

# A Terapêutica na Terceira Idade e o Uso Racional de Medicamentos

*Ariete Regina Berti<sup>1</sup>*

*Paulo Mayorga<sup>2</sup>*

## **Resumo**

O envelhecimento é um processo biológico e muitas doenças se desenvolvem nesta época da vida, devido à suscetibilidade natural do organismo. Existe uma falsa crença de que os medicamentos podem “curar” tudo, inclusive a velhice. A terapia medicamentosa, quando realmente necessária ao tratamento de algum estado patológico do paciente idoso, deve ser aplicada com restrições e de forma individualizada, pois a metabolização dos fármacos pode estar bastante diversa do esperado quando comparada à de adultos jovens. Ao contrário desta lógica, vemos um excesso de prescrições destinadas aos idosos, quando a prevenção das doenças seria mais coerente, mais saudável e menos onerosa. Além disto, outros elementos intrínsecos ao paciente idoso e ao seu comportamento são determinantes na terapêutica da terceira idade. A pesquisa sobre a utilização de fármacos (tipo, dose, indicação e uso) por parte desta população é necessária a fim de estabelecer a racionalização e otimização destes. Desta forma, o objeto central deste trabalho é fazer uma breve reflexão sobre os aspectos envolvidos na terapêutica da terceira idade, buscando com isto promover o uso racional de medicamentos por esta faixa da população.

*Palavras-Chave:* medicamento; terapêutica; uso racional; terceira idade.

## **Abstract**

The aging is a biological process and many illnesses appear in this time of life, due to the body natural susceptibility. There is a false belief that medicine can “cure” everything, including the old age. The medicinal therapy should be used with constraints and on an individualized way when it is really necessary to treat some pathologic conditions in an old patient since the drugs metabolism

<sup>1</sup> Farmacêutica, Formada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

*E-mail:* mayorga@farmacia.ufrgs.br

<sup>2</sup> Professor do Departamento de Produção e Controle de Medicamentos da Faculdade de Farmácia da UFRGS.

can be very diverse from the expected when compared to young adults. On the other hand, we see an excessive number of prescriptions to elderly, while the prevention to the diseases would be more coherent, healthier and less expensive. Besides, there are more intrinsic elements of the old patient as well as his behaviour which are crucial to the third age therapy. The research about the use of drugs (type, dosage, recommendation and usage) by this part of the population is necessary to establish their rationalization and optimization. Therefore this paper does a brief reflection about the aspects in the third age therapy trying to promote the rational use of drugs by these people.

*Key-Words:* drugs; therapy; third age.

---

## **1 Introdução**

Durante séculos, tentou-se descobrir a causa do envelhecimento e, das mais diversas maneiras, curar os homens desta *doença*. “A medicina moderna não pretende mais atribuir uma causa ao envelhecimento biológico: ela o considera inerente ao processo da vida, do mesmo modo que o nascimento, o crescimento, a reprodução, a morte.” (Beauvoir, 1990, p. 32).

Desde a década de 70, tem-se constatado um crescimento considerável do contingente populacional de indivíduos com mais de 60 anos em relação à população global em todos os países, desenvolvidos ou não, sendo mais significativo e mais rápido nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (Cançado, 1994).

No *Ano Internacional do Idoso* (1999), proposto pela Organização das Nações Unidas (ONU), mais uma vez se acirraram as discussões, propostas e iniciativas no sentido de ampliar os conhecimentos a respeito de quem são, onde e como vivem, quais as condições familiares, financeiras e de saúde dos idosos de nosso país.

Recentemente, foi realizada uma pesquisa visando traçar o perfil do cidadão idoso no Rio Grande do Sul, a fim de subsidiar a política social do idoso neste Estado. As informações levantadas mostram claramente a necessidade de abordar algumas questões consideradas prioritárias, como a *saúde*. Neste tópico tão abrangente, nos interessa, em particular, o uso de

medicamentos, cuja aquisição onera a renda familiar que, para 49,08% dos entrevistados, situa-se em torno de dois salários mínimos (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, a crescente redução nas taxas de mortalidade infantil e na segunda metade da vida, influenciada pelas melhores condições de higiene e pela queda sistemática das doenças infecciosas e parasitárias típicas do subdesenvolvimento, tem provocado um acentuado *viver mais*, porém não necessariamente um *viver melhor*. Lembremos que mais de 30% da população brasileira vive em miséria absoluta e a pseudo estabilidade da economia mantém um sem número de desempregados. As aposentadorias e pensões são, na grande maioria dos casos, irrisórias. Na verdade, o que existem são *sobreviventes*! “O número de idosos inválidos nos países em desenvolvimento é maior que o dos países desenvolvidos, em consequência da má nutrição, más condições assistenciais e de trabalho e das doenças no decorrer da existência.” (Cançado, 1994, p.25).

Infelizmente, muito preconceito ainda existe em torno deste tema. Para o próprio idoso é difícil aceitar sua condição. A suscetibilidade às doenças, as transformações físicas e sociais, incluindo a aposentadoria e o rompimento com o trabalho que, como diz o *ditado*: “enobrece o homem”, o abandono pelos filhos que constituem seus próprios núcleos familiares e a morte iminente podem tornar este período da vida um verdadeiro pesadelo. Além das enfermidades que, naturalmente, são mais freqüentes nesta etapa, ocorre uma somatização de todo esse desconforto e a busca por atendimento em saúde e por medicamentos se amplia.

Segundo Béria (1996, p. 55), “( . . . ) no Terceiro Mundo, os pacientes, muitas vezes, confiam mais nos medicamentos do que nos médicos.” e o gasto com medicamentos corresponde a 40% das verbas destinadas à saúde pública, enquanto que nos países desenvolvidos se limita a 8%. Os médicos apresentam um comportamento *prescritivo* e, “( . . . ) freqüentemente uma prescrição simboliza o fim de uma consulta ao invés do início de uma aliança”. No caso de pacientes idosos, maior atenção é requerida quanto à necessidade e à adequabilidade da terapia medicamentosa, já que estes pacientes apresentam diferenças significativas quanto à resposta aos fármacos, quando comparados

a adultos jovens.

A terapêutica tem evoluído ao longo dos tempos e muitos *venenos* utilizados no passado com fins curativos já foram abolidos da prática médica, porém muitos outros são introduzidos diariamente no mercado, sem estudos conclusivos sobre sua eficácia e segurança. Cabe ao prescritor avaliar a real necessidade de introduzir a utilização de um fármaco para modificar o curso clínico de um problema (Béria, 1996), quando, muitas vezes, uma recomendação sobre o estilo de vida, o abandono de um hábito insalubre como fumar, por exemplo, ou simplesmente o esclarecimento ao paciente sobre o seu problema podem ser suficientes.

Além dos problemas que podem ser relacionados à prática da prescrição ou à terapêutica em si, existem ainda aqueles relacionados com a própria estrutura do sistema de saúde pública do nosso país. O processo de descentralização do sistema de saúde (NOB-SUS, 1996) vem transferindo, num ritmo crescente, um elenco de responsabilidades aos gestores estadual e municipal, responsabilidades estas para as quais os mesmos não estão, necessariamente, preparados. Entre estas atividades podemos destacar aquelas relacionadas ao medicamento, como a seleção, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e a farmacovigilância, todos componentes da chamada assistência farmacêutica. Observa-se assim, que o medicamento constitui um elo de ligação entre os diversos profissionais da saúde, os quais, em algum momento, entram em contato com o mesmo.

Enfim, a terapêutica e a utilização do medicamento fazem parte de um ciclo logístico amplo e essencialmente pluridisciplinar, o qual deve ser racionalizado, em todas as suas etapas, buscando não apenas a redução de custos mas principalmente qualificação dos serviços em saúde prestados à população.

## **2 O Paciente Idoso**

A saúde é, sem dúvida, uma das principais preocupações das pessoas idosas, principalmente quando a falta dela impõe restrições à autonomia e à independência. Em recente pesquisa realizada com idosos não institucionalizados residentes no Rio Grande do Sul, 48% dos entrevistados

apontaram a saúde como *o valor mais importante na sua vida* (RIO GRANDE DO SUL, 1997). Devemos, contudo, diferenciar o processo de envelhecimento do processo patológico, pois *velhice não é doença* mas, certamente, um período de enfraquecimento quando consideramos apenas o aspecto físico.

Na velhice, estão presentes numerosas alterações morfológicas e funcionais em todos os órgãos e tecidos, tais como a perda do vigor e da força física, problemas na memória e dificuldade na aquisição de novos conhecimentos, queda de cabelos, perda da massa óssea e aumento no percentual de gordura corporal, diminuição da visão e audição, redução da potência sexual, entre outras. Todas estas mudanças são consideradas normais e não constituem enfermidades: ninguém jamais morreu vítima de cabelos brancos ou pele enrugada mas a probabilidade de ficar doente aumenta com a idade, pois todas essas alterações nos tornam mais vulneráveis às doenças. Segundo Hayflick (1997, p.36):

*“( . . . ) à medida que envelhece, nosso sistema imunológico fica menos eficiente para nos defender e aumenta sua probabilidade de cometer erros na defesa. Pode confundir proteínas normais em nosso organismo com proteínas estranhas e produzir anticorpos contra nossas próprias células. O resultado é uma doença auto-imune.”*

Na verdade, a linha que limita o envelhecimento considerado *normal* do patológico é muito tênue e se caracteriza por uma situação de equilíbrio instável, que pode ser desfeito por causas mínimas, isto é, causas que nos indivíduos jovens não têm conseqüências ou provocam conseqüências de pouca importância e duração (Nicola, 1986).

A suscetibilidade natural do idoso às doenças e também aos acidentes devido à debilidade física, o tornam um paciente singular. Geralmente se apresentam várias enfermidades associadas, algumas delas crônicas, resultantes do modo de vida ou da atividade profissional desenvolvida ao longo de anos. Como diz Beauvoir (1990, p.37):

*“Há uma relação de reciprocidade entre velhice e doença; esta última acelera a senilidade e a idade avançada predispõe a perturbações patológicas, particularmente aos processos degenerativos que a caracterizam. É muito raro encontrar o que poderíamos chamar de velhice no estado puro. As pessoas idosas são acometidas de uma polipatologia crônica.”*

A terapia medicamentosa aplicada a pacientes idosos requer cuidados especiais, pois a ação dos fármacos é bastante afetada pela idade. Isso se deve, principalmente, ao fato do metabolismo dos fármacos e da função renal serem menos eficientes nos extremos da vida. Assim, com algumas exceções, os fármacos tendem a produzir efeitos maiores e mais prolongados. As alterações na composição corporal, como o aumento na percentagem de gordura, tem como consequência alterações no *volume de distribuição* que está relacionado com a concentração plasmática do fármaco (aumento do volume de distribuição para fármacos lipossolúveis e redução para fármacos polares) (Rang *et al*, 1997). O ajuste de dose de fármacos em pacientes idosos pode seguir um roteiro que inclua a determinação da função renal via dosagem de creatinina, já que o rim é o órgão mais importante de eliminação de fármacos e de seus metabólitos (Kampmann; Hansen, 1979).

A presença de polipatologias nos pacientes idosos e o consequente consumo de vários fármacos simultaneamente aumenta o potencial de interação entre eles. Esta interação pode ser benéfica ou adversa. Por exemplo, no caso do uso de dois fármacos, o resultado final pode ser a “( . . . ) intensificação ou a diminuição dos efeitos de uma ou das duas drogas ou ainda o aparecimento de novo efeito que não é observado com nenhum dos dois fármacos quando administrados isoladamente.” (Nies, 1996, p.44). O que esperar quando 10 ou 20 fármacos são utilizados concomitantemente? E o inocente *chazinho* de ervas tomado inadvertidamente? A observação adequada e minuciosa das reações do paciente, a anamnese farmacêutica e o prévio conhecimento dos mecanismos prováveis das interações entre fármacos são imprescindíveis para o planejamento do regime terapêutico.

Obviamente, não podem ser considerados separadamente os fatores

biológicos e os psicossociais, cuja relação é evidente: alguns eventos psicossociais podem desencadear doenças e vice-versa. Em última análise, é preciso que a concepção atual da terapêutica ceda lugar a uma nova abordagem, de cunho multidisciplinar e centrada no paciente e não mais no medicamento.

### **3 A Terapêutica, desde a Primeira Idade**

A terapêutica, em seu sentido amplo, é o emprego de diversas medidas, entre elas o uso de fármacos, no combate às doenças.

A Medicina e a Farmácia, que se confundiram durante séculos, são tão velhas quanto a humanidade, porém, até o século passado, a tentativa de combater doenças e aliviar sintomas se baseava na superstição, magia e religião.

Há mais de 6000 anos, no Oriente, a Medicina foi exercida pelos religiosos, que detinham em seu poder os segredos das receitas nos templos. Na civilização grega, a medicina teve grande desenvolvimento, devido ao imenso número de homens célebres que se dedicaram aos estudos médicos, entre eles Hipócrates, considerado o *pai da Medicina*. Naquela época, cerca de 460 a .C., os gregos já não acreditavam que as doenças tivessem origem sobrenatural e iniciava-se a observação dos pacientes, o estudo do comportamento biológico do homem e dos animais e a experimentação de medicamentos, sendo muito apreciadas as fórmulas mais complexas, as quais foram o início da polifarmácia. Mais tarde (80 anos a.C.), apareceu a *teriaga* (antídoto contra todos os venenos), cujo sucesso durou cerca de dezessete séculos.

Galeno foi outra celebridade do mundo antigo que iniciou o emprego de certas substâncias de origem vegetal como agentes terapêuticos. Ele considerava a velhice como “( . . . ) intermediária entre a doença e a saúde.” (Beauvoir, 1990, p.24). Seus ensinamentos foram aceitos durante mais de 1000 anos.

As teorias sobre o envelhecimento foram várias e a busca da *fonte da juventude* esteve presente desde sempre. A primeira tentativa importante de ampliar a longevidade na civilização ocidental foi a alquimia, na Idade Média, cujo objetivo era encontrar o *elixir da longa vida* ou, como era chamada, a *pedra filosofal*, além de transformar metais comuns em ouro e prata (Hayflick,

1997). A alquimia acabou evoluindo e tornando-se base para a química médica.

O primeiro a combater o galenismo (polifarmácia) foi Paracelso (1493-1541), o químico mais famoso da Idade Média, o qual introduziu novos medicamentos, defendeu a prescrição simples com poucos ingredientes e profetizou a síntese de inúmeros compostos para experimentações farmacológicas e aplicações médicas.

Na França, a separação da Medicina e da Farmácia efetuou-se em 1425, quando a Medicina passou a ser ensinada na Universidade, criando-se três classes distintas: médico, cirurgião e boticário. Com a descoberta da América, a Farmácia dos séculos XVI e XVII ganhou numerosos e novos medicamentos, tais como a quina e a ipecacuanha.

A partir do ano 1800, devido aos avanços da Química e de outras ciências, vários princípios ativos de vegetais começaram a ser isolados (morfina, atropina, quinina, etc.), ao mesmo tempo em que se desenvolvia a síntese de várias substâncias dotadas das mesmas propriedades fisiológicas que as de origem natural. Assim, o sonho de Paracelso parecia tornar-se realidade e o médico poderia simplificar as fórmulas e abandonar a polifarmácia.

As descobertas de Pasteur acerca da microbiologia, o uso de anti-sépticos e medidas de saúde pública foram responsáveis pela redução drástica de taxas de mortalidade e pelo aumento na duração média de vida. O desenvolvimento tecnológico crescente permitiu o aumento substancial da capacidade de produção, bem como modificações na apresentação de produtos farmacêuticos, tais como pílulas, pomadas, etc. Novas formas farmacêuticas foram criadas: comprimidos, cápsulas, granulados, emulsões estáveis, soluções, entre outras, todas contendo uma dosagem rigorosa das substâncias ativas utilizadas.

Os estudos a respeito do mecanismo de ação, toxicidade, absorção, distribuição e eliminação dos fármacos, ou seja, de toda a ação e trajetória dos fármacos no organismo humano estiveram inibidos durante muito tempo, pois a experimentação em seres humanos era impedida por motivos éticos. Somente na década de 50 a aplicação do método científico aos ensaios clínicos, aliada ao desenvolvimento de técnicas analíticas de alta precisão, permitiram uma maior confiabilidade nos seus resultados. Neste momento foi então possível a obtenção de informações a respeito da dose efetiva de um fármaco, do intervalo



necessário entre as doses, a ação farmacológica esperada, os possíveis efeitos adversos, toxicidade, etc. (Nies,1996). Há que se considerar, porém, que pode existir uma certa variabilidade do efeito de um fármaco administrado ao mesmo indivíduo em diferentes ocasiões, quanto mais a indivíduos diferentes (Rang *et al.*, 1997). Na verdade, o médico usa os resultados de um estudo clínico para estabelecer um experimento em cada paciente, tanto que, cerca de metade dos efeitos úteis e adversos dos fármacos, que não foram reconhecidos no estudo formal inicial, foram descobertos subseqüentemente e relatados por clínicos durante a sua prática (Nies, 1996).

Enfim, diante de tantos avanços em todas as áreas envolvidas, durante as últimas décadas deste século, a indústria farmacêutica coloca no mercado, hoje, uma infinidade de medicamentos, criando o que chamamos de *selva terapêutica*. Estima-se que existam, no Brasil, cerca de 20 mil apresentações comerciais, correspondentes a 7100 medicamentos, números muito além dos cerca de 400 preconizados como essenciais pela Organização Mundial da Saúde. Se instala, pois, uma verdadeira confusão na prática médica, devido em parte à propaganda realizada pela indústria farmacêutica, parcialmente científica e freqüentemente distorcida. A ausência de mecanismos adequados de controle da produção, comercialização, publicidade, prescrição e consumo de medicamentos, em âmbito nacional, contribui para este caos (Béria, 1991). As deficiências do sistema de vigilância sanitária, a inexistência de um projeto amplo e consistente de farmacovigilância bem como a falta de estudos sobre a utilização de medicamentos, constituem exemplos claros da precariedade do nosso sistema de saúde (Mayorga, 1999).

#### **4 Urgente: a nova era da terapêutica**

Infelizmente, não existe uma cápsula para curar o sentimento de abandono pelos filhos, nem pomada contra o preconceito. O xarope adoça a boca, mas não *adoça a vida!* O mito da *teriaga* já se desfez e é imperioso que desfaçamos também o mito do medicamento *mágico*.

Não é possível *curar* alguém do envelhecimento, que pode se manifestar com cronologia variável de indivíduo para indivíduo, pois ele é inerente ao processo da vida . Pode-se, entretanto, tomar diversas medidas a fim de evitar

ou retardar o aparecimento de doenças e assim *acrescentar vida aos anos e não apenas anos à vida*.

Muito se fala na *Nova Era*, no terceiro milênio, na visão holística. Já se tornou inaceitável a visão clássica da doença como algo isolado: o ser humano deve ser considerado em toda a sua complexidade: corpo-mente-energia, além do ambiente onde vive. A terapêutica também deve entrar para uma “nova era”, promover o uso racional dos recursos medicamentosos e intensificar a prevenção das doenças através de práticas saudáveis. Segundo Lehr (1998), “(. . .) o envelhecimento saudável é o resultado de um processo ao longo da vida.” A falta de atividade física, uma dieta desequilibrada, baixa auto-estima e falta de ocupação não têm cura medicamentosa. Prevenir ainda é o melhor remédio!

Os exercícios físicos não retardam nem alteram o processo normal de envelhecimento, contudo são capazes de aumentar a longevidade na medida em que modificam os processos de doenças, principalmente as cardiovasculares, que são a principal causa de morte em indivíduos acima de 60 anos, no Brasil. Segundo Hayflick (1997, p.266):

*“Existem indícios consideráveis de que os exercícios podem adiar ou reduzir a ocorrência de ataques cardíacos, angina, diabetes não dependente de insulina, osteoporose e hipertensão. (. . .) A prática de exercícios também pode produzir uma sensação geral de bem-estar, reduzindo a ansiedade, depressão, tensão e os efeitos do estresse.”*

A atividade física afeta beneficemente o perfil das gorduras corpóreas, pela transformação das lipoproteínas de baixa densidade (“colesterol ruim”), com grande poder de adesão ao vaso sanguíneo, em lipoproteínas de alta densidade (“colesterol bom”), impedindo, desta forma, as obstruções vasculares. Além disso, “(. . .) o exercício regular e contínuo promove adaptação gradual do sistema cardiovascular e da musculatura esquelética”, prevenindo a reincidência do infarto ou reduzindo a área de um infarto após um evento coronariano (Gorinchteyin, 1999).

Os idosos são suscetíveis a deficiências alimentares, devido à diminuição do olfato e da sensibilidade gustativa, depressão, solidão e problemas dentários, o que pode contribuir para um quadro patológico. O aconselhamento sobre a necessidade de uma dieta equilibrada certamente é mais útil e menos oneroso do que a prescrição de complexos vitamínicos ou o tratamento da obesidade.

Os distúrbios do sono, freqüentes em pessoas idosas, devem ser bem avaliados quanto às suas causas, pois podem ser oriundos de problemas sociais ou psicológicos, problemas farmacológicos, problemas médicos ou se constituírem em distúrbios específicos do sono. Os medicamentos hipnóticos não devem ser a base do tratamento da insônia, visto que ela é uma queixa de causas múltiplas e requer tratamentos diferentes. Sabe-se que os benzodiazepínicos, usados para sedação e indução do sono, produzem “(. . .) mais confusão e menos sedação nos idosos do que nos indivíduos jovens.” (Rang *et al.*, 1997, p.42). Ainda, “(. . .) o uso crônico de hipnóticos no idoso pode ocasionar sedação excessiva, confusão, déficit cognitivo e alterações da personalidade. Esses sintomas são similares aos sintomas de demência, tornando o diagnóstico difícil.” (Neto, 1994).

Uma boa higiene do sono que inclui recomendações como: evitar o consumo de cafeína (presente no café, chá preto, coca, guaraná), de tabaco e de bebidas alcoólicas, praticar exercícios físicos regularmente, levantar-se sempre no mesmo horário, tomar sol por, pelo menos, 30 minutos diários, não fazer refeições pesadas ou ingerir muito líquido até três horas antes de ir deitar para dormir, evitar cochilos diurnos, manter o quarto escuro, bem ventilado, calmo e com uma temperatura agradável durante a noite, etc., não apresenta efeitos adversos nem potencial de dependência. O uso de hipnóticos deve ser restrito a períodos de estresse importante e durante um curto espaço de tempo (Neto, 1994).

Inúmeros outros distúrbios presentes em pacientes idosos podem ser prevenidos ou tratados com medidas simples, sem a utilização de medicamentos, o que é bem mais adequado pois, como já foi mencionado, a metabolização de fármacos no idoso pode se apresentar bastante diversa do esperado. Além disso, muitas queixas podem não passar de efeitos adversos de medicamentos em andamento. Nesse sentido, deve-se avaliar a possibilidade de substituir ou

interromper o uso daquele(s) fármaco(s).

Quando a terapia medicamentosa é inevitável, deve-se revisar todos os fármacos que estão sendo utilizados pelo paciente, a fim de prevenir interações medicamentosas potenciais. A dosagem inicialmente proposta deve levar em conta a presença de distúrbios renais e cardiovasculares, além das condições gerais do paciente. Além disso, deve-se prevenir a não-adesão do paciente ao tratamento com medidas como:

- uso do esquema terapêutico mais simples possível, preferencialmente com o menor número de doses diárias;
- instruções breves, claras e explícitas, que incluam o propósito e a duração do tratamento, com repetição subsequente pelo paciente, para testar o entendimento;
- orientação aos familiares ou ao cuidador do paciente;
- associar o uso do medicamento a eventos rotineiros como acordar, deitar, almoçar, etc.;
- monitoramento freqüente da resposta terapêutica. (Béria, 1996).

Tais indicações assumem uma maior importância se considerarmos que uma das principais causas de fracasso da terapêutica é a falta de adesão aos tratamentos.

## 5 Conclusões

A população idosa é responsável por grande parte do consumo de medicamentos, pois, com o aumento da duração média de vida, assiste-se ao desenvolvimento de várias doenças, incluindo as degenerativas responsáveis pelo aparecimento de estados de invalidez.

É imperioso que a terapêutica tome um novo rumo e que as prescrições de medicamentos se restrinjam ao extremamente necessário e não se tornem uma forma rápida e usual de *encerrar* uma consulta médica pela pressão devido ao grande número de atendimentos. Nesse sentido, o ensino médico universitário deve se voltar à visão do ser humano como um todo e não apenas da doença isoladamente, além de oferecer treinamento formal para o trabalho em equipe, pois a questão do envelhecimento requer uma abordagem interdisciplinar. Assim, também, o ensino farmacêutico deve buscar, cada vez mais, o uso

racional de medicamentos, com a conscientização dos profissionais quanto ao seu compromisso com a saúde, dando um basta à “empurroterapia” existente atualmente nos balcões das farmácias.

O consumo desenfreado de medicamentos e a adequabilidade destes devem ser urgentemente reavaliados, para tanto, precisamos saber o que, em que quantidade, de que forma e em quais situações estão sendo utilizados.

Neste sentido, cabe aos gestores públicos de saúde estimular e promover o uso racional de medicamentos, através da realização de estudos que permitam diagnosticar e qualificar a utilização de medicamentos no Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, a Política Nacional de Medicamentos, publicada em 1998 (BRASIL, 1998), estabelece como objetivo precípua a disponibilização de medicamentos à população de acordo com critérios de eficácia, segurança e qualidade e em conformidade com os princípios de uso racional. Neste contexto, o processo de envelhecimento populacional, a automedicação e a alteração do perfil epidemiológico, decorrente por exemplo do quadro de doenças emergentes, constituem os principais argumentos que justificam a Política Nacional de Medicamentos. Isto significa que, em última análise, a terapêutica deve evoluir o quanto antes para a sua terceira idade, onde a questão dos medicamentos não seja tratada como um componente assistencialista, permitindo que a lógica do simples abastecimento seja ultrapassada por aquela da atenção ao paciente.

O alcance deste objetivo depende no entanto de uma vontade política explícita e de uma real integração de diversos profissionais, entre eles médicos, farmacêuticos, enfermeiros, psicólogos, sociólogos, psiquiatras e gerontólogos.

### **Referências Bibliográficas**

- 1 BEAUVOIR, Simone de. **A Velhice**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1990. 711p.
- 2 BÉRIA, J. U. Prescrição de Medicamentos. In: DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996. Cap. 10.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde: Portaria Nº 3.916, de 30 de outubro de 1998.

**Política Nacional de Medicamentos.** Brasília, 1998.

- 4 CANÇADO, F. A C. Epidemiologia do Envelhecimento. In: CANÇADO, F. A C.(Coord.). **Noções Práticas de Geriatria.** Belo Horizonte, COOPMED, 1994. p.15-43: Introdução.
- 5 GORINCHTEYN, J. C. Os Benefícios da Atividade Física na Terceira Idade. **A Terceira Idade.** São Paulo, n.16, p.63-69, maio/1999.
- 6 HAYFLICK, L. **Como e Por Que Envelhecemos.** Rio de Janeiro, Campus, 1997. 366p.
- 7 KAMPMANN, J. P.; HANSEN, J. E. M. Renal Excretion of Drugs. In CROOKS, J.; STEVENSON, I. H. (Eds.). **Drugs and the Elderly.** Baltimore, Univerity Park Press, 1977. Cap. 8.
- 8 LHER, U. A Revolução da Longevidade: impacto na sociedade, na família e no indivíduo. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento,** Porto Alegre, v.1, p.7-35, 1999.
- 9 MAYORGA, P. **Planejamento Estratégico da Assistência Farmacêutica no Âmbito Municipal.** Porto Alegre, UFRGS, Faculdade de Farmácia, 1999. Projeto de Extensão.
- 10 NETO, D. C. V. Distúrbios do Sono no Idoso. In: CANÇADO, F. A C. (Coord.). **Noções Práticas de Geriatria.** Belo Horizonte, COOPMED, 1994. Cap. 16.
- 11 NICOLA, Pietro de. **Fundamentos de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro, Cidade, 1986. 166p.
- 12 NIES, A. S. Princípios da Terapêutica. In: GILMAN, A .G. *et al.* (Eds.). **Goodman e Gilman: As Bases Farmacológicas da Terapêutica.** 9.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1996. Cap.4.
- 13 NOB-SUS 1996 – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil,** Brasília, 06 de novembro de 1996.
- 14 RANG, H.P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M. **Farmacologia.** 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1997. Cap. 42.
- 15 RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual do Idoso. **Os Idosos do Rio Grande do Sul:** estudo multidimensional de suas condições de vida: relatório de pesquisa. Porto Alegre, CEI, 1997. 124p.