

Cuidado farmacêutico: um modelo de prática

Patrícia de Carvalho Mastroianni

Fernanda Mariana de Oliveira Zaine

Marcela Forgerini

Como citar:

MASTROIANNI, Patrícia de Carvalho; ZAINE, Fernanda Mariana de Oliveira; FORGERINI, Marcela. Cuidado farmacêutico: um modelo de prática. *In*: MASTROIANNI, Patrícia de Carvalho; FORGERINI, Marcela (org.). **O cuidado e a prescrição farmacêutica**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2023. p. 195-210. DOI: <https://doi.org/10.36311/2023.978-65-5954-353-3.p195-210>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin derivados 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

3.2. CUIDADO FARMACÊUTICO: UM MODELO DE PRÁTICA

Patrícia de Carvalho Mastroianni
Fernanda Mariana de Oliveira Zaine
Marcela Forgerini

A pessoa com diagnóstico de DA é complexa, pois possui alterações fisiológicas, farmacocinéticas e dinâmicas; comprometimento cognitivo; e geralmente multimorbidades e conseqüentemente uma complexa farmacoterapia (MEHTA *et al.*, 2014; REEVE *et al.*, 2017).

Essa complexidade faz com que a pessoa com diagnóstico de DA seja mais susceptível à potenciais problemas relacionados à farmacoterapia (PRF), como de efetividade, segurança e descumprimento da farmacoterapia, o que por sua vez, pode comprometer o tratamento da DA e promover um prognóstico negativo da doença.

Nesse contexto, os serviços de Cuidado Farmacêutico, como o acompanhamento farmacoterapêutico, educação em saúde, conciliação de medicamentos e gestão da condição de saúde, tem por finalidade diminuir a morbimortalidade da pessoa com DA e garantir que as necessidades farmacoterapêuticas sejam atendidas nos aspectos de efetividade, segurança e cumprimento do tratamento medicamentoso, de forma integral e centrada no paciente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

Existem diferentes metodologias para o processo do Cuidado Farmacêutico e neste capítulo é apresentado um modelo de prática proposto em três etapas, sendo: a) anamnese, coleta de dados e identificação de PRF; b) definição de um plano de cuidado, e c) monitoramento dos resultados baseado na melhor evidência em saúde, numa infraestrutura física, de recursos humanos qualificados e financeiros adequados para a prática profissional (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

A Etapa I ou Avaliação Inicial - objetiva averiguar se as necessidades farmacoterapêuticas estão sendo atendidas, verificar a segurança e efetividade dos medicamentos prescritos e não prescritos; avaliar a adesão quanto à dose, posologia, via de administração e tempo de tratamento, além de prevenir potenciais PRF. Para isto, se fez necessário conhecer o histórico farmacoterapêutico, os problemas de saúde, as preocupações, as expectativas e as experiências subjetivas com a farmacoterapia dos pacientes ou de seus cuidadores.

Para conhecer a experiência farmacoterapêutica do paciente, familiar e/ou do cuidador utiliza-se perguntas abertas e de encorajamento, para conhecer a narrativa e a experiência farmacoterapêutica do paciente, tais como “*Como você vê seu estado de saúde?*”, “*O que mais preocupa na sua saúde?*”, “*O que você espera de seus medicamentos?*”, “*Você acha que seus medicamentos são seguros?*” (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Conhecendo a experiência subjetiva do paciente, familiar e/ou do cuidador em relação a cada medicamento, o farmacêutico consegue identificar os potenciais motivos de decisão pela tomada ou não dos medicamentos, conforme conveniência, julgamento e necessidade (OLIVEIRA *et al.*, 2012; SHOEMAKER; OLIVEIRA, 2008).

A experiência farmacoterapêutica se adapta às circunstâncias, conforme novas experiências são vividas e nesse processo é necessário integrar experiências passadas, sentimentos, preocupações, receios, propósitos, limitações e valores associados ao tratamento e processo de cuidado, segundo a perspectiva do paciente ou de seus familiares e cuidadores (MASTROIANNI; MACHUCA, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Esta etapa do cuidado é a mais importante do processo, pois a qualidade da coleta de informações e a organização do profissional podem desempenhar papel fundamental na efetividade do tratamento e colaborar para seu maior benefício clínico. Isto é possível com acolhimento e aproximação do paciente, além de empatia, comunicação, atenção às narrativas e pelo estabelecimento de relação de confiança entre profissional e paciente.

A primeira visita tem a duração média de uma hora e o retorno de trinta minutos e a frequência dos retornos depende das necessidades e condição clínica do paciente e da disponibilidade do cuidador acompanhante.

O acompanhamento farmacoterapêutico de pelo menos seis meses possibilita avaliar a efetividade do tratamento para DA, segundo preconizado no PCDTDA (BRASIL, 2017b).

A ***Etapa II ou Plano de Cuidado*** tem como objetivo promover educação em saúde, conciliação de medicamentos, a adesão à farmacoterapia, resolver os PRF identificados na avaliação inicial e prevenir o aparecimento de novos problemas de saúde. Isso é possível pela negociação de metas terapêuticas passíveis de resolução, respeitando as preocupações, os desejos, o quadro clínico e as possibilidades do paciente ou cuidador.

Nessa etapa, são acordadas as responsabilidades do farmacêutico e do paciente ou cuidador no plano de cuidado, estabelecendo uma relação de confiança entre ambos, para alcance dos resultados terapêuticos.

As intervenções farmacêuticas conduzidas durante o plano de cuidado são individualizadas e sugeridas de acordo com a necessidade e experiência do paciente ou de seu cuidador (QUADRO 3).

Quadro 3. Exemplos de intervenções farmacêuticas e educativas conduzidas durante o plano de cuidado da pessoa com diagnóstico da doença de Alzheimer.

Intervenção	Exemplo
Farmacológicas	Orientação para administração e uso correto da farmacoterapia Ajuste da posologia quanto ao horário da tomada do medicamento Unitarização de dose por horário de tomada, para melhoria do cumprimento Solicitação de ajuste da dose do medicamento ao prescritor, para sua segurança e efetividade Sugestão de alternativa farmacoterapêutica ao prescritor para maior segurança e/ou efetividade do tratamento Substituição de forma farmacêutica ou adequações posológicas, conforme necessidade do paciente Início da farmacoterapia isenta de prescrição ou descontinuidade da farmacoterapêutica com base nos critérios de necessidade, efetividade e segurança farmacoterapêutica
Não farmacológicas	Incentivo a realização de exercício físico de qualquer modalidade e a mudança de estilo de vida Incentivo à alimentação balanceada e suplementação Intervenções educativas, orientando sobre os problemas de saúde e os medicamentos.

Fonte: elaborado pelas autoras (2022).

Embora ainda não exista padronização dessas práticas no cuidado a pessoa com DA, uma revisão sistemática revelou benefícios sobre sintomas psicológicos e comportamentais, principalmente, aos pacientes cujos cuidadores receberam treino sobre habilidade de comunicação e manejo de cuidado centrado no paciente com demência (ABRAHA *et al.*, 2017).

Durante a etapa do plano de cuidado também são realizadas apresentações individualizadas com conteúdo multimídia, utilizando diferentes elementos como textos, figuras, esquemas didáticos e vídeos para melhorar a compreensão sobre a farmacoterapia do paciente ou de seus problemas de saúde, considerando suas experiências e conhecimento prévio (MACHUCA *et al.*, 2010).

A apresentação constitui-se de temas referentes ao mecanismo de ação dos medicamentos; possíveis EAM; benefícios do uso contínuo do medicamento e suas implicações; importância do cumprimento da farmacoterapia; além de informações referentes às comorbidades, quanto a seu acometimento, sinais e sintomas, intervalos de referência, tratamento, estratégias não farmacológicas (quando houver), autocuidado e atitudes preventivas e complicações do descontrole.

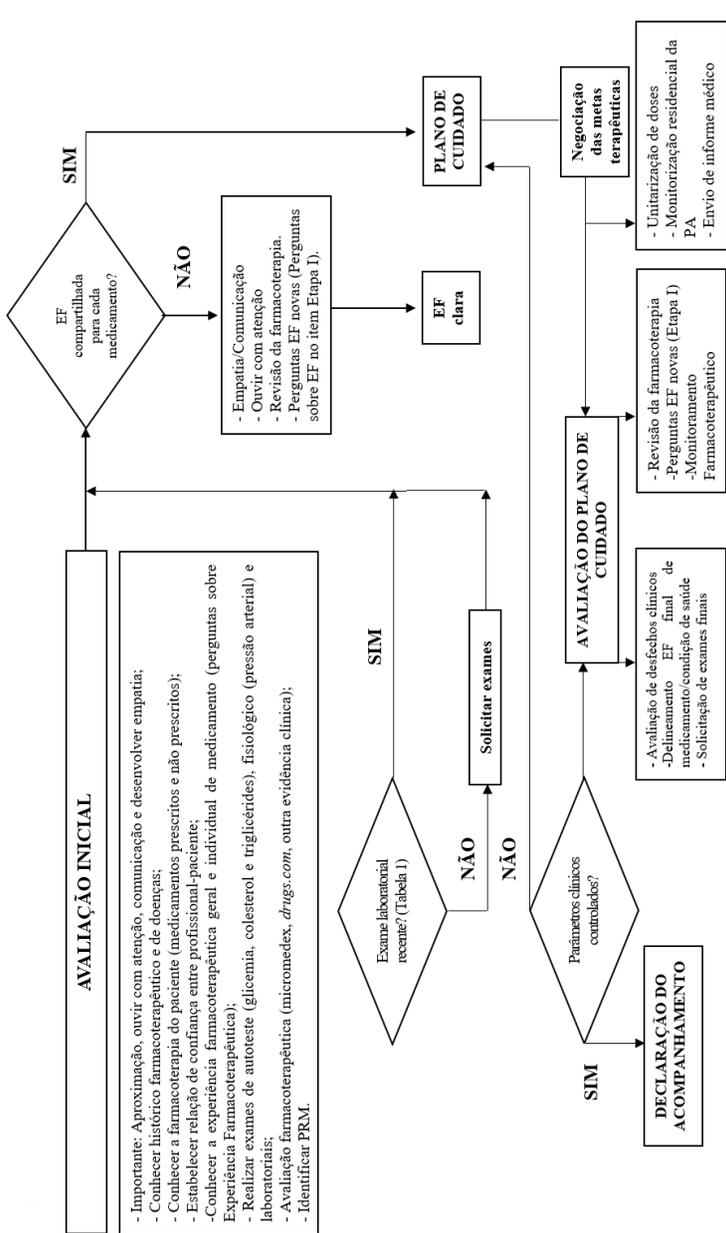
Os motivos e dificuldades relacionadas ao não cumprimento da farmacoterapia, geralmente estão relacionadas ao conhecimento prévio equivocado ou desconhecimento sobre a farmacoterapia ou a doença (MASTROIANNI; MACHUCA, 2012), e a apresentação individualizada contribui para o entendimento do paciente e de seu cuidador a respeito da importância do cumprimento.

Nesta etapa é melhor compreendida a experiência farmacoterapia, o modo de uso dos medicamentos e os motivos para o não cumprimento da farmacoterapia, segundo os aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais.

São agendados retornos para o monitoramento do plano e avaliação de novos PRF. Assim, em cada consulta é revisado o plano proposto; reavaliada a experiência farmacoterapêutica dos medicamentos em uso; registrados os PRF resolvidos e/ou incluídos novos PRF identificados e, são monitoradas a efetividade e segurança farmacoterapêutica, por meio de exames de auto teste, como glicemia, colesterol total e triglicérides e, solicitados exames laboratoriais para monitoramento da efetividade farmacoterapêutica (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013) (FIGURA 2 e TABELA 1).

É válido ressaltar que a solicitação de exames laboratoriais durante o Cuidado Farmacêutico é respaldada pela Resolução Nº 586 do Conselho Federal de Farmácia e não deve ser realizada para fins diagnósticos e sim para verificar se o paciente está alcançando as metas terapêuticas estabelecidas para o seu tratamento (R. CFF 586/2013).

Figura 2. Fluxo do acompanhamento farmacoterapêutico para pessoas com diagnóstico da doença de Alzheimer.



EF: Experiência Farmacoterapêutica; IE: Intervenção Educativa; IF: Intervenção Farmacêutica; PA: pressão arterial

Tabela 1. Parâmetros clínicos e seus respectivos valores de referência, a serem monitorados na pessoa com diagnóstico da doença de Alzheimer durante o Cuidado Farmacêutico.

Parâmetro clínico	Valor de referência
Cálcio (Ca)	8,4 a 10,2 mg/dL ¹
Ferro sérico (Fe)	Mulheres: 37 a 170 µg/dL ² Homens: 49 a 181 µg/dL
Fósforo (P)	2,5 a 4,5 mg/dL ³
Magnésio (Mg)	1,58 a 2,55 mg/dL ⁴
Potássio (K)	3,5 a 5,1 mmol/L ⁵
Sódio (Na)	137 a 145 mmol/L ⁶
Creatinina	Mulheres: 0,52 a 1,04 mg/dL ⁷ Homens: 0,66 a 1,25 mg/dL
Ureia	Mulheres: 15 a 36 mg/dL ⁸ Homens: 19 a 43 mg/dL
Transaminase glutâmico oxalacética (TGO)	Mulheres: 14 a 36 U/L ⁹ Homens: 17 a 59 U/L
Glicemia de jejum	< 100 mg/dL ¹⁰
Glicemia pós prandial	200 mg/dL ¹¹
Hemoglobina glicada	< 7% ¹²
Hormônio estimulante da tireóide (TSH)	Eutireoidismo: 0,40 - 4,0 uUI/mL ¹³ Hipotireoidismo: < 0,89 ng/dL
Tiroxina livre (T4 livre)	Eutireoidismo: 0,89 a 1,76 ng/dL ¹³ Hipertireoidismo: > 1,76 ng/dL
Antígeno específico da próstata (PSA)	< 3 ng/mL ¹⁴
Ácido úrico	Mulheres 1,5 - 6,0 mg/dL ¹⁵ Homens 2,5 - 7,0 mg/dL
Vitamina B ₁₂	210,0 a 980,0 pg/mL ¹⁶

Siglas: dL: decilitro; mg: miligramas; mL: microlitros; mmol: milimol; ng: nanograma; pg: picograma; µg: microgramas.

Fonte: elaborado pelas autoras (2022).

¹ Sistema para a determinação do cálcio por reação de ponto final em amostras de sangue e urina. Ref. 90. MS 10009010067. Lagoa Santa, MG: Labtest Diagnóstica S.A.

² Sistema para a determinação quantitativa de Ferro Sérico em amostra de soro com reação de ponto final. Ref. 38. MS 10009010014. Lagoa Santa, MG: Labtest Diagnóstica S.A.

³ Sistema para a determinação do fósforo inorgânico em amostras de sangue, urina e líquido amniótico com reação de ponto final. Ref. 42. MS 10009010008. Lagoa Santa, MG: Labtest Diagnóstica S.A.

⁴ Sistema para a determinação do magnésio em amostras de sangue, urina e líquido por reação de ponto final. Ref. 50. MS 10009010012. Lagoa Santa, MG: Labtest Diagnóstica S.A.

- ⁵ BURTIS, C.; ASHWOOD, E.; BRUNS, D. **Tietz: Fundamentos de Química Clínica**. 6 Ed. Elsevier, 2008. 984 p.
- ⁶ BURTIS, C.; ASHWOOD, E.; BRUNS, D. **Tietz: Fundamentos de Química Clínica**. 6 Ed. Elsevier, 2008. 984 p.
- ⁷ Sistema para a determinação quantitativa da creatinina em amostra de soro, plasma, urina e líquido amniótico por reação cinética de dois pontos. **Ref. 96. MS 10009010143**. Lagoa Santa, MG: Labtest Diagnóstica S.A
- ⁸ Sistema enzimático para determinação da ureia por fotometria em ultravioleta usando cinética de dois pontos (tempo fixo). **Ref. 104. MS 10009010020**. Lagoa Santa, MG: Labtest Diagnóstica S.A.
- ⁹ Sistema para a determinação quantitativa em modo cinético contínuo da AST / GOT em soro ou plasma. **Ref. 109. MS 10009010018**. Lagoa Santa, MG: Labtest Diagnóstica S.A
- ¹⁰ Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020.
- ¹¹ Sistema enzimático para a determinação da glicose no sangue, líquido e líquidos ascítico, pleural e sinovial em método cinético ou de ponto final. **Ref. 133. MS 10009010236**. Lagoa Santa, MG: Labtest Diagnóstica S.A.
- ¹² Sistema para determinação da hemoglobina glicada em amostra de sangue. **Ref. 17. MS 10009010016**. Lagoa Santa, MG: Labtest Diagnóstica S.A.
- ¹³ TSH: Analisador automatizado de imunoenaios para determinações diagnósticas de analitos in vitro do soro, plasma e urina. Erlangen, Alemanha: Siemens AG.
- ¹⁴ Sistema enzimático para a determinação da glicose no sangue, líquido e líquidos ascítico, pleural e sinovial em método cinético ou de ponto final. **Ref. 133. MS 10009010236**. Lagoa Santa, MG: Labtest Diagnóstica S.A.
- ¹⁵ Sistema enzimático para determinação do ácido úrico por reação de ponto final em amostras de sangue, urina e líquidos (amniótico e sinovial). **Ref. 140. MS 10009010071**. Lagoa Santa, MG: Labtest Diagnóstica S.A.
- ¹⁶ Laboratório Álvaro - Análises e Pesquisas Clínicas. **Código: B12**. Material. Soro. Sinônimo: Cianocobalamina. Volume: 1,0mL. Método: Quimioluminescência. Data da última alteração: 12 set. 2012.

Na ***Etapa III ou Avaliação do Plano de Cuidado*** são monitoradas as metas farmacoterapêuticas estabelecidas e a resolução dos PRF identificados, conforme negociação com o paciente ou cuidador.

São avaliados os aspectos relacionados à condição clínica e às comorbidades do paciente (QUADRO 4).

Quadro 4. Aspectos avaliados para a elaboração do plano de cuidado.

Aspecto avaliado	Descrição da avaliação
Rastreio cognitivo	Teste de rastreio cognitivo – MEEM (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975)
Estadiamento da doença	Escala de estadiamento da doença – CDR (MORRIS, 1993)
Parâmetros bioquímicos relacionados às comorbidades (auto teste)	Glicemia capilar pós-prandial (< 200 mg/dL), colesterol total em jejum (< 200 mg/dL), triglicérides em jejum (< 150 mg/dL).
Parâmetros bioquímicos complementares e de confirmação do auto teste	Exames laboratoriais (vide a TABELA 1).
Parâmetros bioquímicos relacionados a fatores de confusão	Dosagem do hormônio estimulante da tireoide (TSH); T4 livre; dosagem da vitamina B ₁₂ (vide a TABELA 1).
Parâmetros hemodinâmicos	Monitorização durante visita e/ou residencial da pressão arterial sistólica (< 140 mmHg) e pressão arterial diastólica (< 90 mmHg).
Categorização da dor	Escala Visual Analógica (EVA) que avalia a intensidade da dor (http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/Escala-Visual-Anal%C3%B3gica-EVA.pdf).
Problema relacionado à farmacoterapia	Segundo natureza: efetividade, segurança, necessidade e adesão
Experiência farmacoterapêutica	Segundo perguntas abertas para ajudar a compreender a não adesão a farmacoterapia
Conhecimento	Para avaliação da necessidade de intervenções educativas.

CDR: *Clinical Dementia Rating*; MEEM: Mini Exame do Estado Mental; PRF: problema relacionado ao uso de medicamentos

Fonte: elaborado pelas autoras (2022).

Todas as etapas do plano de cuidados, as visitas e intervenções realizadas devem ser documentadas e registradas.

Ao atingir as metas terapêuticas negociadas e na ausência de registro de novos problemas, o farmacêutico emite uma declaração do serviço oferecido, que deve conter: medicamentos prescritos e não prescritos, posologia e dados do prescriptor; parâmetros clínicos avaliados por auto teste e modelo do aparelho utilizado; resultados de exames laboratoriais realizados durante o processo de cuidado farmacêutico. A declaração deve ser datada, assinada e conter o número de inscrição no Conselho Regional de Farmácia (RDC 44/2009; CFF 585/2013).

MONITORAMENTO DOS PARÂMETROS CLÍNICOS DA PESSOA COM DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE ALZHEIMER

O comprometimento cognitivo da pessoa com diagnóstico da DA é avaliado e monitorado por meio da aplicação do instrumento de rastreio MEEM (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975) e do CDR (MORRIS, 1993).

O MEEM e CDR são aplicados no início do acompanhamento farmacoterapêutico e depois com intervalos mínimos de seis meses a fim de monitorar a efetividade da farmacoterapia da DA e avaliar a manutenção da dose em uso, segundo recomendações do PCDTDA (BRASIL, 2017b).

Esse monitoramento semestral da efetividade da farmacoterapia da DA e avaliação da manutenção da dose são essenciais durante o Cuidado Farmacêutico, pois na prática clínica se observam falhas no cumprimento das recomendações do PCDTDA (FORGERINI; MASTROIANNI, 2020b). E, na medida que a farmacoterapia da DA passa a não ser efetiva, deve ser considerada a desprescrição, tendo em vista os riscos de segurança que o uso de medicamentos anticolinérgicos não necessários pode acarretar ao paciente.

O MEEM é o instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo mais utilizado no mundo e pode ser aplicado por qualquer profissional da saúde, desde que habilitado. Este instrumento é composto por questões objetivas, que avaliam funções cognitivas específicas, tais como: orientação espacial (cinco pontos) e temporal (cinco pontos), linguagem (oito pontos), memória imediata (três pontos), atenção e cálculo (cinco pontos), evocação das palavras (três pontos) e capacidade construtiva visual (um ponto).

Cada categoria do MEEM possui um escore e sua somatória pode variar entre zero e 30 pontos, sendo que zero caracteriza maior comprometimento cognitivo e 30, o melhor desempenho cognitivo (BRASIL, 2017b).

A escala de estadiamento CDR é utilizada para avaliação do estágio da DA conforme a pontuação das categorias memória; orientação, julgamento e solução de problemas; ocupações comunitárias, lar, lazer e cuidado pessoal, sendo que o escore 1 classifica o estágio da DA como leve; 2 como moderada e 3 como grave (CHAVES *et al.*, 2007).

Os escores de MEEM e CDR, em conjunto, também irão indicar se o estágio da DA é considerado leve, moderado ou grave conforme apresentado na Tabela 2 (TABELA 2).

Tabela 2. Estádio da doença de Alzheimer de acordo com os escores de Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e *Clinical Dementia Rating* (CDR).

Estádio da doença de Alzheimer	Escore de MEEM	Escore de CDR
Leve	> 18 pontos ≤ 24	1
Moderado	≤ 18 pontos ≥ 10	2
Grave	< 10 pontos	3

MEEM: Mini Exame do Estado Mental (MEEM); CDR: *Clinical Dementia Rating*.

Fonte: Adaptação de CHAVES *et al.*, 2007.

Vale ressaltar que os escores de MEEM e CDR podem sofrer interferência da idade, bem como do nível escolar, sendo importante que o profissional considere tais fatores durante o diagnóstico da DA e na avaliação da efetividade da farmacoterapia.

Logo, o PCDTDA adota escores de MEEM para o diagnóstico da DA de acordo com o nível de escolaridade da pessoa, sendo estabelecidos escores inferiores a 13 para pacientes sem escolaridade, 18 para pacientes com até quatro anos de escolaridade e 24 para pacientes com mais de quatro anos de escolaridade (BRASIL, 2017b).

Portanto, escores de MEEM superiores a 25 excluem o diagnóstico de DA, uma vez que o pouco comprometimento cognitivo identificado pode ser característico do processo natural de envelhecimento da pessoa idosa ou pode estar associado a fatores de confusão, como depressão severa e hipotireoidismo, que quando não tratados ou não controlados podem

levar ao comprometimento cognitivo (MASTROIANNI; FORGERINI, 2018). Deste modo, se a pessoa obtiver desempenho cognitivo superior ao escore 25, o médico deve ser informado e uma nova reavaliação do diagnóstico clínico deve ser realizada.

Parâmetros clínicos e laboratoriais complementares também podem ser solicitados para avaliar outras necessidades não atendidas [hemograma, eletrólitos (sódio, potássio, cálcio, magnésio e fósforo)]; monitorar as funções hepática [Transaminase Glutâmico Oxalacética (TGO) e Transaminase Glutâmico Pirúvica (TGP)] e renal (creatinina e ureia); e para excluir possíveis fatores que podem descaracterizar o diagnóstico de DA [dosagem do hormônio estimulante da tireoide (TSH), concentração sérica de tiroxina livre (T4 livre), dosagem da vitamina B₁₂ (cianocobalamina)] conforme descritos na (TABELA 1).

Outros parâmetros que possam estar associados a comorbidades prevalentes na pessoa idosa e que podem corroborar com o comprometimento cognitivo e agravamento da DA (e.g., diabetes *mellitus*, dislipidemia e hipertensão arterial) também são recomendados (e.g., glicose sérica, colesterol total e triglicérides e pressão arterial sistólica e diastólica) (TABELA 1).

Ao aplicar essa proposta de processo de Cuidado Farmacêutico com 55 pessoas com diagnóstico de doença de Alzheimer assistidas pelo Centro de Referência do Idoso de Araraquara, foi observada a melhora e controle dos parâmetros fisiológicos e bioquímicos, além da promoção da adesão e cumprimento da farmacoterapia. Foi possível resolver 69,8%, dos PRF identificados (FORGERINI *et al.*, 2022).

Um outro aspecto que pode ser avaliado durante o cuidado é o uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, pois na prática clínica a sua prescrição para pessoas com diagnóstico de DA é frequente (FORGERINI *et al.*, 2020a). Os benzodiazepínicos, por exemplo, são amplamente prescritos no manejo de insônia e depressão em pessoas com diagnóstico de DA e estão associados à piora do comprometimento cognitivo e ao aumento da mortalidade do idoso (FORGERINI *et al.*, 2021).

Infelizmente, mesmo sendo proibida a associação de benzodiazepínicos e simpatomiméticos (anticolinérgicos) (BRASIL, 1998), a prescrição e o uso associado desses medicamentos são comuns para amenizar os sintomas de insônia e de agressividade do paciente. Muitas vezes, devido a experiência farmacoterapêutica positiva dos familiares/cuidadores com relação ao uso associado, a prescrição é encorajada, principalmente pelo desconhecimento dos riscos do uso crônico e comprometimento cognitivo (LUCCHETTA; MATA; MASTROIANNI, 2018).

No Capítulo 2 estão descritos outros exemplos de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos (vide QUADRO 7, capítulo 2) e interações entre medicamentos potencialmente inapropriados que podem comprometer a função cognitiva (vide QUADRO 17, capítulo 2). Também são apresentados os respectivos manejos e equivalentes terapêuticos recomendados para garantir a segurança medicamentosa de pessoas com diagnóstico de DA

REFERÊNCIAS

- ABRAHA, I. *et al.* Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*, London, v. 7, n. 3, p. 1-28, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n. 44, de 17 de agosto de 2009 (RDC 44/2009). Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 ago. 2009. Seção 1, p. 78-81.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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, DF, 15 maio 1998. Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria N° 49, de 8 de novembro de 2017b. Torna pública a decisão de aprovar a incorporação da memantina para Doença de Alzheimer, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2017. Seção 1.

- CHAVES, M. L. F. *et al.* Validity of the clinical dementia rating scale for the detection and staging of dementia in Brazilian patients. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, Philadelphia, v. 21, n. 3, p. 210-217, 2007.
- CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. *Pharmaceutical Care Practice: The Patient-Centered Approach to Medication Management Services*. 3. ed. New York: McGraw-Hill Medical Publishing, 2012.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução n. 585 de 29 de agosto de 2013. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução n. 586 de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013. seção 1, p. 186-188.
- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, Oxford, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.
- FORGERINI, M. *et al.* Drug interactions for elderly people with mental and behavioral disorders: a systematic scoping review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Amsterdam, v. 93, n. 1, p. 1-14, 2021.
- FORGERINI, M. *et al.* Impact of pharmacist intervention in patients with Alzheimer's disease. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, São Paulo, v. 58, p. 1-13, 2022.
- FORGERINI, M. *et al.* Risk factors associated with drug therapy among elderly people with Alzheimer's disease: a cross-sectional study. *São Paulo Medical Journal*, São Paulo, v.138, n. 3, p. 216-228, 2020a.
- FORGERINI, M.; MASTROIANNI, P. C. Monitoring compliance with clinical protocol and therapeutic guidelines for Alzheimer's disease. *Dementia & Neuropsychologia*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 24-27, 2020b.
- HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, Oxford, v. 47, n. 3, p. 533-543, 1990.
- LUCCHETTA, R. C.; MATA, B. P. M.; MASTROIANNI, P. C. Association between development of dementia and use of benzodiazepines: a systematic review and meta-analysis. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, [S.l.], v. 38, n. 10, p. 1010-1020, 2018.
- MACHUCA, M. *et al.* Evaluación de la farmacoterapia a partir de la enfermedad de base. *Pharmaceutical Care Espana*, Barcelona, v. 12, n. 1, p. 45-46, 2010.
- MASTROIANNI, P. C.; FORGERINI, M. Drug administration adjustments for elderly patients with dysphagia: A case report. *Dementia & Neuropsychologia*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 97-100, 2018.

MASTROIANNI, P.; MACHUCA, M. La pedagogía de la autonomía para optimizar los resultados del tratamiento farmacêutico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 32, n. 5, p. 389-390, 2012.

MEHTA, D. C. *et al.* Drug access to the central nervous system in Alzheimer's disease: Preclinical and clinical insights. *Pharmaceutical Research*, New York, v. 32, n. 3, p. 819-839, 2014.

MORRIS, J. C. The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology*, Philadelphia, v. 43, n. 11, p. 2412-2414, 1993.

OLIVEIRA, D. R. *et al.* Preventing and resolving drug therapy problems by understanding patients' medication experiences. *Journal of the American Pharmacists Association*, Washington, 2012, v. 52, n. 1, p. 71-80, 2012.

REEVE, E. *et al.* Pharmacokinetic and pharmacodynamic alterations in older people with dementia. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, Oxfordshire, v. 13, n. 6, p. 651-668, 2017.

SHOEMAKER, S. J. *et al.* The medication experience: Preliminary evidence of its value for patient education and counseling on chronic medications. *Patient Education and Counseling*, Shannon, v. 83, n. 3, p. 443-450, 2011.

SHOEMAKER, S. J.; OLIVEIRA, D. R. Understanding the meaning of medications for patients: The medication experience. *Pharmacy World & Science*, Dordrecht, v. 30, n. 1, p. 86-91, 2008.

