela redução de mortes por doenças infectocontagiosas. No Brasil, nas primeiras décadas do século XX, a queda da mortalidade foi determinada pelas “políticas urbanas de saúde pública como a vacinação, higiene pública e outras campanhas sanitárias, e a partir da década de 40 pela ampliação e desenvolvimento tecnológico da atenção médica na rede pública” (CHAIMOWICZ, 1997, p. 188). Por outro lado, há um aumento significativo no número de doenças crônicas, que acometem mais os idosos, como será visto no item 3.5.

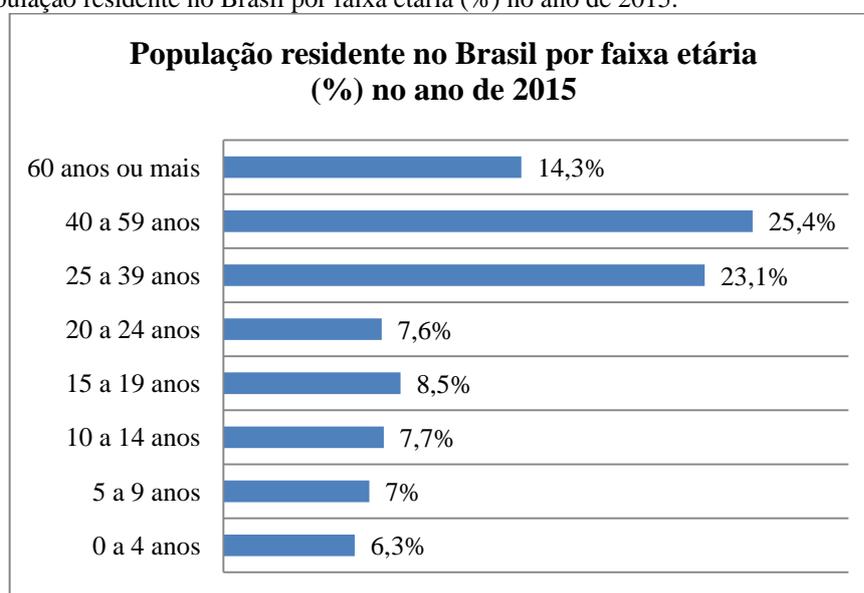
⁴⁰ Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?&t=resultados>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

⁴¹ Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/2013-agencia-de-noticias/releases/14123-asi-censo-2010-pais-tem-declinio-de-fecundidade-e-migracao-e-aumentos-na-escolarizacao-ocupacao-e-posse-de-bens-duraveis.html>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

3.3 Dados demográficos do idoso brasileiro

Após apresentar o fenômeno da transição demográfica e suas causas, é importante exibir em números a proporção de idosos no Brasil em relação às outras faixas etárias. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/ IBGE) de 2015, a porcentagem dos indivíduos acima dos 60 anos chegou a 14,3% do total de residentes no Brasil naquele ano⁴².

Gráfico 4 – População residente no Brasil por faixa etária (%) no ano de 2015.



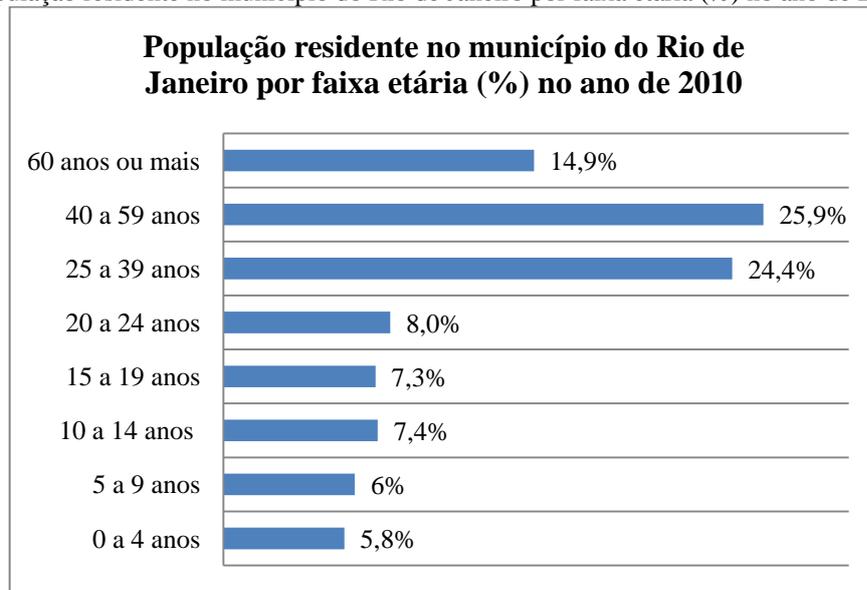
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2014-2015 (adaptado).

Considerando apenas a população residente do município do Rio de Janeiro, nota-se que a proporção das faixas etárias não se alterou muito em relação à média brasileira. De acordo com o Censo do IBGE do ano de 2010⁴³, a população residente na cidade atingiu o número de 6.320.446 pessoas; desse total, 940.851 têm 60 anos ou mais, ou seja, 14,9% dos moradores da cidade são idosos, como mostra o gráfico 5.

⁴² Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2015/sintese_defaultxls.shtm>. Acesso em: 24 fev. 2017.

⁴³ Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=33#topo_piramide>. Acesso em: 24 fev. 2017.

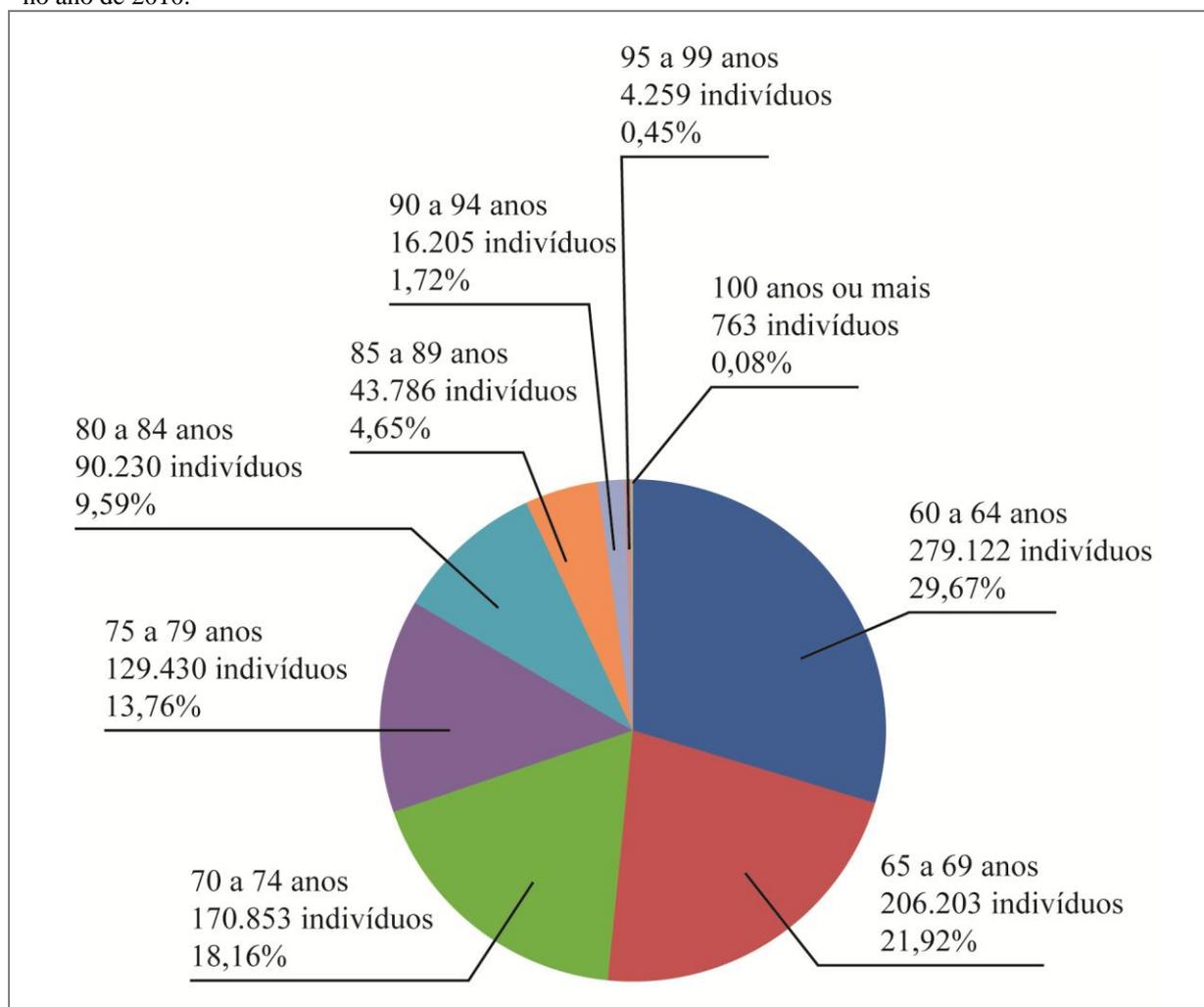
Gráfico 5 – População residente no município do Rio de Janeiro por faixa etária (%) no ano de 2010.



Fonte: IBGE, CENSO 2010 (adaptado).

Do total dos residentes acima dos 60 anos do município do Rio de Janeiro (940.851), temos as seguintes porcentagens entre os intervalos de idade.

Gráfico 6 – População com 60 anos ou mais residente no município do Rio de Janeiro por faixa etária no ano de 2010.



Fonte: IBGE, CENSO 2010 (adaptado).

Através desses dados, conclui-se que o Brasil é um país envelhecido, pois, segundo a OMS, “um país pode ser considerado estruturalmente envelhecido quando sua taxa de idosos, ou seja, com mais de 60 anos para países em desenvolvimento e acima de 65 anos, para países desenvolvidos, ultrapassa 7% da população total” (VICTOR et al., 2009, p. 50).

3.4 O nível de escolaridade dos idosos brasileiros

Entre os idosos brasileiros se encontra o maior índice de analfabetismo em comparação às outras faixas etárias. Como aponta o Censo Demográfico de 2010, na faixa etária de 15 a 29 anos, 3% da população brasileira não sabe ler e escrever; na de 30 a 59 anos,

9,5%. Entretanto, entre os idosos (60 anos ou mais), o analfabetismo atinge 26,6% dessa parcela da população no país⁴⁴.

Mesmo entre os que têm algum grau de instrução, a escolaridade dos idosos no Brasil é considerada baixa. Novamente, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/ IBGE) de 2015⁴⁵, a média nacional de anos de estudo dos idosos é de 5 anos, enquanto a média total do Brasil é de 7,8 anos. Nas regiões Norte e Nordeste a média de anos de estudo dos idosos é ainda mais baixa: 3,9 e 3,5 anos de estudo respectivamente.

Tabela 6 – Número médio de anos de estudo de pessoas com 10 anos ou mais de idade (2015).

Grupos de idade	Número médio de anos de estudo de pessoas com 10 anos ou mais de idade (2015)					
	Brasil	Grandes Regiões				
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
10 a 14 anos	4,3	4,1	4,1	4,5	4,5	4,4
15 a 17 anos	7,8	7,3	7,4	8,1	8,1	8,0
18 ou 19 anos	9,4	8,9	8,9	9,8	9,7	9,6
20 a 24 anos	10,2	9,6	9,5	10,6	10,4	10,6
25 a 29 anos	10,3	9,5	9,2	10,9	10,8	10,8
30 a 39 anos	9,5	8,8	8,2	10,2	10,0	9,9
40 a 49 anos	8,4	7,8	7,0	9,1	8,9	9,0
50 a 59 anos	7,3	6,3	5,7	8,2	7,7	7,6
60 anos ou mais	5,0	3,9	3,5	5,8	5,3	5,0
Total	7,8	7,3	6,7	8,5	8,2	8,3

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2014-2015 (adaptado).

Através desses dados, nota-se uma redução do percentual de analfabetismo entre as faixas etárias abaixo dos 60 anos e um aumento dos anos de estudo entre os mais jovens. Isso significa que, futuramente, os indivíduos que se tornarão idosos serão alfabetizados e com grau de instrução maior, sofrendo menos com os problemas relacionados à baixa escolaridade.

No cenário ideal, toda a população deveria ser alfabetizada e receber uma formação qualificada, que desenvolvesse cidadãos **não só** aptos para o mercado de trabalho, mas também **pensantes, questionadores e ativos na sociedade**, com acesso a importantes áreas do conhecimento. Entretanto, no cenário real, ainda persistem ataques ao ensino e também aos direitos mais básicos da população brasileira, em que as camadas mais vulneráveis da população são as que mais sofrem, entre elas, os idosos.

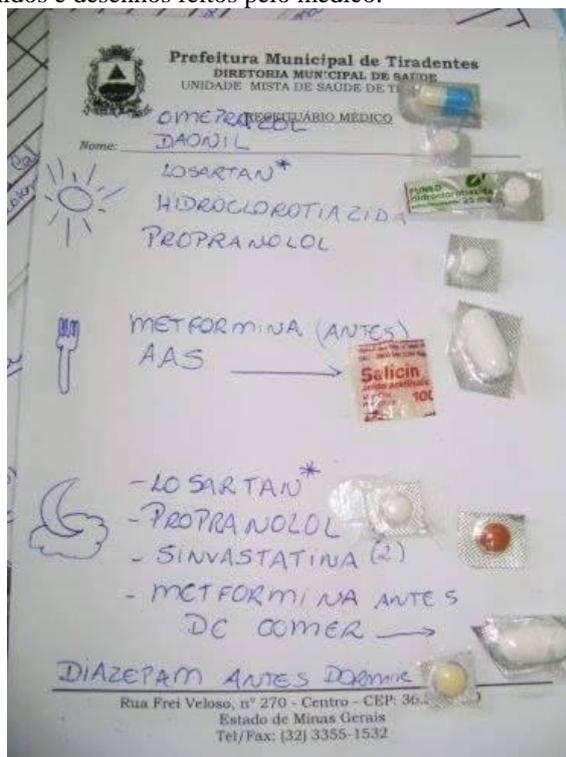
⁴⁴ IBGE, 2013, p. 15. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>>.

⁴⁵ Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2015/sintese_defaultxls.shtm>.
Acesso em: 24 fev. 2017.

Como observam Flemming e Goetten (2005, p. 124), “a escolaridade é um fator importante quando pensamos nos cuidados que devemos ter com os medicamentos”. Fernandes (2013, p. 20) acrescenta que “no momento da prescrição, é preciso que o profissional leve em conta a idade, a situação socioeconômica, a escolaridade e a carga de doenças, evitando número excessivo de medicamentos”. Como será visto no Capítulo 4, uma das principais observações das entrevistas com geriatras foi o abandono do tratamento medicamentoso por idosos analfabetos quando eles precisavam tomar três ou mais medicamentos, pois, “devido ao baixo nível de escolaridade os idosos possuem grandes dificuldades em ler e interpretar as informações sobre os medicamentos que devem tomar” (FLEMMING, GOETTEN, 2005, p. 124).

Frente a essa situação, alguns médicos e farmacêuticos improvisam formas de transmitir as informações sobre o tratamento medicamentoso usando recursos visuais, como desenhos e os próprios medicamentos, como no exemplo abaixo.

Figura 17 – Receita com comprimidos e desenhos feitos pelo médico.



Fonte: Gerontologia Social - PUC-SP. Reprodução Facebook⁴⁶.

São alternativas criativas e de muita valia para idosos, principalmente entre aqueles que não sabem ler ou não entendem as receitas, mas as ações desses profissionais são atitudes

⁴⁶ Disponível em:

<<https://www.facebook.com/GerontologiaSocialPucSp/photos/a.432313483540749.1073741827.357229307715834/773145742790853/?type=3&theater>>. Acesso em: 25 fev. 2017.

individuais feitas porque eles têm uma preocupação com os pacientes que vai além da sua obrigação. Se, porventura, um idoso analfabeto não se consultar com um médico com esse perfil ou receber os medicamentos de um farmacêutico que faça algo semelhante, provavelmente ele terá dificuldades em seguir o tratamento. Por isso, é importante regulamentar e disponibilizar produtos e serviços de atenção farmacêutica que possibilitem a autonomia da população idosa, inclusive a não alfabetizada.

Uma opção potencialmente benéfica para essa parcela da população é a adoção mais ampla de pictogramas em embalagens, receitas médicas, bulas e outros produtos farmacêuticos. Para Galato et al. (2006, p. 132), esse é um importante instrumento capaz de auxiliar no Uso Racional de Medicamentos, tanto que “a *United States Pharmacopeia Convention* desenvolveu e padronizou um conjunto de 81 pictogramas com o objetivo de instruir os pacientes sobre as condições de administração e cuidados na utilização de medicamentos” (GALATO et al., 2006, p.132). Porém, os pictogramas não devem substituir a comunicação escrita e verbal, e sim serem usados como uma ferramenta auxiliar a elas. Para Galato et al. (2006, p. 132)

como podem amplificar o significado da língua falada, [os pictogramas] servem como um sistema suplementar de comunicação visual, ao qual o Farmacêutico, e outros profissionais da saúde, pode recorrer para disponibilizar ao paciente as informações mais importantes acerca do tratamento farmacológico.

Além dos pictogramas, outros recursos visuais também podem ajudar nesse contexto, como as cores. Elas podem ser usadas de forma a facilitar a identificação de produtos ou serem associadas a horários, instruções de uso, etc. Para Carrol (1991 apud FLEMMING, GOETTEN, 2005, p. 127):

as cores quentes, laranja, amarelo e vermelho são melhor percebidas pela pessoa idosa, e vale aderi-las em frascos de medicações para que não haja confusão no momento de ingeri-las. Assim, pode-se criar um hábito na pessoa idosa, onde ela saberá que, por exemplo: o medicamento do frasco laranja é pra ser tomado pela manhã, do frasco amarelo a tarde e assim por diante.

Durante a prescrição, para Andres et al. (2014, p. 3), “o uso de pictogramas, cores e textos pode reforçar a comunicação e a compreensão do paciente”, o que favorece o entendimento dos idosos, pois a orientação para essa parcela da população “deve ser simples e de fácil compreensão, considerando sempre o nível de escolaridade e socioeconômico do idoso e sua capacidade cognitiva, dando preferência para utilização de material ilustrativo e autoexplicativo” (VARALLO et al., 2011 apud MASTROIANNI, 2012, p. 15). Pelas razões apresentadas, conclui-se que nas três etapas, de prescrição, dispensação e uso, tais recursos visuais podem ser úteis, não só para idosos não alfabetizados, mas para os outros perfis da terceira idade e até de outras faixas etárias.

3.5 Mudanças decorrentes do envelhecimento

Elencar todas as mudanças que podem ocorrer com a saúde física, mental e social de uma pessoa que está envelhecendo é uma tarefa complexa e que foge do escopo dessa pesquisa. De um lado, é importante trazer quais são os fatores que limitam as capacidades de uma pessoa e quais são as suas consequências na rotina do idoso. Porém, esses fatores são muitos e eles afetam cada pessoa de uma forma diferente. Vale citar o que Simone de Beauvoir observa em seu livro “A Velhice”: “não basta, portanto, descrever de maneira analítica os diversos aspectos da velhice: cada um deles reage sobre todos os outros e é afetado por eles” (BEAUVOIR, 1990, p. 16). Por esse motivo, será apresentado um panorama geral dos elementos que envolvem a saúde dos idosos, a importância da autonomia e a convivência com doenças crônicas nessa fase da vida.

A saúde de um indivíduo está relacionada a várias questões, que conversam entre si e proporcionam um quadro de bem-estar maior ou menor. Beauvoir (1990, p. 15) adverte que “é abstrato considerar em separado os dados fisiológicos e os fatos psicológicos: eles se impõem mutuamente”. Por isso que, ao dar um diagnóstico, é recomendado que o médico faça “uma análise do indivíduo não apenas física, mas também psíquica e social” (NASCIMENTO et al., 2000, p. 135). É através de uma abordagem interdisciplinar que são observados os fatores de risco na qual o paciente está exposto, deslocando “a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades” (BRASIL, 2010, p. 13). Assim, a partir da avaliação holística do idoso, é possível “manter a capacidade funcional do indivíduo, de forma que esse permaneça autônomo e independente pelo maior tempo possível” (COSTA et al., 2006, p. 44).

Segundo Nascimento et al. (2000, p. 127), “o nível de qualidade de vida está diretamente relacionado à saúde física, mental e social do indivíduo”, e ele pode ser afetado pelos chamados fatores de interferência. Para o autor, os fatores entre os idosos são:

(...) a diminuição da condição funcional; a queda do nível de renda com a aposentadoria; a falta de suporte familiar; o sentimento de inutilidade; a falta de oportunidades; os preconceitos relativos à sexualidade; o desconhecimento do processo de envelhecimento e consequente medo da morte; a perda de entes queridos e, com ela, a perda de referência com o mundo do ‘seu tempo’; o isolamento; um estilo de vida inadequado; a perda do status profissional e social; a diminuição das opções de lazer; a perda da capacidade de competir em igualdade de condições com os mais jovens; o avanço tecnológico que gera barreiras culturais e técnicas; a dificuldade de acesso a novas informações e a falta de recursos para atender às suas necessidades, além de um ambiente físico-arquitetônico incompatível afetam seu bem-estar (NASCIMENTO et al., 2000, p. 127).

Embora a maioria das condições citadas não esteja relacionada diretamente a questões físicas, todas têm potencial de afetar o quadro clínico do idoso. O ambiente que o idoso está inserido e o seu psicológico exercem grande influência nesse aspecto, pois, ao se sentirem inúteis e incapazes, os mais velhos têm o moral abalado, repercutindo em outros aspectos da sua saúde. Chaimowicz (1997, p. 191) vai além ao dizer que “as questões da capacidade funcional e autonomia do idoso podem ser mais importantes que a própria questão da morbidade, pois se relacionam diretamente à qualidade de vida”. Para Nascimento et al. (2000, p. 126), o grau de independência e autonomia é um dos indicadores mais representativos do nível de qualidade de vida do idoso.

Para ilustrar esse debate, pode-se citar o valor do autocuidado para a vida dos idosos através da realização das “Atividades da Vida Diária” (AVDs), que “são as tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si, tais como: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, comer, passar da cama para a cadeira, mover-se na cama e ter continências urinária e fecal”⁴⁷, e das “Atividades Instrumentais de Vida Diária” (AIVDs), que “são as habilidades do idoso para administrar o ambiente em que vive e inclui as seguintes ações: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, **tomar medicações**, fazer compras e utilizar os meios de transporte”⁴⁸(grifo nosso). São ações cotidianas, passíveis de serem feitas de forma independente por aqueles em boas condições de saúde. Já a perda parcial ou total do controle do autocuidado pode abalar a autoestima do indivíduo e, como visto, levar à piora da sua saúde física.

Por isso, é importante oferecer condições para a população mais velha manter o próprio cuidado. Quando possível, é preciso evitar o assistencialismo, que “favorece a passividade do idoso diante de seu processo. A melhor maneira de assisti-lo seria lhe proporcionando meios que possibilitem sua participação ativa” (NASCIMENTO et al., 2000, p. 135). É importante pensar em formas de manter a “máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível. Isto significa a valorização da autonomia ou autodeterminação e a conservação da independência física e mental do idoso” (VERAS et al., 2002a, p. 22). Para Nascimento et al. (2000, p. 130), um dos fatores que colaboram para a manutenção da saúde do idoso é a ampliação da “oferta de serviços, tais como programas de orientação para o auto-cuidado e auto-vigilância (alimentação, sexualidade, stress, saúde oral,

⁴⁷ COSTA et al., 2001 apud COSTA et al., 2006, p. 44.

⁴⁸ COSTA et al., 2001 apud COSTA et al., 2006, p. 44.

etc.)”. Entre os exemplos acima, é válido adicionar os serviços de atenção farmacêutica, que contribuem para a autonomia da população envelhecida na administração de sua medicação.

Os idosos, em geral, aderem a tratamentos farmacológicos contínuos com um número cada vez mais alto de medicamentos devido ao acúmulo de doenças crônicas, como indica Chaimowicz et al. (2013, p. 61). A idade mais avançada é um dos fatores que favorecem o aparecimento, especificamente, de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Fazem parte desse grupo as doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes. Ao contrário das doenças agudas, que em questão de dias ou semanas elas se extinguem, seja em virtude da morte do paciente ou da sua cura, as doenças crônicas são de longa duração e seu portador deve aprender a lidar e conviver com elas. Em alguns casos, a DCNT pode impor limitações e dependência; em outros, “não implica que o idoso não possa gerir sua própria vida e encaminhar o seu dia a dia de forma totalmente independente” (VERAS et al., 2002a, p. 22). Nas duas situações, a autonomia deve ser incentivada, respeitando as necessidades de cada paciente. Para Lima e Moraes (2013, p. 175), a autoadministração é “característica essencial do tratamento das enfermidades crônicas”. Malta e Meryw (2010, p. 250) acrescentam que “outro elemento-chave consiste em fortalecer a capacidade de o usuário cuidar de si, o que vai muito além de um simples autocuidado protocolado dos portadores de DCNT, estimulando seu empoderamento, suas escolhas, suas opções”. Os autores completam seguindo o que foi dito anteriormente nessa seção: “sua autonomia é fundamental para fortalecer suas escolhas responsáveis, a sua qualidade de vida” (MALTA, MERYW, 2010, p. 250).

4 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

Como forma de coletar dados para o presente trabalho, além da **pesquisa bibliográfica**, foi utilizada a **pesquisa exploratória**, para ter uma ideia geral do problema enfrentado diariamente por usuários de medicamentos, e a **entrevista semiestruturada**, escolhida devido à oportunidade de aprofundar o conhecimento através da interação do pesquisador com quem vivencia a maioria das situações apresentadas na pesquisa, permitindo ao entrevistado relatar suas experiências e opiniões de forma mais livre, enriquecendo a pesquisa com informações ainda não documentadas, ou seja, que não constam em fontes bibliográficas.

4.1 Pesquisa exploratória com usuários de medicamentos

Embora o Ministério da Saúde junto com a ANVISA publiquem resoluções com o objetivo de garantir o Uso Racional de Medicamentos e evitar problemas com os mesmos, ainda assim é comum observar pessoas com dificuldades em prosseguir um tratamento com medicamentos. Como dito ao longo dessa pesquisa, são inúmeros os fatores vivenciados pelo público que podem dificultar a tarefa.

No Brasil ainda são escassos os recursos que facilitam a tarefa de organizar e lembrar informações sobre o uso da medicação. Para realizar o tratamento sem erros, observa-se que os usuários improvisam maneiras de visualizar rapidamente dados na própria embalagem, transformando-as em suporte para as informações mais relevantes. O uso de recursos improvisados na administração de medicamentos no Brasil demonstra que há um vazio na oferta de produtos e serviços que auxiliam nessa tarefa, ao contrário do Japão, que oferece alternativas como as apresentadas na seção 2.3.1 dessa dissertação, que podem se tornar referência para projetos brasileiros.

O levantamento apresentado a seguir teve como ponto de partida a observação assistemática da administração de medicamentos por diferentes usuários em suas residências. Iniciou-se uma pesquisa exploratória, onde foi solicitado para voluntários de todas as idades o envio de fotografias de embalagens de medicamentos usadas por eles e como eles as organizam em suas residências. Notou-se que as anotações nas embalagens são recorrentes,

reflexo das dificuldades sentidas por usuários de medicamentos em lembrar informações importantes do seu tratamento e diferenciar um medicamento do outro. Este levantamento inicial apresenta o caso das anotações nas embalagens de medicamentos realizadas pelos pacientes como uma maneira de adaptar as embalagens às suas necessidades, para sanar a ausência de soluções oferecidas por profissionais e pela indústria.

Figura 18 – Anotações nas embalagens secundárias de medicamentos na forma de comprimidos e cápsulas.



Fonte: Arquivo pessoal.

As anotações não são feitas apenas nas embalagens secundárias (caixas), como na figura 18, mas são feitas também nas embalagens primárias (frascos e bisnagas), como na figura 19.

Figura 19 – Anotações nas embalagens primárias de medicamentos na forma de cápsulas e creme.



Fonte: Arquivo pessoal.

A figura 20 mostra dois medicamentos na forma de creme e colírio, o que demonstra que as intervenções nas embalagens não se restringem apenas aos medicamentos na forma farmacêutica de comprimidos/ cápsulas.

Figura 20 – Anotações nas embalagens secundárias de medicamentos na forma de creme e colírio.



Fonte: Arquivo pessoal.

Outras pessoas, para facilitar a gestão dos seus comprimidos, optam por colocá-los em organizadores com sinalizações improvisadas, como o apresentado abaixo.

Figura 21 – Organizadores de comprimidos com etiquetas.



Fonte: Arquivo pessoal.

A partir das fotos acima, observa-se a necessidade de anotar dados importantes para que as recomendações médicas sejam obedecidas e o tratamento seja feito da maneira correta. Além de ser um recurso visual que facilita a identificação do medicamento e das informações sobre o tratamento, pode auxiliar o paciente em casos de receitas médicas ilegíveis, que dificultam o entendimento das prescrições corretas. No exemplo apresentado na figura 22, um laboratório aplicou esse conhecimento ao destinar um espaço para anotar três recomendações médicas de uso: posologia, horário e uso. No entanto, a paciente acrescentou as datas de início e de término do tratamento. Ao enviar as imagens, ela disse que gostaria que a caixa também tivesse um campo para o período de administração do medicamento, o que facilitaria seu controle.

Figura 22 – Espaço destinado a recomendações médicas de uso na embalagem de medicamentos.



Fonte: Arquivo pessoal.

Mesmo com as normas que regulamentam a rotulagem de medicamentos e prezam pela legibilidade e fácil identificação das informações, é recorrente encontrar pacientes que sentem dificuldades em seguir um tratamento com medicamentos em suas residências. A ausência de produtos e serviços farmacêuticos é sentida pelo público que, para preencher esta lacuna, intervém nas embalagens de medicamentos através de recursos simples, que estão ao seu alcance, como adesivos e canetas, atribuindo uma nova função às embalagens e criando soluções improvisadas.

As fotografias mostram de que forma o usuário adapta os produtos, acrescentando novas funções para as embalagens. O levantamento mostra que as anotações nas embalagens variam: posologia, quantos dias de uso, data de início e término do tratamento, quantos comprimidos por dia, recomendações de uso, função do medicamento, número da caixa e quando (turno do dia que) o medicamento deve ser administrado.

Através do levantamento dos recursos improvisados feitos por usuários, foi possível identificar as demandas dos consumidores na área, ainda de forma inicial, e confirmar que existe uma potencial demanda de produtos e serviços de atenção farmacêutica, confirmado pelo aumento da população idosa no país, que precisa de uma orientação mais detalhada, paciente e clara sobre a administração dos medicamentos em casa. O envelhecimento da população brasileira, segundo De Andrade (2004, p. 56), “conduz redefinição de práticas em saúde, principalmente para esse grupo específico, dentre as quais, cita-se a prática farmacêutica”.

O público consumidor é uma importante fonte de ideias, pois é ele que vivencia determinadas situações e pode trazer para o projeto suas próprias experiências, enriquecendo o debate sobre as prioridades de um produto ou serviço. Dessa forma, sugere-se que mais pesquisas devem ser feitas junto aos usuários de medicamentos, e que os recursos utilizados por eles podem se tornar referência para profissionais da indústria e pesquisadores da área no projeto de produtos, serviços e normas relativas a medicamentos. Nota-se que não existe uma

única solução aplicável a todos os perfis de usuários, mas é possível pensar um conjunto de produtos e serviços na área de medicamentos mais adaptados às diferentes necessidades de um público tão diverso.

4.2 **Entrevistas semiestruturadas com geriatras**

A entrevista é considerada um método fundamental de investigação adotado por pesquisadores das ciências sociais aplicadas, como “psicólogos, sociólogos, pedagogos, assistentes sociais e outros profissionais que tratam de problemas humanos” (GIL, 1999, p. 117). É uma técnica onde participam o entrevistador, que busca coletar dados e o outro, o entrevistado, considerado uma fonte de informação.

Optou-se por realizar entrevistas semiestruturadas para levantar informações para a dissertação, pois permite tratar de assuntos mais complexos, sendo uma forma valiosa de obter “dados que não se encontram em fontes documentais e que sejam relevantes e significativos” (MARCONI, 2002, p. 95), de forma a complementar a pesquisa bibliográfica sobre o uso de medicamentos por idosos. A entrevista semiestruturada combina perguntas abertas e fechadas previamente definidas, onde o entrevistado tem a possibilidade de apresentar sua posição sobre o tema proposto. De acordo com Goldenberg (2007, p. 86), as perguntas abertas permitem respostas livres sobre o tema, porém, a análise das respostas é mais difícil, e, no final do processo, é mais complicado apresentar os dados de maneira concisa. As perguntas fechadas apresentam respostas limitadas às alternativas, tirando a liberdade do entrevistado responder algo não previsto pelo autor do roteiro, mas, por outro lado, torna a aplicação e análise da entrevista mais rápida e menos dispendiosa.

Inicialmente, foi planejado entrevistar idosos participantes de um programa de extensão voltado para a terceira idade, porém, a instituição responsável solicitou a submissão do projeto ao Comitê de Ética para avaliação. A documentação foi providenciada e o projeto foi enviado, entretanto, a instituição entrou em greve e se tornou inviável, pelo tempo de duração do mestrado, esperar a volta à normalidade da instituição onde as entrevistas seriam feitas e o retorno das sugestões indicadas pelo Comitê de Ética. Foi cogitado, após a confirmação da greve e a impossibilidade do prosseguimento da pesquisa junto àquele público específico, entrevistar voluntários indicados por familiares e conhecidos, porém, a quantidade de pessoas que deveriam ser entrevistadas era muito grande e o tempo, àquela altura, escasso.

Além disso, tinham sido realizadas recentemente outras entrevistas e questionários sobre esse mesmo tema, na mesma cidade, com público semelhante, pela pesquisadora Vera Lopes de Abreu Lima em sua tese de 2012 intitulada “Comunicação na utilização de medicamentos por pacientes crônicos: uma abordagem ergonômica”, sendo incluída como referência e citada em diversos trechos dessa dissertação. Diante dessas razões, optou-se por não realizar a pesquisa com idosos, e sim como outro público.

Assim, foi escolhido entrevistar médicos geriatras, pois são os especialistas no assunto abordado e têm uma visão mais imparcial sobre o tema, já que seu envolvimento com o tema é profissional e não pessoal. São profissionais que atuam como uma ponte entre os outros médicos prescritores ao analisar todos os medicamentos em uso pelo paciente, com o objetivo de evitar potenciais casos de interação medicamentosa, reduzir a polifarmácia, minimizar possíveis problemas de administração e oferecer mais qualidade de vida aos pacientes, temas relacionados à presente pesquisa.

A entrevistadora foi a própria mestranda e o roteiro aplicado aos geriatras foi composto por perguntas idênticas, feitas na mesma ordem para todos, “de modo a assegurar que todos os entrevistados respondam à mesma pergunta, sendo as respostas mais facilmente comparáveis” (GOLDENBERG, 2007, p. 86), conforme o Anexo A. No primeiro contato, a pesquisadora se apresentou e, como sugere Gil (1999, p. 124), explicou a “finalidade de sua visita, o objetivo da pesquisa [...], sua importância para a comunidade ou grupo pesquisado e, particularmente, a importância da colaboração pessoal do entrevistado”. Cada entrevistado que aceitou participar da pesquisa demonstrou interesse em ajudar e alguma curiosidade por uma mestranda em Design estar pesquisando sobre medicamentos. Diversos entrevistados perguntaram se a pesquisadora-entrevistadora cursava medicina, farmácia ou outro curso semelhante. Foi esclarecido que o entrevistado tinha total liberdade de responder ou não cada pergunta, conceder ou não a entrevista e ainda, que ele poderia desistir a qualquer momento de participar, fazendo o participante “sentir-se absolutamente livre de qualquer coerção, intimidação ou pressão” (GIL, 1999, p. 124). Além disso, foi esclarecido que a identidade do entrevistado não seria divulgada de forma nenhuma, seguindo novamente as recomendações do Comitê de Ética sobre confidencialidade e anonimato dos participantes da pesquisa.

Foram realizadas sete entrevistas com médicas geriatras na cidade do Rio de Janeiro entre os dias 11 de maio de 2016 e 08 de junho de 2016 e ocorreram nos consultórios ou hospitais onde elas atendem seus pacientes. O contato prévio foi feito por telefone ou diretamente, no local de trabalho. Das sete geriatras, quatro atendem em diferentes consultórios particulares, e três são da rede pública e trabalham em um hospital e em um

ambulatório da rede municipal. Os resultados da análise das respostas foram organizados em onze categorias: perfil dos idosos, níveis de independência, custo dos medicamentos, polifarmácia, tamanho dos comprimidos, prescrição de medicamentos para idosos, forma farmacêutica dos medicamentos, nome dos medicamentos, organizadores de comprimidos, recursos para facilitar o uso de medicamentos e problemas relacionados a medicamentos.

4.2.1 Perfil dos idosos

O perfil dos idosos atendidos varia conforme o local de atendimento. Na rede pública, o perfil tende a ser mais homogêneo, com algumas diferenças entre os idosos atendidos no hospital e no ambulatório. No hospital municipal, são atendidos muitos idosos fragilizados, pois possuem demência, desnutrição, muitas vezes não estão acompanhados da família e não têm escolaridade. No ambulatório municipal, os idosos são mais autônomos, porém, também estão fragilizados. Eles possuem média de estudo de quatro anos e a família geralmente os acompanha nas consultas médicas.

Nos consultórios particulares o quadro é diferente e o público é mais heterogêneo. Uma das geriatras atribuiu essa diversidade de perfil ao convênio do consultório com os planos de saúde. Outra citou os convênios e a dependência dos planos de saúde dos filhos como fatores responsáveis pela maioria dos atendidos ser de renda mais baixa.

Das quatro médicas da rede particular, uma atende nos bairros de Copacabana, na zona sul da cidade do Rio de Janeiro, e na Tijuca, zona norte da mesma cidade. No seu consultório na zona sul, os idosos possuem, em média, ensino superior. Já os atendidos na zona norte possuem entre o ensino fundamental e ensino médio. Uma das geriatras relatou que a maioria dos idosos atendidos por ela possui baixa escolaridade, enquanto outra relatou que a maioria possui ensino médio. Ambas, porém, concordaram em dizer que apenas uma minoria possui ensino superior. A última entrevistada disse que seu público possui, em média, ensino médio completo.

4.2.2 Níveis de independência

De acordo com as geriatras da rede pública, os idosos com depressão ou demência não podem ter o autocuidado, eles devem ser acompanhados por familiares durante o tratamento com medicamentos. Outra da rede particular acrescentou que é preciso avaliar o grau de independência e cognição do idoso ao prescrever medicamentos para ele, sendo que as queixas sobre sua falta de memória também são consideradas pela médica. Outras questões referentes à competência cognitiva são apresentadas na seção 4.2.9 dessa dissertação - “organizadores de comprimidos”.

4.2.3 Custo dos medicamentos

A questão do custo dos medicamentos foi citada por cinco das sete médicas entrevistadas como o principal problema dos idosos relacionado a medicamentos. Todas as três da rede pública municipal apresentaram o custo como uma queixa recorrente dos idosos atendidos por elas no ambulatório e no hospital, enquanto metade das geriatras dos consultórios particulares citou o mesmo problema entre seus pacientes.

4.2.4 Polifarmácia

A polifarmácia é muito comum entre idosos. Todas as geriatras mencionaram essa questão em algum momento da entrevista, sendo que três citaram a quantidade de medicamentos ingeridos como mais uma queixa frequente dos idosos. Uma delas mencionou na entrevista que, quando são prescritos muitos medicamentos para um idoso, este precisa de ajuda para administrar corretamente sua medicação.

Uma médica mencionou a importância do geriatra na promoção da qualidade de vida do idoso, sendo tarefa desse profissional avaliar toda a medicação prescrita para pacientes nessa faixa etária, para tentar reduzir a polifarmácia e, assim, minimizar o desconforto causado pela ingestão de muitos medicamentos por idosos. Segundo duas outras

entrevistadas, mais uma questão relacionada à polifarmácia que deve ser observada é a interação medicamentosa.

As geriatras da rede pública acrescentaram outro aspecto importante da polifarmácia: quando idosos menos instruídos precisam tomar três ou mais medicamentos, eles têm medo de trocá-los e tomar o medicamento errado. Dessa forma, para evitar cometer erros, eles preferem não tomar nenhum medicamento.

4.2.5 Tamanho dos comprimidos

O tamanho dos comprimidos foi citado duas vezes como um problema comum. Uma das declarações indica que, “quando o comprimido é muito grande, é preciso fracioná-lo para facilitar a sua ingestão, porém, muitas vezes ele não é próprio para isso”. Em muitos casos, é preciso fracionar o comprimido para diminuir a dose do medicamento ou macerá-lo, para que o idoso possa ingeri-lo.

4.2.6 Prescrição de medicamentos para idosos

Sobre o que muda ao prescrever medicamentos para a terceira idade, todas as sete afirmaram que muda tudo em comparação a outras faixas etárias. Uma das médicas esclareceu que, geralmente, os medicamentos para idosos são de uso contínuo, enquanto que o tratamento de pessoas mais jovens é pontual, para tratar um problema de saúde que é sanado ao fim do processo, onde os medicamentos são suspensos após determinado tempo de uso.

Cinco médicas mencionaram as alterações fisiológicas dos idosos como fator determinante para as mudanças na prescrição de medicamentos para essa faixa etária. Dessas cinco, quatro geriatras citaram como alterações fisiológicas a insuficiência renal e hepática. Devido a problemas no funcionamento desses órgãos, quatro relataram que a dose da medicação prescrita deve ser menor. Porém, para reduzir a dosagem de um medicamento, às vezes é preciso fracionar o comprimido, e, como mencionado anteriormente, muitas vezes ele não é próprio para isso.

4.2.7 Forma farmacêutica dos medicamentos

Em relação à principal forma farmacêutica prescrita para idosos, as opiniões ficaram divididas. Para três geriatras, os comprimidos continuam sendo a principal forma farmacêutica, e os medicamentos líquidos são indicados apenas para os idosos mais fragilizados e com disfagia, que é um distúrbio de deglutição. Segundo Silva (2006, p. 93), “a deglutição é um processo complexo, que envolve estruturas relacionadas à cavidade oral, faringe, laringe e esôfago, submetidas a um controle neural que permite a condução do conteúdo oral até o estômago”. Uma delas disse ainda que, dependendo do idoso, é preciso macerar o comprimido, enquanto outra disse que às vezes é preciso dividir o comprimido, como mencionado anteriormente, para reduzir a dosagem do medicamento.

Já para outras três, a preferência é por medicação líquida. Uma delas acrescentou que, como são poucos os medicamentos que possuem essa forma farmacêutica, são prescritos comprimidos e, caso o paciente tenha disfagia, é preciso macerá-lo.

Para a última entrevistada, a forma farmacêutica de medicamentos prescrita para idosos e para outras faixas etárias é igual, só o que muda é a dosagem. Pode ser em comprimidos, desde que em doses menores, por isso eles são fracionados.

4.2.8 Nome dos medicamentos

Quatro geriatras disseram que é frequente os idosos não lembrarem o nome da medicação em uso por eles. As três geriatras da rede pública municipal e uma da rede particular relataram que os idosos identificam os medicamentos pela cor e formato da embalagem e dos comprimidos, e não pelo seu nome. Então, para verificar quais são os medicamentos usados, elas pedem para os pacientes levarem as caixas dos medicamentos para a consulta médica. Diante dessa situação, é cobrado dos idosos que eles decorem os nomes de seus medicamentos, para manutenção do autocuidado.

Quando o idoso usa os organizadores, geralmente é a família que organiza os comprimidos para ele. Esse hábito leva o idoso a desconhecer os nomes dos seus medicamentos e, conseqüentemente, a perder o controle do seu próprio cuidado. Por isso, uma geriatra da rede particular enfatizou que, quando o idoso usa organizadores, é preciso manter

o nome do medicamento em algum lugar do organizador e lembrar constantemente o nome do medicamento. Caso contrário, ele perde sua autonomia, pois se torna cada vez mais dependente da família para gerenciar seu tratamento.

4.2.9 Organizadores de comprimidos

Para uma das médicas, o principal problema do idoso com os organizadores de comprimidos é justamente organizar os comprimidos no produto, em suas várias divisões. Ela acrescentou que os principais cuidados são prestar atenção e estar atento aos dias de tomar o medicamento. Uma segunda acrescentou que é preciso ter atenção para não fazer uso da medicação errada ou no horário errado. Ela relatou que os organizadores devem ser usados ou não de acordo com o paciente. Eles são usados para facilitar o tratamento, porém, o resultado pode ser o oposto: confundir o usuário devido à semelhança dos comprimidos.

Duas relataram que os organizadores são usados por idosos com um leve prejuízo de memória, e são adotados para facilitar a adesão ao tratamento e proporcionar certa independência. Ambas disseram que geralmente é a família que organiza os comprimidos, e o único trabalho do idoso é pegar os comprimidos no organizador. Entretanto, uma delas disse que, no começo, a família pode organizar os comprimidos, mas, com o tempo e o estímulo da família, eles devem passar a organizar os próprios medicamentos, de forma a manter sua autonomia, embora precisem de supervisão. Ela ainda acrescentou que, além dos idosos que possuem algum prejuízo de memória, os organizadores são muito usados por idosos que moram sozinhos ou com outro idoso. A outra geriatra disse que o idoso que usa o organizador precisa ter certeza das prescrições corretas e ter boa cognição para pegar os comprimidos sozinho, além de ter certo grau de instrução para entender os organizadores. Aquele com prejuízo cognitivo maior precisa que dê o comprimido na sua mão ou até o coloque na boca.

Seguindo esse raciocínio, as geriatras da rede pública corroboraram com o pensamento que, para utilizar organizadores, os idosos precisam ser alfabetizados, ter um grau de escolaridade mais alto, assim como precisam ter competência cognitiva, sendo descartado o uso de organizadores quando o idoso possui qualquer estágio de demência. Como dito anteriormente, muitos idosos não decoram os nomes dos medicamentos, eles identificam os medicamentos pela cor e formato da embalagem e dos comprimidos. Os organizadores tornam-se mais uma informação para entender e assimilar, por isso eles confundem os idosos.

Além disso, os organizadores não possuem o tamanho das letras e as cores adequadas para atender as necessidades de muitos idosos com comprometimento visual. Pelas razões apresentadas, segundo as três geriatras, grande parte dos idosos prefere as embalagens originais de medicamentos.

4.2.10 Recursos para facilitar o uso de medicamentos

Para que as prescrições médicas sejam seguidas corretamente, os idosos, seus familiares e geriatras utilizam recursos simples, visando à realização do tratamento com sucesso. Tais recursos minimizam a ocorrência de possíveis erros, facilitam a administração de medicamentos e promovem a adesão ao tratamento. Cada geriatra citou os recursos mais comuns e alguns foram mencionados mais de uma vez, como apresentado a seguir.

As anotações nas embalagens de medicamentos foram as mais citadas: quatro vezes, sendo duas vezes citadas as anotações feitas diretamente na embalagem, outras duas vezes os adesivos nas embalagens com as informações mais importantes sobre o tratamento. As listas presas na geladeira foram citadas três vezes, sendo que uma das geriatras mencionou que é a família que faz essas listas, pois os idosos não fazem listas nem utilizam nenhum recurso. As anotações na forma de lista foram citadas duas vezes; as anotações em agenda, uma vez; e o alarme no celular também foi citado uma vez. Uma geriatra falou que geralmente é a família que organiza a medicação do idoso, corroborando com o que foi falado anteriormente por outra geriatra sobre a família colocar uma lista na geladeira.

Uma geriatra da rede municipal acrescentou que, quando o idoso sente alguma dificuldade de compreender as prescrições de medicamentos, os médicos desenham um sol, uma lua nas receitas médicas para indicar horários, reforçando o que já havia sido apresentado na figura 17, dentro da seção 3.4.

4.2.11 Problemas relacionados a medicamentos

Finalmente, foi perguntado às geriatras quais são os erros mais comuns cometidos por idosos durante o tratamento com medicamentos nas suas residências. A maioria das geriatras

listou mais de um erro e alguns erros citados não são acidentais, são cometidos conscientemente pelos idosos. Uma delas disse que cometer um erro uma vez não traz grandes problemas para o idoso, pois o organismo absorve o medicamento caso a dose tenha sido maior que a prescrita; o problema é o erro ser recorrente, continuado.

Os erros mais comuns são: trocar o medicamento; esquecer de tomar a dose; tomar dupla dose; ingerir a dose errada; tomar no horário errado; não fazer jejum; seguir com um medicamento que era para ter parado; interromper um tratamento por não ler na receita que seu uso é contínuo ou por achar que o medicamento não é importante; diminuir a dose por achar que são muitos medicamentos.

Porém, uma geriatra disse que os idosos atendidos no seu consultório não contam ou não sabem que estão cometendo erros, e que é preciso fazer um trabalho de investigação a partir dos sintomas do paciente para descobrir qual é o erro e solucioná-lo. Ela ainda relatou que, para evitar esses erros, a geriatra confere, no fim da consulta, se o idoso entendeu todas as recomendações.

Outro erro citado pelas geriatras da rede pública já foi mencionado anteriormente neste trabalho: quando precisam tomar três ou mais medicamentos, idosos menos instruídos não tomam nenhum medicamento por medo de trocar um pelo outro.

4.2.12 Considerações finais sobre as entrevistas com geriatras

As entrevistas trouxeram novas informações sobre aspectos sociais da terceira idade que, pela sua relevância, nortearam as pesquisas a partir daquele momento. Entre elas, uma presumível: o custo elevado dos medicamentos para a renda dos seus usuários. Alguns idosos selecionam os fármacos que compram em detrimento de outros, tendo como critério de exclusão os supostamente menos importantes ou que ultrapassam seu orçamento.

Outro aspecto social relatado pelas entrevistadas que também se reflete no não cumprimento das prescrições médicas chamou a atenção da pesquisadora: o analfabetismo e o baixo grau de instrução levam idosos a não aderirem ao tratamento com três ou mais medicamentos por medo de tomar um comprimido errado. Como apresentado na seção 3.4 dessa dissertação, 26,6% das pessoas com 60 anos ou mais no Brasil são analfabetas, justamente a faixa etária onde é mais comum a polifarmácia para o controle de doenças crônicas. Para contornar esse problema, médicos e farmacêuticos improvisam meios de transmitir as informações necessárias para o tratamento medicamentoso, como relatado por

uma geriatra na seção 4.2.10, que disse que desenha elementos como sol e lua para indicar períodos do dia de uso dos medicamentos, assim como os médicos geriatras fizeram na figura 17 para mostrar quais comprimidos devem ser ingeridos em determinado período do dia, confirmando a importância dos recursos pictográficos para esse público.

Porém, como esperado de uma pesquisa acadêmica, as entrevistas não foram a única forma de levantamento de dados. A pesquisa bibliográfica ocorreu antes, durante e depois das entrevistas com as geriatras, e ambas foram confrontadas com o objetivo de entender melhor o cenário do uso dos medicamentos por idosos e acabar com qualquer estereótipo criado pela leitura inicial de artigos sobre o tema. Uma questão que foi esclarecida refere-se à intoxicação acidental por medicamentos, frequentemente abordada nos artigos como um dos acidentes domésticos mais comuns entre diversas faixas etárias (como apresentado na Tabela 2). Esperava-se que ela fosse mencionada nas entrevistas como algo recorrente entre os idosos, entretanto, as geriatras disseram ser incomum relatos sobre intoxicação em seus consultórios e que muitos dos erros observados são propositais, ou seja, praticados de forma intencional, e estão ligados ao não cumprimento da prescrição médica. Como dito anteriormente, alguns idosos não compram e usam o medicamento pelo custo, outros interrompem o tratamento porque se julgam curados e ainda há quem diminua a dose por conta própria, devido ao número elevado de medicamentos, justificando os esforços dos médicos em reduzir a polifarmácia. Também tem pacientes que, por problemas de interpretação da orientação verbal ou escrita, seguem com um medicamento que era para ter parado ou interrompem um tratamento contínuo, sendo este sim um problema acidental, mas que raramente leva à intoxicação.

Outras questões, quando comparadas, se confirmaram. Por exemplo, na literatura, muitos textos abordam a importância de facilitar o tratamento com medicamentos visando ao uso correto dos mesmos. Fernandes (2013, p. 19) indica que, para simplificação do regime terapêutico, o uso de fármacos pode ser combinado em “doses fixas em uma só apresentação e com menor número de tomadas diárias, preferencialmente em dose única”, ratificando o que foi dito pelas geriatras nas entrevistas sobre a diminuição da polifarmácia.

Um outro exemplo refere-se à preferência dos idosos pelas embalagens originais dos medicamentos em detrimento dos organizadores. Como parte das geriatras relatou, a adesão do público ao uso desse produto ainda é baixa, confirmada pela pesquisa realizada por Lima (2012) com pacientes cardíacos crônicos da cidade do Rio de Janeiro, a maioria mulheres entre 50 e 79 anos. Dos 35 entrevistados que responderam o questionário, apenas um utilizava os organizadores, 15 não conheciam esse produto e 19 conheciam, mas não usavam porque achavam seu uso complicado, achavam que os comprimidos deviam ser organizados pelo

nome do medicamento ou diziam ser mais um trabalho tirar o comprimido da embalagem original e depois do organizador (LIMA, 2012, p. 114).

Seguindo o relato das geriatras sobre como os idosos diferenciam os medicamentos, Lima (2012, p. 110) indica que “a cartela representa um elemento importante na identificação do medicamento”. A pesquisadora perguntou quais são os itens observados nas embalagens primárias pelos usuários para distinguir o medicamento. Além do próprio nome na cartela (16 respostas), os entrevistados se baseiam na cor ou outras características de impressão da cartela (12 respostas), no tamanho ou forma da cartela (7 respostas), na forma ou características do comprimido (5 respostas) e, ainda, 3 respostas indicam que o medicamento é identificado pelo número de comprimidos na cartela e pela forma do nome (LIMA, 2012, p. 110-111). Essas respostas demonstram que nem sempre os fármacos são identificados pelos nomes (até porque, segundo as geriatras, nem sempre eles são memorizados pelos pacientes), e sim por sua configuração visual. Ainda, a mesma pesquisa indicou que 16 entrevistados conseguem identificar o medicamento pelo comprimido, 10 conseguem identificar apenas alguns, 8 não conseguem e 1 não respondeu (LIMA, 2012, p. 112), o que demonstra que tirar os comprimidos das embalagens originais pode confundir os pacientes. Assim, a partir das entrevistas com geriatras e do questionário aplicado por Lima, percebe-se que as embalagens originais de medicamentos são um parâmetro de identificação importante e que o uso dos organizadores pode confundir e causar diversos PRMs. Novamente, os recursos visuais demonstram cumprir importante papel na administração de medicamentos.

Conclui-se frisando que, diante dos problemas vividos pela população envelhecida, nota-se grande disposição de diversos profissionais em minimizar potenciais erros e oferecer qualidade de vida aos seus pacientes idosos através de iniciativas individuais. São médicos que, com boa vontade, utilizam poucos recursos que têm à disposição para ajudar um paciente analfabeto, com comprometimento visual ou outras necessidades consequentes da idade, a entender o tratamento prescrito durante as consultas. Porém, essa dedicação depende do perfil do profissional, do tempo que ele tem disponível, da engenhosidade em improvisar maneiras de explicar o tratamento, entre outros fatores, o que nem sempre é encontrado em uma consulta médica. Por isso, a importância de um cenário favorável à Atenção Farmacêutica, mas como promovê-lo? O panorama é complexo e de difícil resolução, pois envolve muitas questões, algumas podem ser auxiliadas por projetos de design, enquanto a maioria depende de políticas públicas, regulamentação de leis e resoluções. O Capítulo 5 relaciona as variáveis já apresentadas nessa dissertação através de modelos e tenta indicar caminhos para o futuro da Atenção Farmacêutica.

5 OPORTUNIDADES DE PESQUISA E PROJETO PARA DESIGNERS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA

Durante a dissertação, foram abordadas diversas questões sobre medicamentos, terceira idade e autonomia, para que fosse possível compreender os maiores problemas de cada tema e as principais relações que esses universos tinham entre si. Na literatura acadêmica e em documentos oficiais, por exemplo, existem muitas discussões sobre a importância da Assistência e, especificamente, da Atenção Farmacêutica, para a promoção da qualidade de vida dos pacientes. Porém, ao longo da investigação, surgiram algumas perguntas que orientaram o curso da pesquisa, uma parte delas diretamente relacionadas ao papel do design nesse cenário:

- Como colocar essas ideias em prática na forma de serviços farmacêuticos?
- Como o farmacêutico e os médicos podem atuar nesse contexto?
- Como os designers podem auxiliar com seu conhecimento no desenvolvimento de estudos, produtos e serviços?
- Quais são as mudanças nas leis federais e resoluções da ANVISA que devem ser feitas para favorecer esse cenário?

Assim, na intenção de ilustrar como o design pode contribuir nesse campo, serão apresentadas algumas propostas nesse capítulo. Como dito na conclusão do capítulo 4, para que exista um incremento na Atenção Farmacêutica, muitas variáveis devem ser consideradas e atendidas, sendo que algumas demandam mais tempo que outras (ou maior investimento financeiro), algumas são mais radicais e outras mais sutis, e muitas dependem de fatores totalmente externos a elas para sua realização. Nessa discussão, serão apresentados modelos para ilustrar como agregar valor ao serviço farmacêutico e como os designers podem contribuir na área. Como será visto, na maioria dos casos, é preciso que o Estado, por meio do Poder Legislativo ou da agência reguladora ANVISA, promova algumas mudanças no cenário farmacêutico brasileiro para que seja viável realizar tais propostas.

5.1 O uso de modelos para comunicar assuntos complexos

Diante da complexidade dos temas abordados nessa dissertação, como o contexto do medicamento no Brasil, a Atenção Farmacêutica, a terceira idade e a administração doméstica da polifarmácia por idosos, foi escolhido usar modelos de representação gráfica para ilustrar as associações que existem entre os diversos elementos e explicar como eles estão conectados. Segundo Krogerus e Tschäppeler (2012, p. 6, tradução nossa), “modelos nos ajudam a reduzir a complexidade de uma situação ao nos permitir suprimir a maior parte dela e concentrar no mais importante”. Eles ajudam a visualizar e estruturar as inter-relações presentes em um determinado contexto, e ainda:

- simplificam: eles não abrangem todos os aspectos da realidade, mas só incluem aqueles que parecem relevantes.
- são pragmáticos: eles focam no que é útil.
- resumem: eles administram resumos de inter-relações complexas.
- são visuais: através de imagens e diagramas, eles transmitem conceitos que são difíceis de explicar com palavras.
- organizam: eles estruturam e criam um esquema de classificação.
- são métodos: eles não dão respostas, eles fazem perguntas; as respostas surgem uma vez que você usa os modelos, por exemplo, os preenche e trabalha com eles. (KROGERUS, TSCHÄPPELER, 2012, p. 6, tradução nossa).

Entre as propostas apresentadas no presente trabalho, existe uma relação de interdependência, pois algumas só podem ser realizadas se outras já tiverem sido colocadas em prática. Algumas gerariam um “efeito cascata” sobre outras, abrindo espaço para o desenvolvimento de uma série de novos produtos e serviços farmacêuticos. Há uma sequência entre as tarefas e, por isso, foi escolhido utilizar um modelo de processo para representá-las.

5.2 Oportunidades ilustradas por meio de modelos

A seguir serão apresentados cinco processos, onde cada sequência representa uma possível mudança que, se promovida pelo Estado, desencadearia uma abertura em outros setores, inclusive oportunidades para projetos de design. Cada seta representa um ator daquela sequência e cada ator é representado por uma cor.

Nas figuras 23 e 24 são apresentadas as oportunidades criadas caso a ANVISA publique uma nova resolução sobre embalagens primárias fracionáveis. Como mencionado na seção 1.2.3, medicamentos controlados não podem ser distribuídos nessas embalagens.

Entretanto, não existe um motivo (além dos interesses econômicos da indústria farmacêutica) para que os outros tipos de medicamentos não usem embalagens primárias fracionáveis. Por isso, as duas sequências a seguir sugerem que a ANVISA determine a produção de medicamentos pelos laboratórios farmacêuticos em embalagens primárias fracionáveis. Para que isso ocorra, elas precisam ser redesenhadas, de forma que cada unidade fracionada tenha as informações importantes legíveis e possa ser identificada facilmente. Assim, como indica a figura 23, surge a necessidade de farmácias adaptadas para distribuir ou comercializar embalagens fracionadas, com espaço próprio e um farmacêutico designado para a tarefa. Já a figura 24 representa a oportunidade criada por essa mudança: o uso de organizadores torna-se mais seguro, pois os comprimidos podem ser separados individualmente e distribuídos nesses produtos sem risco de contaminação e sem perder sua identificação e propriedades, como indica a seção 1.5. Porém, como essa mesma seção indica, os organizadores atuais se mostram inadequados para o uso de idosos, e por isso precisariam ser redesenhados também, tanto para atender esse público quanto para armazenar os comprimidos dentro das embalagens. Com o fracionamento, a medicação é adquirida na quantidade certa para o tratamento, reduzindo o custo para os consumidores e o descarte inadequado do produto. Também não há formação da farmácia caseira, minimizando os riscos apresentados na seção 1.3 dessa dissertação. Em relação ao uso dos organizadores, se usados corretamente, podem promover a autonomia do seu usuário.

Figura 23 – Processo referente ao fracionamento de embalagens primárias de medicamentos e adaptação das farmácias.



Legenda: RDC - Resolução da Diretoria Colegiada. / EPF - Embalagens primárias fracionáveis.
 Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 24 – Processo referente ao fracionamento de embalagens primárias de medicamentos e redesign dos organizadores.



Legenda: RDC - Resolução da Diretoria Colegiada. / EPF - Embalagens primárias fracionáveis.

Fonte: Elaborado pela autora.

Na figura 25, é apresentada sugestão de regulação das embalagens secundárias semelhantes pela ANVISA, dando a chance para designers elaborarem novas propostas gráficas para as caixas de medicamentos, condizentes com as necessidades dos idosos e de outras faixas etárias. Como indica a seção 1.3.3, até hoje não há uma lei ou regulação sobre o tema, e com rótulos claramente diferentes, a identificação do medicamento fica mais fácil, o produto é usado corretamente e os erros são reduzidos.

Figura 25 – Processo referente à regulação das embalagens secundárias pela ANVISA.



Legenda: ES - Embalagens secundárias.

Fonte: Elaborado pela autora.

Um ponto muito importante para idosos com comprometimento visual e analfabetos é o uso da linguagem visual como auxiliar durante o tratamento medicamentoso. Cores e pictogramas em produtos farmacêuticos, como embalagens, bulas, organizadores de comprimidos e receituários médicos, podem facilitar a sua identificação e a compreensão das prescrições médicas e das instruções de uso dos fármacos. Ao publicar um manual de uso desses recursos, a ANVISA regulamenta e padroniza o uso de pictogramas, cores e suas aplicações. Em um cenário ideal, essas referências seriam elaboradas por uma equipe

interdisciplinar, inclusive designers, e adotadas pela indústria na produção de diversos produtos farmacêuticos. Como indica a figura 26, os usuários de medicamentos seriam orientados nas farmácias sobre esse código visual e poderiam diferenciar a medicação e identificar as prescrições facilmente, reduzindo erros de uso e aumentando a autonomia dos pacientes.

Figura 26 – Processo referente à regulação do uso de cores e pictogramas em produtos farmacêuticos.



Legenda: PFA - Produtos farmacêuticos.

Fonte: Elaborado pela autora.

Finalmente, conforme mencionado na seção 2.1.1 dessa dissertação, até hoje não existe uma lei a nível nacional sobre a implantação de receituários digitados e impressos. Essa sugestão demanda um investimento financeiro de hospitais e consultórios médicos, mas, por outro lado, as prescrições ficariam legíveis para farmacêuticos e pacientes, reduzindo assim os erros de dispensação e de uso dos medicamentos. Entretanto, em uma análise da prescrição informatizada, Freire et al. (2004, p. 92) notaram, entre as desvantagens, “a possibilidade de ocorrer erros no momento da digitação, sem que o profissional os perceba, como erro nos decimais da dose”, por isso a necessidade do sistema alertar o médico sobre possíveis erros de digitação, tarefa para desenvolvedores e webdesigners. Esses profissionais poderiam colaborar no projeto de layout das receitas e na interface do software onde as receitas são digitadas, e incrementar o projeto de várias formas, por exemplo, criando um banco de dados com as informações dos pacientes.

Figura 27 – Processo referente à lei sobre receituários médicos digitados e impressos.



Fonte: Elaborado pela autora.

Porém, o campo de atuação de desenvolvedores web é bem mais amplo e pode ser muito mais explorado. A expectativa é que mais idosos se tornem usuários de computadores pessoais e, principalmente, smartphones e tablets, e possam utilizar sites e aplicativos de assistência à saúde, tais como os apps já existentes Dr. Cuco⁴⁹, Caixa de remédios⁵⁰, Medisafe⁵¹ e Hora do medicamento⁵², entre outros produtos e até gadgets, que não estão disponíveis hoje, mas que serão comuns daqui a uns anos.

5.3 Considerações parciais

Para promover melhorias nesse cenário, é imprescindível a atuação de profissionais de diferentes áreas. Entretanto, como demonstram as representações gráficas da seção 5.2, percebe-se que as mudanças mais fundamentais dependem, em grande parte, da iniciativa do Estado. Como afirma Chaimowicz (1997, p. 197), cabe ao “Estado o cumprimento de seu papel na implementação de políticas públicas direcionadas à manutenção da saúde da população idosa”. As sugestões apresentadas aqui são medidas voltadas para o uso de

⁴⁹ Disponível em: <https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.drcuco&hl=pt_BR>. Acesso em: 12 nov. 2017.

⁵⁰ Disponível em: <<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.caixaderemedios&hl=pt>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

⁵¹ Disponível em: <<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.medisafe.android.client&hl=pt>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

⁵² Disponível em: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.horadomedicamento&hl=pt_BR>. Acesso em: 12 nov. 2017.

medicamentos, onde o indivíduo já apresenta alguma enfermidade e está em tratamento. Não são exatamente ações de prevenção de doenças, e sim de prevenção dos chamados Problemas Relacionados a Medicamentos, tema central desse trabalho. Através dessas medidas, acredita-se proporcionar também maior autonomia e, conseqüentemente, qualidade de vida ao paciente. Elas envolvem fatores econômicos, tecnológicos, mercadológicos e até interesses políticos para serem materializadas em um futuro próximo. Os entraves para a realização dessas mudanças são muitos e, por isso, é preciso um esforço conjunto de diversos atores da sociedade para cobrar os responsáveis e também promover as melhorias mencionadas aqui e tantas outras necessárias dentro do cuidado médico.

CONCLUSÃO

Trabalhar com o tema da Atenção Farmacêutica voltada para a terceira idade sem dúvida é uma tarefa árdua, pois envolve pesquisar várias áreas do conhecimento que dialogam entre si. Por exemplo, é impossível tratar do envelhecimento humano apenas do ponto de vista físico sem considerar fatores sociais, psicológicos, econômicos, políticos, entre outros. Quando se trata da Atenção Farmacêutica, a situação se torna tão ou mais complexa, e ignorar seu contexto tornaria a pesquisa superficial e incompleta. Por isso, esse trabalho buscou apresentar as várias abordagens ligadas ao tema central da pesquisa, para relacioná-las no decorrer da dissertação e ao final do processo, assumindo uma perspectiva interdisciplinar, com o objetivo de apontar o que pode ser feito na área, a fim de atender as necessidades de idosos e outros usuários de medicamentos. Para Pombo (2008, p. 15), a interdisciplinaridade é um conceito usado “sempre que nos deparamos com um daqueles problemas imensos cujo princípio de solução sabemos exigir o concurso de múltiplas e diferentes perspectivas”, definição que vai de encontro com a presente discussão. Para Cardoso (2013, p. 43), “se todos adquirirem alguma consciência do tamanho e do intrincado das relações que regem o mundo hoje, será possível caminhar coletivamente em direção a um objetivo, seja qual for”.

As propostas apresentadas aqui são apenas um pequeno recorte do que pode e deve ser feito pela saúde do idoso, pois, como visto na seção 3.5, o estado do indivíduo é influenciado por muitos elementos. É preciso estabelecer uma rede de apoio à pessoa idosa, voltada não só para o bem-estar físico, mas também social e psicológico, protegendo o indivíduo dos fatores de risco e mantendo a sua capacidade funcional e independência. Costa et al. (2006, p. 44) acrescentam que “o sistema de saúde precisa garantir o acesso universal aos cuidados progressivos de saúde e as políticas públicas devem enfatizar a promoção de saúde e a prevenção de doenças”. Ou seja, a demanda não é só por atendimento médico, exames e medicamentos, mas por todo um sistema que promova diversos cuidados e, nesse contexto, “torna-se fundamental repensar o modelo de assistência praticado, priorizando os atos cuidadores e a autonomia dos sujeitos” (MALTA, MERHY, 2010, p. 244).

Para Alano (2005, p. 7), as atuais políticas sanitárias são voltadas para uma medicina muito mais curativa do que preventiva, dando aos medicamentos uma “importância exagerada, desempenhando papéis simbólicos, tanto no sistema de saúde como para os

próprios consumidores”. Para Vilarino et al.⁵³, apenas ações educativas continuadas podem aliviar a carga simbólica que os medicamentos têm para a saúde da população. Considerada um recurso fundamental para minimizar os Problemas Relacionados a Medicamentos, as ações educativas fazem parte da Atenção Farmacêutica e pretendem esclarecer a sociedade sobre os riscos da automedicação, da farmácia caseira, do armazenamento incorreto/inadequado de medicamentos e dos medicamentos vencidos, entre outros. A orientação sobre o Uso Racional dos Medicamentos pode ser realizada durante a prescrição ou a dispensação de medicamentos, assim como em outras ações especiais promovidas pelo Estado.

Porém, a implantação de serviços de Atenção Farmacêutica em farmácias e drogarias atualmente é pouco viável por conta de

obstáculos que incluem o vínculo empregatício do profissional farmacêutico e a rejeição do programa por gerentes e proprietários, além da insegurança e desmotivação por parte dos farmacêuticos, devido ao excesso de trabalho e falta de tempo para se dedicar ao atendimento, perdendo a concorrência para os balconistas em busca de comissões sobre vendas. (OLIVEIRA et al., 2005 apud PEREIRA, FREITAS, 2008, p. 609)

O trecho é reforçado por Pereira e Freitas (2008, p. 609) que indicam que, na maioria das farmácias, “o fluxo de usuários é alto e os recursos humanos escassos, portanto o tempo de atendimento é sacrificado em benefício do processo de gestão”, o que atinge não só os estabelecimentos privados, mas também as farmácias públicas. Porém, outros fatores também influenciam no serviço de dispensação de medicamentos. Para Araújo e Freitas (2006 apud PEREIRA, FREITAS, 2008, p. 609) “o serviço farmacêutico é o elo final da cadeia, o usuário, quase sempre, cansado pela espera, na fila da farmácia ou outra, está mais preocupado com a redução do tempo do que com a orientação propriamente dita”, refletindo na qualidade do atendimento. Portanto, percebe-se que vários aspectos do sistema de prescrição e dispensação de medicamentos devem ser otimizados para que o paciente receba atendimento adequado em todas as etapas.

A formação de estudantes de Farmácia e farmacêuticos também deve estar voltada para a Atenção Farmacêutica, pois a atividade demanda profissionais qualificados e com habilidades para atendimento humanizado e professores/pesquisadores que produzam e transmitam conhecimento sobre o tema. É fundamental que as instituições de ensino ofereçam em seus cursos de graduação, pós-graduação e em cursos livres, disciplinas voltadas para o assunto, e não só para os profissionais de saúde, mas seria de grande valia que designers e outros projetistas também tivessem contato com esses conceitos durante sua formação. Esse

⁵³ 1998 apud ALANO, 2005, p. 7.

conhecimento prévio faz com que mais pessoas descubram e se interessem pela temática e, ao notar as diversas carências do setor, possam desenvolver produtos e serviços de qualidade.

Junto com os órgãos responsáveis, os designers podem auxiliar na implementação de produtos e serviços semelhantes aos apresentados na seção 2.3.1, referentes às etapas de dispensação de medicamentos (como o serviço oferecido no Japão) e de uso (promovendo a integração farmacêutico-médico, o acompanhamento do uso dos medicamentos, etc.). Além dos exemplos apresentados até agora nessa dissertação, existem outras possibilidades de atuação dos designers na Atenção Farmacêutica e até em outros cuidados de saúde. Para ilustrar, pode-se citar a iniciativa da IDEO, escritório de design e consultoria em inovação, junto ao hospital Kaiser Permanente, que promoveu uma série de workshops voltados para enfermeiros, médicos e administradores, para estimular seus funcionários a contribuírem com novas ideias. Segundo o responsável pela empresa, “estes workshops levaram a um portfólio de inovações, das quais muitas estão sendo implementadas em toda a empresa” (BROWN, 2008, p. 2, tradução nossa). Assim, um novo artefato para cirurgia do seio foi desenvolvido pela equipe da IDEO e por um grupo de cirurgiões, com auxílio de um protótipo rudimentar do instrumento ideal, de modo que os cirurgiões pudessem avaliar o projeto com mais precisão (BROWN, 2008, p. 3, tradução nossa). Também foi desenvolvido um software simples para facilitar a transmissão de informações entre os enfermeiros sobre o quadro dos pacientes a cada troca de turno, na qual os profissionais poderiam resgatar anotações anteriores e adicionar novas durante sua jornada de trabalho (BROWN, 2008, p. 3, tradução nossa). Para o CEO e presidente da empresa, Tim Brown, através do design thinking centrado no ser humano, pode-se desenvolver projetos inovadores, que refletem com mais precisão o que os consumidores precisam, e completa dizendo que não importa para onde se olha, vê-se problemas que podem ser resolvidos apenas através da inovação, como cuidados de saúde inacessíveis ou indisponíveis, entre outros (BROWN, 2008, p. 8-9, tradução nossa).

Como visto na seção 5.2, há um enorme potencial de novos projetos a partir de mudanças promovidas pelos órgãos competentes. Segundo Pereira e Freitas (2008, p. 608) “a Atenção Farmacêutica proporciona impacto positivo no controle de patologias crônicas, associado à redução de custos para o sistema de saúde, os quais podem nortear a implantação e implementação desse serviço em nosso país”. Chaimowicz (1997, p. 197) complementa esse pensamento ao afirmar que, “sem programas adequados de controle das doenças crônico-degenerativas e suas complicações, direciona-se inevitavelmente o atendimento do idoso aos serviços de urgência”, aumentando o sofrimento e o risco de vida do paciente. As principais soluções ainda dependem em grande parte do Estado, como a formação de profissionais

qualificados para atuarem no contexto da Assistência e da Atenção Farmacêutica; a prática da saúde preventiva; ações educativas voltadas para a população sobre o Uso Racional dos Medicamentos; regulação dos medicamentos, suas embalagens e outros artefatos; regulação das atividades oferecidas por farmácias e drogarias, assim como a atuação do farmacêutico. Entender as diferentes questões do processo de envelhecimento e suas consequências no Brasil “pode ajudar na formulação de políticas públicas que visem o cuidado à longo prazo das doenças crônicas, bem como a distribuição e gerenciamento de recursos para a promoção da qualidade de vida, visando a redução de custos” (ALVES et al., 2016, p. 64). Entretanto, muitas alternativas podem ser desenvolvidas independente da iniciativa do Estado. Um exemplo disso é recolhimento de sobras ou de medicamentos vencidos pelas farmácias e drogarias, feito apenas por alguns estabelecimentos, mas que traria muitos benefícios para a população se aperfeiçoado e estendido, assim como muitas outras campanhas do tipo.

Outra área que tem potencial de crescimento é o desenvolvimento de aplicativos. Entre os idosos, as perspectivas são de aumento no número de indivíduos que usam smartphones, tablets e outros gadgets, o que abre novas possibilidades de mercado. Atualmente, a adesão aos aparelhos eletrônicos pela terceira idade ainda é baixa, seja pelo seu custo ainda elevado para a maioria da população, seja pela tecnofobia, que é o medo da tecnologia, mas através do desenvolvimento de recursos mais amigáveis, da redução do preço dos aparelhos e da inclusão digital de mais idosos é esperada uma mudança nesse quadro. O aplicativo “Hora do remédio” é um exemplo, criado pelo brasileiro Eduardo Halfen para ajudar no controle dos medicamentos⁵⁴. O profissional da saúde também pode ser o público-alvo desses novos produtos. Pode-se citar o aplicativo MedSUS, desenvolvido pelo Ministério da Saúde para médicos, demais profissionais de saúde e gestores, que traz a lista de medicamentos indicados pelo Sistema Único de Saúde e tem como objetivo proporcionar mais qualidade nas prescrições médicas e incentivar o uso racional de medicamentos⁵⁵.

Nota-se, nos últimos anos, a ampliação das atribuições dos farmacêuticos. Em 2013, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) publicou a Resolução n. 585, que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico, com foco no fortalecimento da farmácia clínica, e que serviu de base para a Resolução n. 586, também de 2013 (BRANDÃO, 2014, p. 7). Esta autoriza a prescrição farmacêutica, que são as recomendações dadas pelo farmacêutico ao

⁵⁴ Disponível em: <<http://g1.globo.com/tecnologia/tem-um-aplicativo/noticia/2012/07/aplicativo-lembra-hora-de-tomar-remedio-e-ajuda-controlar-doses.html>>. Acesso em 29 jul. 2017.

⁵⁵ Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/354-sctie-raiz/daf-raiz/medsus/9310-med>>. Acesso em 29 jul. 2017.

paciente sobre os cuidados relativos à sua saúde, “e este processo não necessariamente resulta do diagnóstico nosológico [classificação] de doenças nem pressupõe a indicação do uso de medicamentos” (JOÃO, 2014, p. 14). Desde 2014 as farmácias também têm permissão para dispor de vacinas e soros para atendimento à população de acordo com a Lei n. 13.021/14, mas por falta de regulamentação, o serviço continua restrito a clínicas de vacinação. No final de junho de 2017, a ANVISA convocou a consulta pública n. 328/17, com o objetivo de tratar sobre os requisitos mínimos para os serviços de vacinação em todo o País e espera-se que, em breve, a agência publique uma resolução sobre a padronização das normas sanitárias e as farmácias possam iniciar esse serviço⁵⁶. Esses exemplos ilustram as mudanças que estão em curso na prestação de cuidados em saúde, e através deles é possível imaginar o potencial de expansão dos serviços farmacêuticos na atenção ao idoso. A expectativa é de que as farmácias retomem a função de estabelecimentos de saúde e surjam novas oportunidades, inclusive de serviços de Atenção Farmacêutica. Essa dissertação sugere que o design possa colaborar no desenvolvimento de projetos inovadores na área de assistência à saúde, contribuindo para a qualidade de vida do idoso brasileiro.

⁵⁶ Disponível em: <<http://www.cff.org.br/noticia.php?id=4550>>. Acesso em: 29 jul. 2017.

REFERÊNCIAS

- ALANO, G. M. **Reflexão e contribuição para uma nova prática:** os serviços farmacêuticos voltados ao paciente sob a perspectiva de farmacêuticos do Estado de Santa Catarina. 2005. 199 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- ALVES, D. S. B.; BARBOSA, M. T. S.; CAFFARENA, E. R.; SILVA, A. S. Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro: contribuições para políticas públicas sustentáveis. **Cad. Saúde Colet.**, v. 24, n. 1, p. 63-69, 2016.
- ALVES JUNIOR, E. D. Da educação gerontológica à educação física gerontológica: em busca de uma educação física mais apropriada para os idosos. In: PAZ, S. F. et al. (Org.). **Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?** Rio de Janeiro: CBCISS; ANG/Seção Rio de Janeiro, 2000.
- ANDRES, J. E. G. et al. Recursos gráficos auxiliares à compreensão de receituários médicos. In: Congresso Internacional de Ergonomia e Usabilidade de Interfaces Humano-Tecnologia, 2014, Joinville. **Anais do XIV Congresso Internacional de Ergonomia e Usabilidade de Interfaces Humano-Tecnologia.** Joinville: UNIVILLE, 2014.
- ARRAIS, P. S. D.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 927-37, 2007.
- BAOS VICENTE, V. La calidad en la prescripción de medicamentos. **Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud**, v. 23, n. 2, p. 45-54, 1999.
- BEAUVOIR, S. **A Velhice.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BLUM, A.; MERINO, E. A. D. Ergonomia em rótulos de medicamentos: uma análise a partir de princípios do conforto visual. **Anais do 15º ERGODESIGN USIHC**, jun., 2015.
- BORJA-OLIVEIRA, C. R. Organizadores e cortadores de comprimidos: riscos e restrições ao uso. **Rev. de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 123-127, 2013.
- BRANDÃO, A. Atribuições clínicas do farmacêutico, sim. **Pharmacia Brasileira**, ano XXII, n. 88, p. 6-10, 2014. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/140/pb88web.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2017.
- BRASIL. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública n. 81, de 29 de agosto de 2007. **Dispõe sobre a Criação do Vocabulário Controlado de Embalagens de Medicamentos.** Diário Oficial da União, 03 set. 2007. Disponível em: <<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5B19622-2-0%5D.PDF>>. Acesso em: 23 jun. 2017.

BRASIL. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Guia de Redação de Bula.** Brasília, 2009. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33836/2825711/2009-09-04_Guia%2Bde%2Breda%C3%A7%C3%A3o%2Bde%2Bbulas+%281%29.doc/3c132f80-8b1a-491f-ab86-168524b6199d>. Acesso em: 31 jul. 2017. (a)

BRASIL. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **O que devemos saber sobre medicamentos.** Brasília, 2010. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/d1ebd3804745871090afd43fbc4c6735/Cartilha+o+que+devemos+saber+sobre+medicamentos.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em 20 dez. 2015.

BRASIL. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Perguntas Frequentes sobre Rotulagem de Medicamentos.** Brasília, s/d. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/perguntas-sobre-rotulagem-de-medicamentos>>. Acesso em 26 fev. 2017.

BRASIL. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n. 344, de 12 de maio de 1998. **Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.** Diário Oficial da União, Brasília, 15 mai. 1998. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/scriptsweb/anvisalegis/VisualizaDocumento.asp?ID=939&Versao=2>>. Acesso em: 04 jan. 2017.

BRASIL. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n. 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.** DOU n. 172, 9 set. 2009. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_47_2009_COMP.pdf/00172aeb-caab-4016-bc11-d318a8b74170>. Acesso em: 31 jul. 2017. (b)

BRASIL. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n. 71, de 22 de dezembro de 2009. **Estabelece regras para a rotulagem de medicamentos.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 245, p. 75, 2009. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/res0071_22_12_2009.pdf/84755241-6284-48f9-a446-ec9d34841622>. Acesso em: 02 ago. 2016. (c)

BRASIL. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n. 80 de 11 de maio de 2006. **Dispõe sobre o fracionamento de medicamentos em farmácias e drogarias.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 mai. 2006, Seção 1. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/d8dce88047457b4b8806dc3fbc4c6735/RDC+80+2006.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 24 jan. 2016.

BRASIL. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Vocabulário Controlado de Formas Farmacêuticas, Vias de Administração e Embalagens de Medicamentos.** Brasília: 2011. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/497d908047458b5f952bd53fbc4c6735/vocabulario_controlado_medicamentos_Anvisa.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 23 mai. 2016.

BRASIL. Lei n. 5.991, de 17 de dezembro de 1973. **Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, 19 dez. 1973. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm>. Acesso em: 02 jan. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PLATAFORMA BRASIL. **Sobre o sistema CEP/CONEP.** s/d. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. **Manual de orientação: pendências frequentes em protocolos de pesquisa clínica,** 2015. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/arquivos/documentos/MANUAL_ORIENTACAO_PENDENCIAS_FREQUENTES_PROTOCOLOS_PESQUISA_CLINICA_V1.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Diário Oficial da União, n. 12, 13 jun. 2013, Seção 1, p. 59. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 21 abr. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Norma operacional n. 001/2013,** 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/arquivos/CNS%20%20Norma%20Operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2030-09.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. **Política nacional de medicamentos.** Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Ministério da Saúde, 3. ed., Brasília, 2010.

BRASIL. Projeto de lei n. 3.344, de 06 de março de 2012. **Dispõe sobre a emissão e o controle do receituário de atividades médicas específicas e dá outras providências.** Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=536023>>. Acesso em: 30 dez. 2016.

BRASIL. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.** Diário Oficial da União, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 14 jan. 2016.

BROWN, T. Design thinking. **Harvard business review,** v. 86, n. 6, p. 1-10, 2008.

CARDOSO, R. **Design para um mundo complexo.** São Paulo: Cosac Naify, 2013.

CARROL, M. **Enfermagem para idosos**. São Paulo: Andrei, 1991 apud FLEMMING, I.; GOETTEN, L. F. Medicamentos mais utilizados pelos idosos: implicações para a enfermagem. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v.9, n. 2, p. 121-128, 2005.

CFF – Conselho Federal de Farmácia. **Vacinação em farmácias, uma nova perspectiva do farmacêutico na comunidade: da implantação à técnica**. Brasília, 18 jul. 2017. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/noticia.php?id=4550>>. Acesso em: 29 jul. 2017.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. de Saúde pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C. **El ejercicio de la atención farmacéutica**. Madrid: McGraw-Hill, 1998 apud ALANO, G. M. **Reflexão e contribuição para uma nova prática**: os serviços farmacêuticos voltados ao paciente sob a perspectiva de farmacêuticos do Estado de Santa Catarina. 2005. 199 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

CIPOLLE, R.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. **El ejercicio de la atención farmacéutica**. Madrid: McGraw Hill – Interamericana, 2000 apud PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 601-612, 2008.

CNDL – Confederação Nacional de Dirigentes Lojistas; SPC Brasil. **O estilo de vida da terceira idade contemporânea no Brasil**. 2016. Disponível em: <<http://www.cndl.org.br/wp-content/uploads/2016/10/Apresenta%C3%A7%C3%A3o-Consumo-de-Idosos--Estilo-de-Vida-e-Tecnologia-v8.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

COMITÉ DE CONSENSO. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). **Ars Pharmaceutica**, v. 48, n. 1, p. 5-17, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**: Resolução CFM n. 1931, de 17 set. 2009 (versão de bolso). Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/campanha.asp>>. Acesso em: 04 jan. 2017.

CONTI, M. A.; ADELINO, C. C.; LEITE, L. B.; VASCONCELOS, S. B. Partição de comprimidos: considerações sobre o uso apropriado. **Boletim Farmacoterapêutica**, v. 12, n. 04-05, p. 1-6, 2007.

COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION M. M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. **Acta Paul. Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 43-48, 2006.

COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C.; ALMEIDA, J. C.; CIPULLO, J. P.; MARTIN, J. F. V. Semiologia do idoso. In: PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001 apud COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION M. M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. **Acta Paul. Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 43-48, 2006.

DE ANDRADE, M. A.; SILVA, M. V. S.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 55-64, 2004.

DE OLIVEIRA, E. A. et al. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. Public production of medicines in Brazil: an overview. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2379-2389, 2006.

DELORENZE, G. N.; FOLLANSBEE, S. F.; NGUYEN, D. P.; KLEIN, D. B.; HORBERG, M.; QUESENBERRY, C. P.; BLICK, N. T.; TSAI, A. L. Medication error in the care of HIV/AIDS patients: electronic surveillance, confirmation, and adverse events. **Med. Care**, v. 43, n. 9, p. 63-68, 2005 apud PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 601-612, 2008.

DISTRITO FEDERAL. Lei n. 4.219, de 09 de outubro de 2008. **Dispõe sobre a expedição de receitas médicas e odontológicas digitadas em computador no âmbito do Distrito Federal e dá outras providências**. Diário Oficial do Distrito Federal, 20 out. 2008.

Disponível em:

<http://www.tc.df.gov.br/SINJ/BaixarArquivoNorma.aspx?id_norma=58832>. Acesso em: 30 dez. 2016.

DOUCETTE, W. R.; MCDONOUGH, R. P.; KLEPSE, D.; MCCARTHY, R. Comprehensive medication therapy management: identifying and resolving drug-related issues in a community pharmacy. **Clin. Ther.**, v. 27, n. 7, p. 1104-1111, 2005 apud PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 601-612, 2008.

FERNANDES, M. J. As dificuldades que os hipertensos idosos enfrentam para fazer uso do medicamento de forma correta. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. UFMG. Conselheiro Lafaiete, MG: 2013.

FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; FAUS, M. J.; GASTELURRUTIA, M. A.; BAENA, M. I.; MARTINEZ MARTINEZ, F. Evolución del concepto de problemas relacionados con los medicamentos: resultados como el centro de un nuevo paradigma. **Seguimiento Farmacoterapéutico**, v. 3, n. 4, p. 167-188, 2005 apud PANEL DE CONSENSO. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). **Ars Pharmaceutica**, v. 48, n. 1, p. 5-7, 2007.

FLEMMING, I.; GOETTEN, L. F. Medicamentos mais utilizados pelos idosos: implicações para a enfermagem. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v.9(2), mai./ago., 2005.

FREIRE, C. C.; GIMENES, F. R. E.; CASSIANI, S. H. B. Análise da prescrição informatizada, em duas clínicas de um hospital universitário. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 37, n. 1-2, p. 91-96, 2004.

G1. Tecnologia e games. **Aplicativo lembra hora de tomar remédio e ajuda a controlar doses.** Disponível em: <<http://g1.globo.com/tecnologia/tem-um-aplicativo/noticia/2012/07/aplicativo-lembra-hora-de-tomar-remedio-e-ajuda-controlar-doses.html>>. Acesso em 29 jul. 2017.

GALATO, D. et al. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 3, p. 465-475, 2008.

GALATO, F.; JUST, M.C.; GALATO, D.; SILVA, W.B. Desenvolvimento e validação de pictogramas para o uso correto de medicamentos: descrição de um estudo piloto. **Acta Farm. Bonaer.**, v. 25, n. 1, p. 131-138, 2006.

GARIEPY, I. Assessoramento Farmacêutico em Canadá: uma opinion que se paga. **Boletín Fepafar**, v. 10, p. 6-7, 1997 apud PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 601-612, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais.** 10. ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.

GURGEL, F. A. **Administração da embalagem.** 2. ed. Rio de Janeiro: SENAC RJ, 2014.

HEPLER, C.D.; STRAND, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **Am. J. Hosp.Pharm.**, v. 47, n. 3, p. 533-543, 1990 apud PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 601-612, 2008.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Atlas do censo demográfico 2010.** Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>>. Acesso em: 06 jun. 2016.

IDOSO. In: LUFT, C. P. **Minidicionário Luft.** 8. ed. São Paulo: Scipione, 1990. p. 300.

INRUD – International Network for Rational Use of Drugs. **About INRUD.** s/d. Disponível em: <<https://sites.google.com/a/msh.org/inrud-archive/?CFID=15164682&CFTOKEN=31244481>>. Acesso em: 14 jan. 2016.

IVAMA, A. M. et al. **Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos: relatório 2001-2002.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

JOÃO, W. J. Entrevista com Dr. Walter Jorge João, Presidente do CFF. **Pharmacia Brasileira**, ano XXII, n. 88, p. 11-14, 2014. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/140/pb88web.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2017.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.

KROGERUS, M.; TSCHÄPPELER, R. **The decision book: fifty models for strategic thinking**. New York: Norton, 2012.

LIMA, I. M. N.; SANT'ANA, L. A. J. **Atenção aos idosos de municípios envelhecidos do Mato Grosso**. Cuiabá: EdUFMT, 2014.

LIMA, V. L. A. **Comunicação na utilização de medicamentos por pacientes crônicos: uma abordagem ergonômica**. 2012. 198 f. Tese (Doutorado em Design) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

LIMA, V. L. A.; MORAES, A. Compreensão e uso de medicamentos prescritos por pacientes cardíacos crônicos. **11. Ergodesign USIHC**, 2011.

LIMA, V. L. A.; MORAES, A. Relevância da comunicação visual na auto-administração de medicamentos por pacientes crônicos: uma abordagem ergonômica. **Arcos Design**, v. 7, n. 2, p. 172-189, 2013.

LOPES, D. M. Análise da rotulagem de medicamentos semelhantes: potenciais erros de medicação. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 58, n. 1, p. 95-103, 2012.

MADRUGA, C. M. D. **Manual de orientações básicas para prescrição médica**. 2ª ed. rev. ampl. Brasília: CRM-PB/CFM, 2011.

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

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARGONATO, F. B.; THOMSON, Z.; PAOLIELLO, M. M. B. Determinantes nas intoxicações medicamentosas agudas na zona urbana de um município do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(2):333-341, fev, 2008.

MARRIOTT, J. L.; NATION, R. L. Splitting tablets. **Australian Prescriber**, v. 25, n. 6, p. 133-5, 2002 apud CONTI, M. A.; ADELINO, C. C.; LEITE, L. B.; VASCONCELOS, S. B. Partição de comprimidos: considerações sobre o uso apropriado. **Boletim Farmacoterapêutica**, v. 12, n. 04-05, p. 1-6, 2007.

MASTROIANNI, P. C.; ANDRADE, R. V.; GALDUROZ, J. C. F.; FARACHE FILHO, A. Acesso, segurança e uso de medicamentos por usuários. **Revista Ciência em Extensão**, v.8, n.2, p. 6-24, 2012.

MARTÍNEZ ROMERO, F. Atención Farmacéutica en España: um gran compromiso. **Farm. Profess.**, v. 6, n. 9, p. 6-12, 1996 apud PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacéutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 601-612, 2008.

MATO GROSSO DO SUL. Lei n. 3.629, de 29 de dezembro de 2008. **Dispõe sobre a expedição de receitas médicas e odontológicas digitadas em computador, em âmbito do estado de Mato Grosso do Sul e dá outras providências.** Diário Oficial do Estado, Campo Grande, MS. Disponível em:

<http://www.al.ms.gov.br/DesktopModules/Noticias/ImprimeNoticias.aspx?tabid=185&mid=505&ItemID=29005&ctl=Print&dnnprintmode=true&SkinSrc=%5BG%5DSkins%2F_default%2FNo+Skin&ContainerSrc=%5BG%5DContainers%2F_default%2FNo+Container>.

Acesso em: 30 dez. 2016.

MELCHIORS, A. C.; CORRER, C. J.; FERNÁNDEZ-LLIMOS, F. Tradução e Validação para o Português do *Medication Regimen Complexity Index*. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 89, n. 4, p. 210-218, 2007.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **OMS cobra melhorias no atendimento aos idosos.**

Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-cobra-melhorias-no-atendimento-aos-idosos/>>.

Acesso em: 02 nov. 2017.

NASCIMENTO, M. C. R. et al. Qualidade de vida na terceira idade. In: PAZ, S. F. et al. (Org.). **Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?** Rio de Janeiro: CBCISS; ANG/Seção Rio de Janeiro, 2000.

NUNES, A. T. G. L. As mulheres na universidade de terceira idade: busca por novas formas de envelhecer. In: PAZ, Serafim Fortes et al. **Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?** Rio de Janeiro: CBCISS; ANG/Seção Rio de Janeiro, 2000.

OLIVEIRA, A. B.; OYAKAWA, C. N.; MIGUEL, M. D.; ZANIN, S. M. W.; MONTRUCCHIO, D. P. Obstáculos da Atenção Farmacêutica no Brasil. **Rev. Bras. Ciên. Farm.**, v. 41, n. 4, p. 409-413, 2005 apud PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 601-612, 2008.

OMS. **Guia para a boa prescrição médica.** Porto Alegre: ArtMed, 1998.

OMS. **Guia para a boa prescrição médica.** Porto Alegre: ArtMed, 1998 apud ARRAIS, P. S. D.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 927-37, 2007.

OMS. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. **Perspectivas políticas sobre medicamentos de La OMS**, n. 5. Ginebra, 2002. Disponível em:

<<http://www.who.int/medicinedocs/collect/medicinedocs/pdf/s4874s/s4874s.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

OMS. The Rational Use of Drugs. **Report of the Conference of Experts (El Uso Racional de Medicamentos. Informe de la Conferencia de Expertos)**. Ginebra, OMS, 1985 apud

OMS. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. **Perspectivas políticas sobre medicamentos de La OMS**, n. 5. Ginebra, 2002. Disponível em:

<<http://www.who.int/medicinedocs/collect/medicinedocs/pdf/s4874s/s4874s.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

OMS. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: Publicações da OMS, 2015. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

PANEL DE CONSENSO. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). **Ars Pharmaceutica**, v. 48, n. 1, p. 5-7, 2007.

PARANÁ. Lei n. 13.556, de 14 de maio de 2002. **Dispõe sobre obrigatoriedade de expedição de receitas médicas e odontológicas digitadas em computador, datilografadas ou escritas manualmente em letra de imprensa**. Diário Oficial do Estado, Curitiba, PR, n. 6230, de 15 mai. 2002. Disponível em: <<http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=3152&indice=1&totalRegistros=1>>. Acesso em: 30 dez. 2016.

PELOSI, M. S. et al. Velho e velhice: realidade virtual? In: PAZ, S. F. et al. (Org.). **Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?** Rio de Janeiro: CBCISS; ANG/Seção Rio de Janeiro, 2000.

PEPE, V. L. E.; CASTRO, C. G. S. O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 815-22, 2000.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 601-612, 2008.

POMBO, O. Epistemologia da interdisciplinaridade. **Ideação. Revista do Centro de Educação e Letras da Unioeste**, v. 10, n. 1, p. 9-40, 2008.

PORTAL DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **MedSUS**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/354-sctie-raiz/daf-raiz/medsus/9310-med>>. Acesso em 29 jul. 2017.

SANTI, L. Q. Prescrição: o que levar em conta? In: OPAS/OMS. **Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica**. Brasília: OPAS/OMS, v. 1, n. 14, 2016.

SÃO PAULO. Projeto de lei n. 669, de 21 de outubro de 2008. **Estabelece a obrigatoriedade dos postos de saúde, hospitais, clínicas, ambulatórios, consultórios médicos e odontológicos, da rede pública ou privada do Estado de São Paulo expedirem as receitas médicas e odontológicas digitadas e impressas com auxílio de computador ou de máquina de datilografia e dá outras providências**. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=821727>>. Acesso em: 30 dez. 2016.

SCHENKEL, E. P.; FERNÁNDES, L. C.; MENGUE, S. S. Como são armazenados os medicamentos nos domicílios? **Acta Farmaceutica Bonaerense**, Buenos Aires, v. 24, n. 2, p. 266-70, 2005.

- SCHENKEL, E.P.; RECH, N.; FARIAS, M.R.; SANTOS, R.I.; SIMÕES, C.M.O. Assistência Farmacêutica. In: **Saúde no Brasil - contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I.; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde do adulto: programas e ações em unidades básicas**. São Paulo: Hucitec, 1996 apud PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 601-612, 2008.
- SILVA, L. M. Disfagia orofaríngea pós-acidente vascular encefálico no idoso. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 9, n. 2, p. 93-106, 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4038/403838770008.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2016.
- SOUSA, H. W. O. *et al.* A importância do profissional farmacêutico no combate à automedicação no Brasil. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 5, n. 1, 2008.
- SPINILLO, C. G.; PADOVANI, S.; LANZONI, C. Ergonomia informacional em bulas de medicamentos e na tarefa de uso: um estudo sobre fármaco em suspensão oral. **Revista Ação Ergonômica**, v. 5, n. 1, 2010.
- STRAND, L. M.; CIPOLLE, R. J.; MORLEY, P. C.; FRAKES, M. J. The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty five years of experience. **Curr. Pharm. Des.**, v. 10, n. 31, p. 3987-4001, 2004 apud PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 601-612, 2008.
- VERAS, R. P. O anacronismo dos modelos assistenciais na área da saúde: mudar e inovar, desafios para o setor público e o privado. In: VERAS, R. P. **Terceira idade: gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UnATI/UERJ, 2002 (b).
- VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- VERAS, R. P. *et al.* Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. In: VERAS, R. P. **Terceira idade: gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UnATI/UERJ, 2002 (a).
- VICTOR J. F.; XIMENES L. B.; ALMEIDA P. C.; VASCONCELOS F. F. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. 1, p. 49-54, 2009.
- VILARINO, J. F.; SOARES, I. C.; SILVEIRA, C. M.; RÖDEL, A. P. P.; BORTOLI, R.; LEMOS, R. R. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 1, p. 43-49, 1998 apud ALANO, G. M. **Reflexão e contribuição para uma nova prática: os serviços farmacêuticos voltados ao paciente sob a perspectiva de farmacêuticos do Estado de Santa Catarina**. 2005. 199 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ANEXO A – Roteiro da entrevista com geriatras**Local:****Data:****Médico: Dr.****Especialidade:**

- 01) Qual o perfil dos idosos atendidos no hospital/ consultório?**
- 02) Quais são as principais queixas dos idosos sobre o uso dos medicamentos?**
- 03) O que muda na prescrição de medicamentos para idosos se comparado com as outras faixas etárias?**
- 04) Quais são as principais formas farmacêuticas prescritas para os idosos e por que elas são as principais?**
- 05) Quais os principais motivos para os idosos usarem ou não usarem os organizadores de comprimidos?**
- 06) Quais são os principais cuidados que o idoso precisa ter ao usar organizadores de comprimidos?**
- 07) Quais são as estratégias que os idosos usam para não cometer nenhum erro ao usar medicamentos?**
- 08) É frequente atender idosos que cometeram erros de administração de medicamentos?**
- 09) Quais são os principais erros de administração de medicamentos cometidos por idosos atendidos no hospital/ consultório?**