

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

EDILSON MUNIZ VENCESLAU

**UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS: UMA REFLEXÃO PARA AS
AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE**

**CUITÉ - PB
2014**

EDILSON MUNIZ VENCESLAU

**UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS: UMA REFLEXÃO PARA AS
AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem na Saúde do Idoso

ORIENTADORA: PROF^a. MsC. ISOLDA MARIA BARROS TORQUATO

UFCC/BIBLIOTECA

CUITÉ - PB
2014



Biblioteca Setorial do CES.

Julho de 2021.

Cuité - PB

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

V451u Venceslau, Edilson Muniz.

Utilização de medicamentos por idosos: uma reflexão para as ações educativas em saúde. / Edilson Muniz Venceslau. – Cuité: CES, 2014.

87 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCEG, 2014.

Orientadora: Isolda Maria Barros Torquato.

1. Idoso. 2. Medicamento. 3. Educação em saúde. I. Título.

CDU 615.4

EDILSON MUNIZ VENCESLAU

**UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS: UMA REFLEXÃO PARA AS
AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado pela aluna **Edilson Muniz Venceslau** do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora.

Aprovado em _____ de _____ 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. MsC. Isolda Maria Barros Torquato - UFCG
Orientadora

Prof^ª. MsC. Bernadete de Lourdes André Gouveia - UFCG
Membro Examinador

Prof^ª. MsC. Janaína von Söhsten Trigueiro - UFCG
Membro Examinador

CUITÉ - PB
2014

UFCG / BIBLIOTECA

Dedico este trabalho primeiramente a **DEUS** todo poderoso, ser bastante especial em minha vida, por ser presença constantemente todos esses anos e por nunca ter me deixado desamparado nos momentos em que mais necessitei. É ele, que tem me ajudado todos esses anos, dando-me a devida força e coragem através de seu poder divino para enfrentar todos os meus obstáculos e angústia nessa minha jornada árdua. Tudo isso só foi possível por sua vontade celestial. Obrigado meu Senhor!

Aos meus amados pais **Isabel Muniz** e **Edmilson Venceslau**, que com muito amor, sacrifício e determinação fizeram com que meu sonho de se tornar enfermeiro fosse concretizado, dando-me força e apoio emocional na realização dessa conquista. Sei o quanto sofreram e lutaram para que eu pudesse estudar e por isso que vos digo: Eis aqui, à nossa conquista! É com esse título de Bacharel em Enfermagem, que parabenizo a vocês pelos bons exemplos que tens me oferecido ao longo de minha vida. Obrigado meus queridos, por terem acreditado em mim e por terem me apoiado nas minhas decisões. Principalmente, por terem demonstrado sempre o melhor caminho e por terem abdicado tantas vezes de seus sonhos para concretizar os meus. E com isso, só resta dizer: **MÃE** e **PAI** é para vocês essa conquista. Amo vocês

A minha **Avó Estela Soares (Princesa)** e a **Tia Avó Maria dos Remédios Moraes (Madrinha)** por sempre terem contribuído diretamente na realização de minha formação acadêmica todos esses anos, não apenas no apoio econômico, mas agradeço principalmente pelo suporte que me deram nessa conquista, e também por terem feito o possível e o impossível nessa jornada para eu estudar numa universidade longe de minha cidade e casa. Fico eternamente grato. Devo muito a vocês por isso que compartilho essa conquista também a vocês. Obrigado.

AGRADECIMENTOS

Em toda minha jornada acadêmica tive a honra de contar com pessoas muito importantes em minha vida. Gostaria de agradecer:

À toda minha amada, querida e maravilhosa família (*Pais, Avó, Irmão, Sobrinhos “Maria Isabelle e Ryan Aquiles”, Cunhadas, tios, Tias, a minha Segunda mãe “Maria”, Primos e Primas*) por compreender minha ausência, pelo apoio e carinho incondicional, além de toda a confiança, esperança e orações que foram depositadas em mim. Agradeço em especial, a minha tia **Rocilda Muniz** que apesar das broncas é uma pessoa que tenho grande admiração e que tem me dado todo apoio necessário durante esse tempo.

À minha orientadora **Prof^a. MsC. Isolda Maria Barros Torquato**, pela oportunidade que me deu em desenvolver esse trabalho, pela colaboração em todas as etapas dessa pesquisa e pelas sugestões norteadoras que enriqueceram de forma crucial na concretização desse trabalho. Isso tudo foi possível, devido harmoniosa convivência que tivemos durante minha passagem pela universidade principalmente nesses últimos tempos, onde tive a honra de compartilhar de sua sabedoria e aprendizados que foram importantíssimos na minha vida profissional e pessoal. Agradeço ainda pela amizade, paciência e compreensão. Para mim foi uma satisfação imensa e motivo de muito orgulho ter sido seu orientando. E onde quer que vá levar-te-ei sempre comigo seus excelentes adjetivos de profissionalismo, dedicação, humildade, responsabilidade e companheirismo. Obrigado por tudo.

A Minha gratidão à banca examinadora: a professora **MsC. Janaína von Söhsten Trigueiro e MsC. Bernadete de Lourdes André Gouveia** que aceitaram instantaneamente o convite para fazer presente nesta banca, nas quais foram bastante atenciosas e prestativas em suas contribuições para o trabalho. Obrigado, e saibam que vocês também são exemplos para mim.

A minha gratidão ao **Sr. Gentil Venâncio Palmeira Filho**, Secretário Municipal de Saúde de Cuité e a Coordenadora da Estratégia de Saúde da Família a **Sr^a. Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti**, que contribuíram de forma bastante generosa com o parecer favorável para a realização dessa pesquisa.

À minha grande gratidão aos **Idosos de Cuité**, por terem acreditado e confiado em mim, e também por terem disponibilizado um pouco de sua atenção, dedicação, amorosidade, carinho e troca de saberes, que enriqueceram de forma crucial os inquéritos desta pesquisa tornando-a um sucesso. Vocês foram minha essência da palavra “cuidar” durante a minha graduação, e serão a inspiração e alicerce durante toda minha vida profissional.

À todas as **Enfermeiras da Estratégia Saúde de Família em especial (Andreia, Adriana, Samara, Thalita e Jackellayne)**, e a todos os **Agentes Comunitários de Saúde em especial (Thomasia, Evanilson, Marcelo, Rosa e Laelson)**, que de alguma forma contribuíram bastante para que essa pesquisa fosse concretizada no levantamento dos idosos cadastrados em suas áreas, e principalmente aqueles que nos acolheram em seu locais de ensino clínico para as atividades práticas. Quero agradecer também a Enfermeira **Dr^a Karoline Michelly** do município de Picuí pelos excelentes conhecimentos que nos foi propiciado durante o Estágio Supervisionado em Enfermagem I e pelo apoio de nunca desistir de meus sonhos. Não poderia deixar de mencionar os habitantes de Picuí pela excelente hospitalidade oferecida durante

minha temporada por lá, como também a todos que fazem parte da Estratégia de Saúde da Família VIII “Genário Xavier da Silva”.

Ao município de Cuité – PB por ter me acolhido durante esses cinco anos me oferecendo hospitalidades, alegrias, tristezas, amizades, aconchego e acima de tudo um lugar que hoje posso dizer que é minha segunda morada se não a primeira.

Aos *Mestres do Curso de Enfermagem*, pela paciência, e pela forma especial com que cada um contribuiu para a minha formação profissional (**Gigliola, Alynne, Edja, Matheus, Luciana, Nathanielly, Priscilla, Gilvânia, Marclineide, Jocelly, Daniele, Jogilmira, Mariana, Justino e Alex**). Muito obrigado a todos.

As minha amigas e mestras conquistadas na graduação *Glenda Agra e Nara Calazans* que com muita amizade, sabedoria, dedicação, competência, fizeram e fazem presença em minha vida. Meus sinceros agradecimentos por terem aparecido em minha vida. Amo muito vocês.

À toda equipe de enfermagem do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), que nos acompanhou durante o nosso internato com muito carinho e estímulo, e acima de tudo, agradeço por toda sua manifestação de afetividade que tive nesses setores durante o meu processo de formação profissional, o qual não proporcionou apenas um ensinamento “avulso”, mas por terem me feito aprender, ou seja, “colocado à mão na massa...” Obrigado por fazerem parte dessa história...Dá minha HISTÓRIA DE VIDA!... Em especial (**Ala “E”, Ala, Bloco Cirúrgico, Ala “A”, UTI Adulto e Pediátrica, Sala de Sonda e Ala “D”**).

A todos os anjos que Deus colocou em minha trajetória, e que sei que posso chamar de verdadeiros *amigos: Rita de Cássia, Natan Pereira, Alexandre Pereira, Josinaldo Vitorino, Thiago Medeiros, Saionara Lenarda, Clodoaldo Batista, Gilmar Marques, Antônio Marcos, Jéssica Nayara, Ordânio Pereira e Fernando Cardoso*. Muito obrigado pelos grandes momentos compartilhados, pelas palavras de força e superação, além dos momentos únicos e inigualável de alegria e descontração que jamais serão esquecidos... Vocês moram em meu coração sem pagar pedágio.

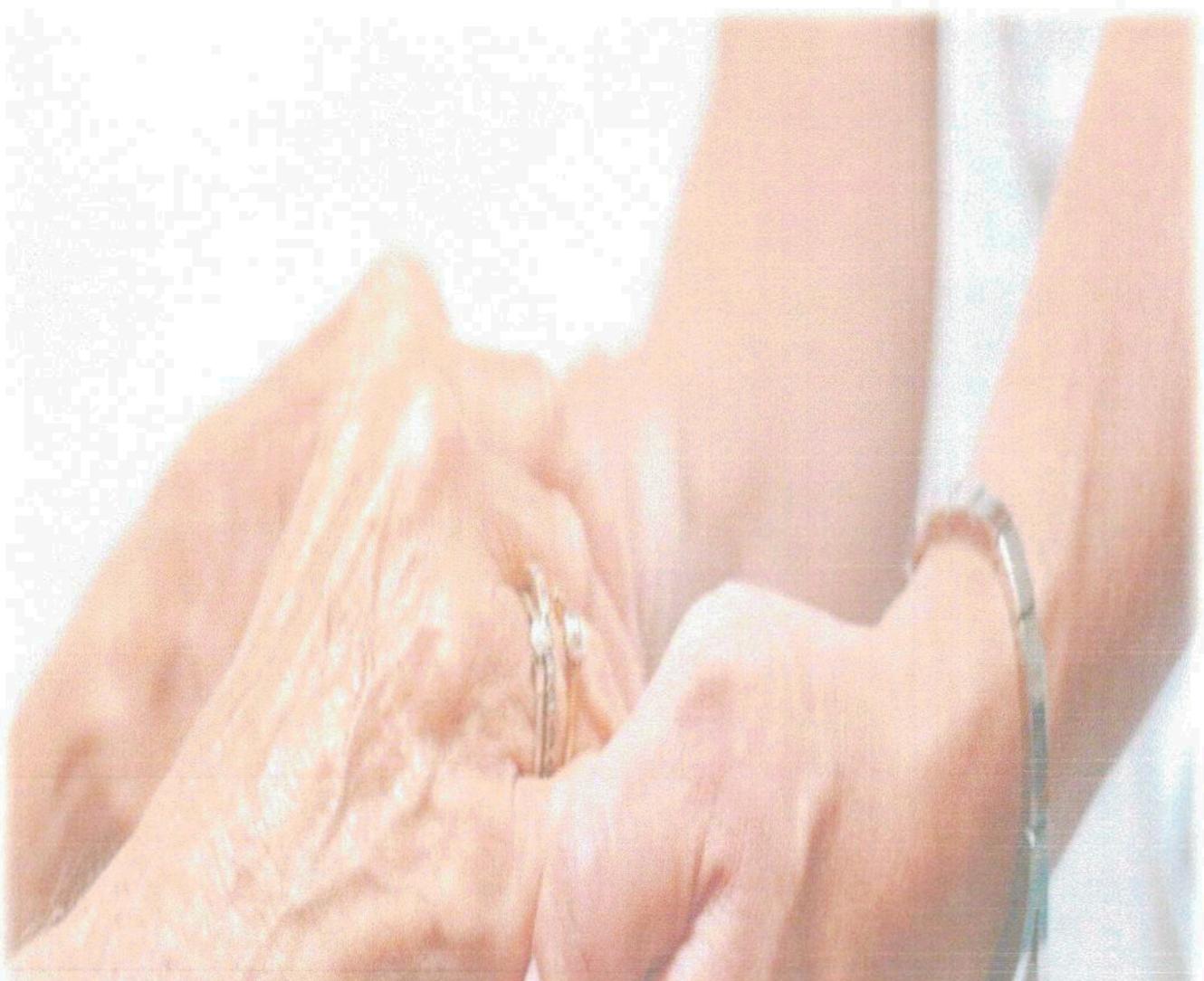
Às minha eternas amigas e irmãs *Polliana Alves e Paula Andrade* que estão comigo desde do vestibular ao início do curso. Tantas coisas que vivemos...!! Nem ao certo sei como descrever...!?? Mas, saibam que vocês são seres especiais que Deus colocou em meu caminho. Do início não entendi muito bem seu propósito, mas hoje percebo que vocês fazem parte da minha vida, simplesmente porque divide comigo todos os momentos, alegrias, tristezas, ganhos, perdas, me abraça quando precisa, me dá uma dura quando preciso... Principalmente você **Poly**...que é uma amiga especial... Uma joia preciosa que jamais encontrarei em outro lugar. Quero guardar-te sempre em meu coração... Aliás, como sairá de lá, se já tens um lugar essencial, que jamais poderei tira- lá! Obrigado amigas, vocês simplesmente me ensinaram enxergar a vida com outros olhos, deu rumo as minhas perturbações, encheu de alegria meus dias. Amo vocês.

Minha gratidão aos ex-alunos e agora colegas de profissão *Marcia Dantas, Josenilda Pereira, Edna Borges, Paula Fernanda, Patrícia Brandão, Gean Lucas, Reinaldo Risemberg, Thayanne Nobrega, Thays Dayane, Thaynara*. Enfim aos demais da turma 2009.2. Obrigado por terem convivido comigo todos esses anos inesquecíveis de convivência, estudos e muitos momentos eternizados, tornando a vida acadêmica mais suave e repleta de

saudades já existentes em mim, pois cada pessoa, por mais que não tenha estado diretamente ao meu lado deixa seu legado, seja ele qual for.

Enfim, *a Todos* que me ajudaram de alguma forma, acreditando no meu potencial, nas minhas ideias, nos meus devaneios, principalmente quando nem eu mais acreditava. Incentivando-me e ajudando-me, direto ou indiretamente na construção de minha vida profissional. Meu muito obrigado a todos, e tenham certeza que nunca irei esquecer dos apoios que recebi de cada um. Obrigado

UFCC / BIBLIOTECA



E é por isso que a velhice é esse tempo em que passa a utilidade e aí fica só o seu significado como pessoa. Eu acho que é um momento que a gente purifica. É o momento em que a gente vai ter a oportunidade de saber quem nos ama de verdade.

Porque só nos ama, só vai ficar até o fim, aquele que, depois da nossa utilidade, descobrir o nosso significado. Por isso eu sempre peço a Deus para poder envelhecer ao lado das pessoas que me amem. Aquelas pessoas que possam me proporcionar a tranquilidade de ser inútil, mas ao mesmo tempo, sem perder o valor.

Quero ter ao meu lado alguém que saiba acolher a minha inutilidade. Alguém que olhe pra mim assim, que possa saber que eu não servirei pra muita coisa, mas que continuarei tendo meu valor.

Porque a vida é assim. Se você quiser saber se o outro te ama de verdade é só identificar se ele seria capaz de tolerar a sua inutilidade. Quer saber se você ama alguém? Pergunte a si mesmo: quem nessa vida já pode ficar inútil pra você sem que você sinta o desejo de jogá-lo fora?

É assim que descobrimos o significado do amor. Só o amor nos dá condições de cuidar do outro até o fim. Por isso eu digo: feliz aquele que tem ao final da vida, a graça de ser olhado nos olhos e ouvir do outro: "você não serve pra nada, mas eu não sei viver sem você".

(Padre Fábio de Mello)

RESUMO

VENCESLAU, E. M. **Utilização de medicamentos por idosos: uma reflexão para as ações educativas em saúde.** Cuité, 2014. 87f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2014.

Introdução: Nas últimas décadas a população idosa tem crescido mundialmente em ritmo acelerado. O Brasil segue esta tendência com aproximadamente 14,5 milhões de idosos que corresponde 9,1 % da população em geral, e projeta-se que essa estatística para 2025 chegue a ultrapassar mais de 30 milhões de idosos. As transições demográficas e epidemiológicas constituem um fenômeno progressivo, cujas doenças crônicas constituem um importante fator de risco para o uso indiscriminado de medicamentos por este público, tornando-os mais susceptíveis a reações adversas, efeitos colaterais e interações medicamentosas. **Objetivo:** Avaliar a utilização de medicamentos por idosos residentes na zona urbana do município de Cuité – PB. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, exploratório-descritivo-observacional e de abordagem quantitativa. A amostra foi composta 100 idosos usuário da Estratégia de Saúde da Família do município de Cuité, cujos dados foram apresentados descritivamente sob a forma de gráficos e tabelas e analisados a luz da literatura. O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC). **Resultados:** A maioria dos idosos apresenta idade entre 70-79 anos (42%), sexo feminino (71%), raça branca (56%), casado (36%) e renda familiar até um salário mínimo (82%). Quanto aos aspectos clínicos evidenciou-se que a população idosa possui em média 3 patologias, sendo as doenças cardiovasculares (58%) e o diabetes *mellitus* (18%) as mais incidentes. O maior consumo de medicamentos pelos idosos remeteu-se a classe dos analgésicos e antiinflamatórios (22%) e aqueles referentes ao sistema cardiovascular (17%). A maioria dos idosos realizou seis ou mais consultas (52%), consumiam cinco ou mais medicamentos diariamente (37%) através de financiamento próprio (52%) e sob prescrição médica (59%). A maioria dos medicamentos consumidos são genéricos (41%) e se apresentavam acondicionados de forma correta (68%). A maioria dos idosos não referiu presença de reações adversas (65%) e apenas 35% deles mencionaram ter recebido informações sobre os riscos da automedicação e cuidados gerais com os medicamentos. Dentre os profissionais envolvidos neste cuidado estiveram os médicos (40%), farmacêuticos e enfermeiros (25,7%). **Conclusão:** O uso desnecessário de medicamentos é uma prática comum na população de uma maneira geral, contudo, o público idoso apresenta-se mais exposto a este tipo de prática assim como as complicações inerentes a este consumo excessivo. Neste sentido, torna-se necessário que os profissionais possam identificar estratégias educativas em saúde que possam suprimir o consumo desnecessário entre a população idosa.

Palavras chave: Idoso. Medicamentos. Educação em Saúde.

ABSTRACT

VENCESLAU, E. M. **Medication use by the elderly: a reflection on the educational health actions.** Cuité, 2014. 87f. Completion of course work (Undergraduate Nursing) - Academic Unit of Health, Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande, PB-Cuité, 2014.

Introduction: In recent decades the elderly population has grown at a fast pace world. Brazil follows this trend with approximately 14.5 million seniors corresponding 9.1% of the general population, and are projected to reach that statistic for 2025 to exceed more than 30 million seniors. Demographic and epidemiological transitions constitute a progressive phenomenon, whose chronic diseases are an important risk factor for the indiscriminate use of medicines by this audience, making them more susceptible to adverse reactions, side effects and drug interactions. **Objective:** To evaluate the use of drugs by elderly residents in the urban area of Cuité - PB. **Methodology:** This is a cross-sectional, exploratory-descriptive-observational and quantitative approach. The sample consisted of 100 elderly user of the municipality of Cuité Family Health Strategy, whose data were presented descriptively in the form of graphs and tables and analyzed by the literature. The work was approved by the Ethics and Research of the University Hospital Alcides Carneiro (HUAC). **Results:** Most of the elderly patients aged 70-79 years (42%), female (71%), white (56%), married (36%) and family income below the poverty level (82%). Regarding clinical aspects disclosed that the elderly population has on average 3 diseases, with cardiovascular disease (58%) and diabetes mellitus (18%) the most incidents. The widespread use of medications by the elderly referred to the class of analgesic and anti-inflammatory (22%) and those pertaining to the cardiovascular system (17%). Most seniors made six or more visits (52%) consumed five or more medications daily (37%) through own funding (52%) and prescription (59%). Most generic drugs are consumed (41%) and had packed correctly (68%). Most seniors did not report the presence of adverse reactions (65%) and only 35% of them reported having received information about the risks of self-medication and general care medicines. Among the professionals involved in care were doctors (40%), pharmacists and nurses (25.7%). **Conclusion:** The unnecessary use of drugs is a common practice in the population in general, however, the old public has become more exposed to this type of practice as well as complications inherent to this excessive consumption. In this sense, it is necessary that professionals can identify educational strategies for health that may suppress unnecessary consumption among the elderly.

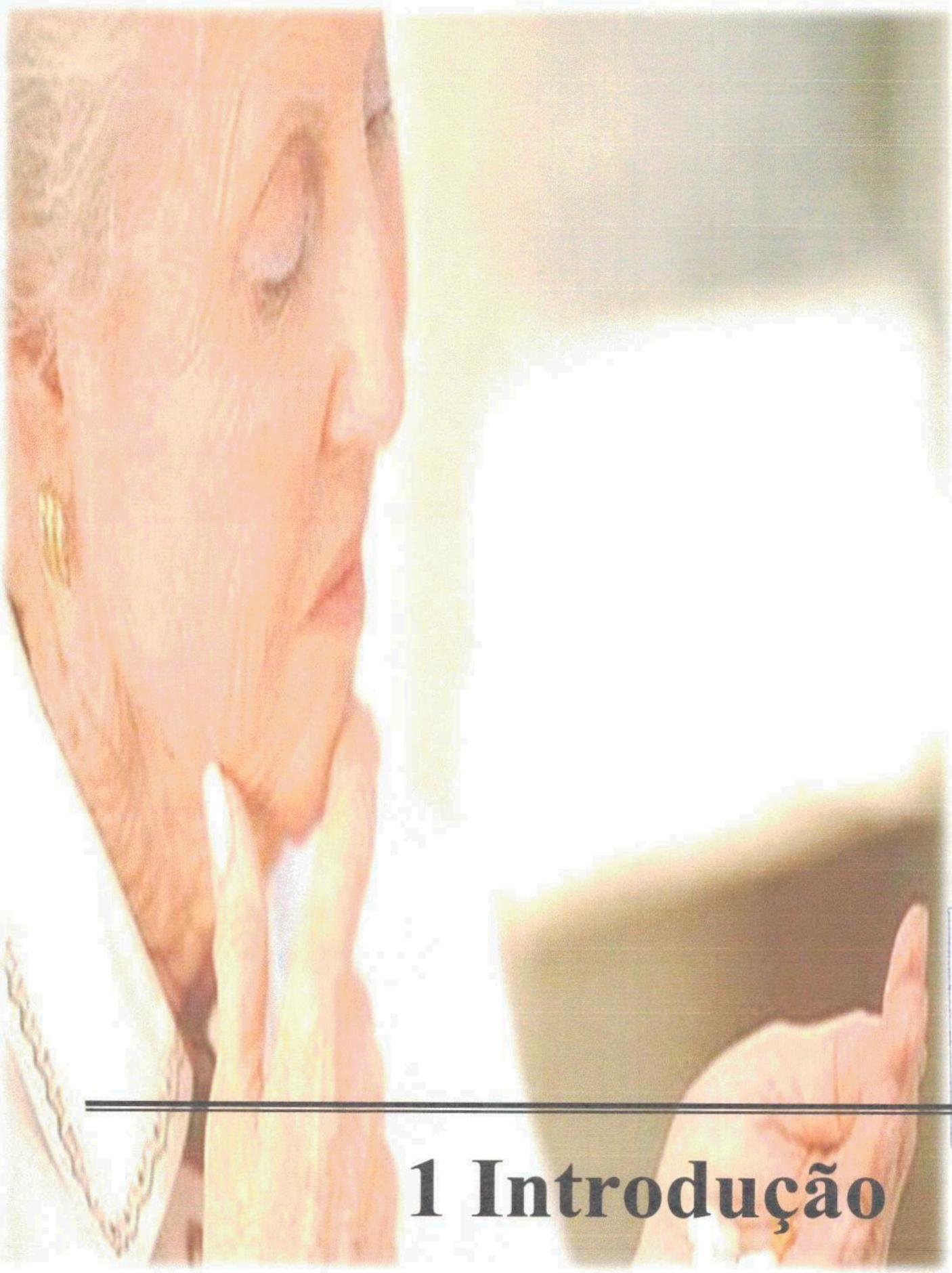
Keywords: Elderly. Medicines. Health Education.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Tabela 1: Distribuição de idosos segundo as características sócio-demográficas. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.....	45
Gráfico 1: Distribuição de idosos quanto a presença de doenças crônicas. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.....	47
Gráfico 2: Classificação de medicamentos mais utilizados pelos idosos. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.....	48
Tabela 2: Distribuição de idosos quanto à assistência a saúde e dependência funcional. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.....	50
Tabela 3: Distribuição de idosos quanto ao consumo de medicamentos. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.....	52
Gráfico 3: Distribuição de idosos quanto ao modo de aquisição dos medicamentos. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.....	53
Gráfico 4: Distribuição de idosos quanto a realização da automedicação. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.....	55
Gráfico 5: Distribuição de idosos quanto a presença de efeitos colaterais e reações adversas mediante a realização da automedicação pelo idoso. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.....	56
Tabela 4: Distribuição de idosos quanto ao armazenamento, validade e tipo de medicamentos consumidos. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.....	58
Tabela 5: Participação dos profissionais de saúde quanto à realização de orientações gerais aos idosos quanto ao uso de medicamentos. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.....	59

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Contextualização do problema e problema e justificativa.....	14
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo geral.....	18
2.1 Objetivos específicos.....	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3.1 O processo fisiológico do envelhecimento populacional: uma realidade mundial.....	20
3.2 O Processo de transição demográfico e epidemiológico.....	26
3.3 Alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas no idoso.....	28
3.3.1 Farmacocinética.....	29
3.3.2 Farmacodinâmica.....	33
3.4 Os riscos da polifarmácia e automedicação para a saúde do idoso.....	35
4 METODOLOGIA.....	38
4.1 Tipo de pesquisa.....	39
4.2 Participantes, local e duração da pesquisa.....	39
4.3 Instrumento para a coleta de dados e procedimentos da pesquisa.....	40
4.4 Análise dos dados.....	41
4.5 Aspectos éticos da pesquisa.....	41
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICE.....	73
ANEXO.....	87



UFCC / BIBLIOTECA

1 Introdução

1.1 Contextualização do problema e justificativa da pesquisa

O envelhecimento humano consiste em uma experiência diversificada, para a qual concorre uma multiplicidade de fatores de ordem genética, biológica, social, ambiental, psicológica e cultural (FREITAS et al., 2011). Trata-se de um processo progressivo e universal cuja velocidade tem se intensificado nos últimos anos, especialmente entre os países em desenvolvimento, inclusive o Brasil (MINAYO, 2012).

O crescimento exponencial da população idosa é reflexo da redução da fecundidade, aumento da expectativa de vida, bem como de melhores condições de vida e utilização de novas técnicas diagnósticas e métodos terapêuticos que oportunizam a este público melhores condições de atenção à saúde (BUENO et al., 2009).

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2011) a população idosa deve passar de 14,9 milhões para 58,4 milhões em 2060, evidenciando um crescimento significativo deste grupo etário, o que em números absolutos constituir-se-á na sexta maior população de idosos no mundo.

Atrelado ao crescimento de idosos evidencia-se uma elevação equivalente na farmacoepidemiologia, reflexo da transição epidemiológica, em que as enfermidades infecto-parasitárias coexiste com a elevação da prevalência de doenças crônico-degenerativas em indivíduos a partir dos 60 anos (GUIMARÃES; MOURA, 2012). Conforme Flores e Benvegnú (2008), estudos populacionais evidenciam que, a utilização de fórmulas alopáticas entre os idosos vêm crescendo significativamente, sendo considerado o grupo etário mais medicalizado na sociedade atual.

Para Pizzol et al. (2012), esta prevalência é maior principalmente em idosos da zona urbana, possivelmente devido ao acesso mais fácil aos serviços de saúde, o que proporcionará um maior número de diagnósticos de doenças crônicas e conseqüentemente um elevado aumento do consumo de medicamentos.

Flores e Colet (2010) ressaltam que, o uso abusivo, incorreto ou irracional de medicamentos, seja por prescrição médica ou devido à automedicação, aumenta a probabilidade para exposição aos riscos como as reações adversas, dependência e até a morte. Conforme a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, cerca de 50% dos indivíduos fazem uso de medicamentos de forma incorreta. Além disso, para agravar

ainda mais esta situação, mais de 50% de todas as medicações prescritas são dispensáveis ou vendidas de forma inadequada.

Os riscos da polifármacia e interação medicamentosa tornam-se ainda mais potenciais no público idoso, devido às alterações fisiológicas do envelhecimento a que estão susceptíveis como lentificação do esvaziamento gástrico, redução do fluxo sanguíneo e das atividades enzimáticas no fígado, maior quantidade de tecido adiposo, diminuição no teor de água total, na produção de suco gástrico, filtração glomerular e da secreção tubular, podem induzir à manifestação de interações farmacocinéticas indesejáveis, facilitando a ocorrência de reações nocivas à saúde do idoso (BISSON, 2007; BUENO et al., 2009).

Giroto et al. (2013), alertam para o risco da polifarmácia e destacam que alguns dos fatores envolvidos no consumo demasiado de medicamentos entre os idosos envolvem o acesso fácil a estes itens, características do médico e paciente e uma frequência reduzida do uso de meios não-farmacológicos para resolutividade de problemas clínicos. Somada a estas questões, os autores mencionam ainda que, o leque variado de disponibilidades farmacológicas reflexo de motivações financeiras dos fabricantes atrelado a ausência de vigilância dos órgãos ligados a questão sanitária e evidências de prescrições médicas sem correspondência entre a doença e a ação farmacológica, também contribuem para o uso indiscriminado de medicamentos especificamente entre o público longoivo.

Para Silva et al. (2012), a necessidade de utilização dessa farmacoterapia pode estar acompanhado ao uso exorbitante de medicamentos atribuída como um paradigma estagnado na sociedade como a única forma de obtenção de saúde do idoso.

As repercussões orgânicas mais frequentes neste público devido ao uso simultâneo dos medicamentos de forma indevida envolvem a ocorrência de reações adversas e efeitos tóxicos, justificadas devido às limitações na farmacocinética clínica mencionadas anteriormente (FLORES; BENVENEGÚ, 2008). Dentre os efeitos adversos mais frequentes que ocorrem entre os idosos estão inclusos a tontura, sedação, hipotensão postural, quedas e a confusão mental. Estes efeitos podem se tornar ainda mais complexos no ambiente hospitalar, onde os pacientes idosos comumente apresentam doenças mais graves e utilizam um número maior de medicamentos (GUIMARÃES; MOURA, 2012).

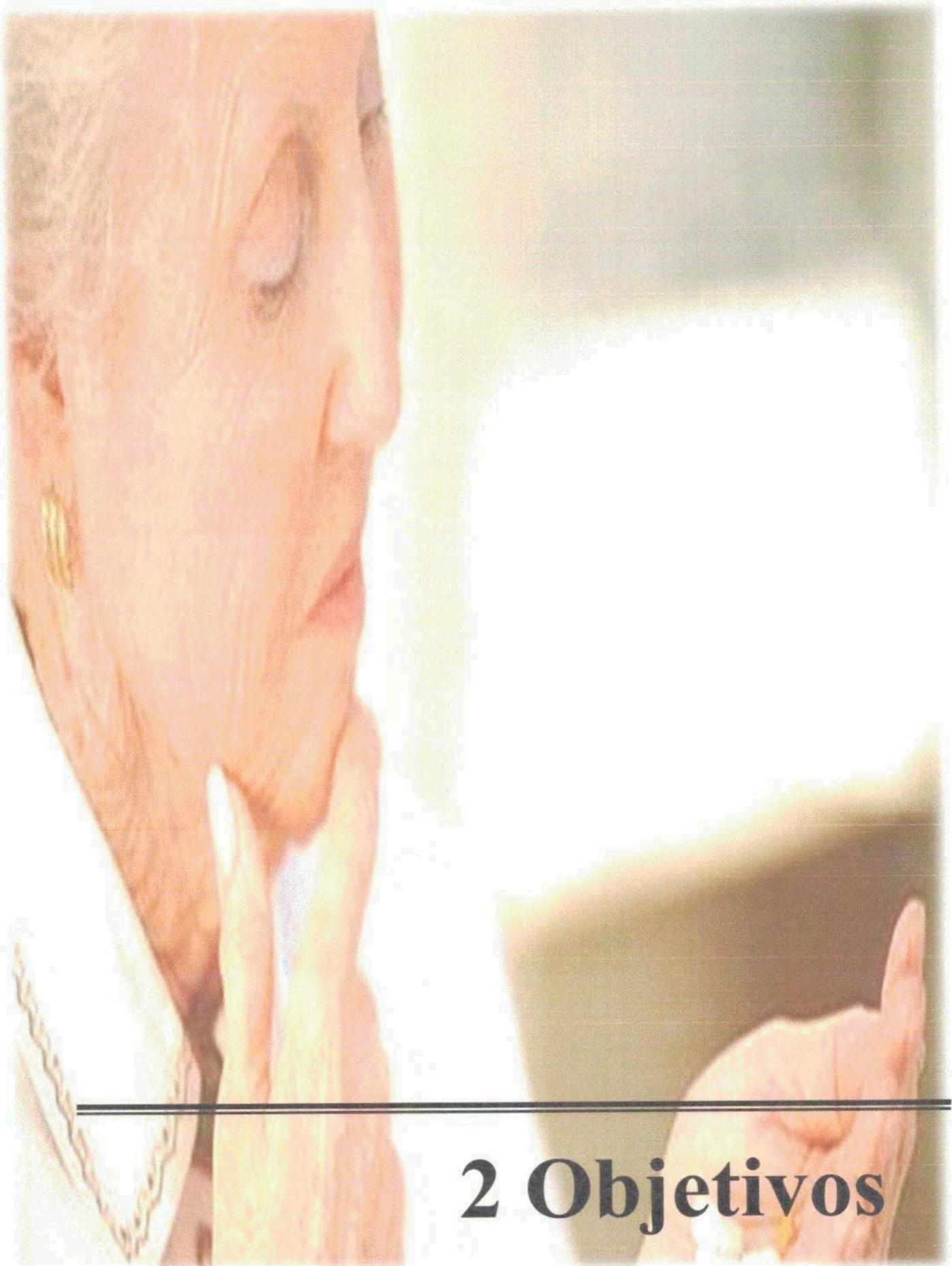
Dentre as classes de medicamentos mais consumidas pela população idosa estão os que atuam no sistema cardiovascular, nervoso e no trato gastrointestinal e metabolismo, sendo o consumo maior entre as mulheres e entre os idosos com idade mais avançada (SILVA, 2009).

Considerando que o processo de medicalização observada entre os idosos vêm demonstrando um crescimento significativo nos últimos anos e que atrelado a ele incorre o risco de efeitos indesejáveis por uso incorreto, torna-se fundamental a realização de inquéritos populacionais para a obtenção de informações sobre a utilização de medicamentos neste grupo de indivíduos, a fim de obter subsídios para o planejamento e implementação de ações em saúde destinadas a utilização correta de medicamentos. Neste contexto, justifica-se a realização deste estudo com o intuito de entender melhor esse panorama e suas consequências do ponto de vista da saúde pública no município de Cuité – PB.

Ademais, a utilização de medicamentos é um processo social que deve estar sob o controle dos profissionais de saúde, inclusive pela enfermagem, a fim de que possam garantir a prevenção de agravos à saúde relacionados ao uso inadequado dos medicamentos através de ações em educação em saúde.

Assim, por considerar o idoso mais vulnerável no que concerne ao consumo de maior quantitativo de medicamentos comparado com outras faixas etárias devido às consequências provocadas pelas patologias crônico-degenerativas e pelas alterações biológicas oriundas do envelhecimento buscou-se responder os seguintes questionamentos: Qual a frequência da polifármacia entre os idosos? Quem indicou os medicamentos consumidos atualmente? Quais as classes de medicamentos mais utilizadas pelos idosos? Há quanto tempo é realizado o consumo desses medicamentos pelos idosos? Os profissionais de saúde realizam ações educativas em saúde entre os idosos sobre os riscos da medicalização?

Deste modo, o presente estudo pôde contribuir na obtenção das informações necessárias que estejam influenciando o uso de medicamentos pelos idosos, como também auxiliar no planejamento e no desenvolvimento de ações de saúde destinadas a esta população subsidiando ações futuras para a melhoria do apoio prestado ao idoso quanto ao consumo de medicamentos.



2 Objetivos

Na perspectiva de obtermos um maior aprofundamento acerca da temática em questão elencamos os seguintes objetivos:

2.1 Geral:

- Avaliar a utilização de medicamentos por idosos residentes na zona urbana do município de Cuité – PB.

2.2 Específicos:

- Caracterizar os idosos quanto aos aspectos sociodemográfico e clínico;
- Classificar os medicamentos utilizados pelos idosos;
- Identificar a polifarmácia e a automedicação em idosos;
- Avaliar o conhecimento do idoso sobre a conservação correta de medicamentos;
- Investigar a participação dos profissionais de saúde em relação ações de educação em saúde quanto ao risco da medicalização.



UFCC / BIBLIOTECA

3 Referencial Teórico

3. 1 O processo fisiológico do envelhecimento populacional: uma realidade mundial

O processo de envelhecimento da população idosa com relação aos demais grupos etários é um fenômeno de grande preocupação não apenas entre os países desenvolvidos, na qual este processo vem sendo observado há certo tempo, mas também entre aqueles que se encontram em processo de desenvolvimento. Na atualidade, os países emergentes estão vivenciando os maiores indicadores na transição de seu perfil populacional (CARNEIRO et al., 2007).

Ressalta-se que a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece como idoso o indivíduo que possuir a idade superior ou igual a 60 anos, para os países emergentes ou em desenvolvimento e 65 anos ou mais para os países desenvolvidos. Embora, muitos especialistas saliente que não é possível estabelecer um único conceito para envelhecimento, alicerçado apenas pela idade cronológica da população (OPAS, 2005).

A partir da década de 70 o Brasil começa a ter um declínio na população jovem e crescimento da faixa etária idosa devido a dois fatores: a redução das taxas de fecundidade iniciada uma década antes, e a outra se remete às mudanças atribuídas ao estilo de vida. Entretanto, mesmo com seu retardo em comparação aos países desenvolvidos, seu crescimento tem progredido rapidamente principalmente na população que se encontra na faixa etária acima dos 80 anos, causando uma desproporção etária dentro do próprio grupo populacional. Esse acontecimento se deve aos fatores supracitados, por exemplo: em 1940 a população senil era de 4,1% de toda população brasileira e em 2010 iria representar mais de 11% da população total (CARNEIRO et al., 2007; CAMARANO; KANSO, 2013).

O Ministério da Saúde (MS) enfoca que o envelhecimento humano vem sendo um cenário de grande repercussão em todo o mundo, o que tem provocado em nosso cotidiano vários questionamentos e discussões interligadas ao envelhecimento saudável e ativo. Isso é perceptível pelo simples fato de que o público idoso vem crescendo consideravelmente nas últimas décadas devido aos fatores que aumentam a longevidade, como: a melhoria do acesso a serviços de saúde, redução da taxa de natalidade, melhores condições sanitárias e programas que melhora a qualidade de vida desta população geriátrica (BRASIL, 2008).

De acordo com Jardim (2007), todo homem passa por um ciclo de vida que é necessário para seu desenvolvimento, sendo estes: o nascimento, crescimento, amadurecimento, período reprodução, envelhecimento e morte. Esse evento é uma fase que

acomete todos os seres humanos, porém a idade avançada é destinada para quem consegue superar as aprovações atribuídas ao longo dos anos. Conforme o autor é evidente que as etapas do envelhecer devem ser compreendidas e concebidas de forma natural do ciclo da vida, por consequência as modificações anátomo-fisiológicas e psicossociais que variam de indivíduo para indivíduo.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a velhice pode ser definida como processo singular, inexorável, cumulativo, universal, irreversível e não patológico. Essas transformações sucedidas são próprias de cada ser humano, suscitando a diminuição progressiva das atividades rotineiras e deixando-os cada vez mais próximo do seu legado existencial (BRASIL, 2006). Já a Organização Mundial da Saúde (OMS), define o envelhecimento como a última etapa da vida, a qual envolve várias modificações biopsicossociais importantíssimas para todas as sociedades humanas (LIMA, 2013).

Acompanhando esta linha de raciocínio, Papaléo Netto (2013), afirma que a velhice é um processo sucessivo para todos seres vivos e inicia-se desde o seu nascimento até seu óbito. Em síntese, o corpo humano passa um período de várias modificações que vão desde do crescimento, desenvolvimento, puberdade, maturidade e velhice, sendo que para essa transição passam pelos indicadores biofisiológicos que determinam os parâmetros de mudanças da própria idade cronológica.

Conforme o autor supracitado, esse fenômeno acontece de forma dinâmica, progressiva e de intensidade que varia de indivíduo para indivíduo. Contudo, o envelhecimento pode ser determinado pelos fatores de ordem ambientais, genéticos e no estilo de vida do indivíduo que acaba tendo modificações fisiológicas, bioquímicas, morfológica e neuropsicológicas atribuídas com à perda de sua capacidade ao longo dos anos, o que proporciona na pessoa idosa um estado de sensibilidade e futuramente uma morbimortalidade.

Para Smeltzer et al. (2012), a longevidade está associada à fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos configuram-se de manifestações geradas pelo o envelhecimento de forma programada geneticamente para todos os seres e quase que universalmente. Já os fatores extrínsecos tornar-se-ão visível devido às influências externas como: doenças e enfermidades, má alimentação, poluição do ar e exposição excessiva à radiação provocada pela luz solar, sendo este suprimida ou minimizada através das intervenções efetivas com o cuidado a saúde. Tal explicação é comprovada pelo fato que o envelhecimento origina alterações na autoimagem e no declínio de suas funções, sendo que

essas modificações advindas de nível celular e extracelular, retardando deste modo suas funções orgânicas.

As mudanças fisiológicas observadas nos idosos nem sempre são mensuradas como patológicas, porém essas mudanças podem deixá-los cada vez mais susceptíveis a certas enfermidades. As implicações apresentadas no indivíduo pela velhice podem ser brevemente citadas considerando os seguintes aspectos:

No *sistema tegumentar* a pele reduz a elasticidade e umidade, tornando-se mais fina, sobressaindo às rugas. A perda gravitacional sobre o tecido é refletida pelas expressões da musculatura facial. Manchas senis podem aparecer no dorso das mãos e nos antebraços além de lesões provocadas pelo excesso de sol provocada com o passar do tempo, sucedendo-se futuramente para uma alteração mais grave como melanoma e carcinoma basocelular e espinocelular (POTTER et al., 2013).

Os referidos autores discorrem ainda sobre as feições da cabeça e pescoço, os cabelos começam a cair consideravelmente e perdem a pigmentação natural. Neste contexto, há também uma redução na acuidade visual que é refletida sobre problemas na retina, visão turva, pupilas reduzidas, opacidade e descoloração do cristalino e fotosensibilidade. Já os ruídos que foram expostos aos indivíduos no início da vida são cogitados na terceira idade como um risco para a saúde. A secreção salivar sofre uma redução provocada pela atrofia das papilas gustativas, a qual causa certa sensibilidade para diferenciar entre o salgado, doce, azedo e amargo. A olfação reduz à sua capacidade quanto aos odores fazendo com que diminua cada vez mais o sabor.

Como nos demais sistemas, *o cardiovascular* sofre alterações que estão voltadas para a redução da contratilidade do miocárdio que prover à diminuição do débito cardíaco, hipertrofia, dilatação do ventrículo esquerdo e da artéria aorta com enrijecimento do endotélio vascular.

De acordo com Porth e Marfin (2010), o sistema cardiovascular está intimamente interligado com as mudanças morfofisiológicas relacionadas com a etapa do amadurecimento da vida que acarreta várias patologias tornando-as à causa de morbimortalidade mais evidentes no mundo. As modificações relacionadas a este sistema se volta ao pericárdio, pois essa é bastante peculiar, em geral ocorre um desgaste progressivo na cavidade esquerda do coração proporcionado pelo aumento sugestivo de gordura epicárdica. Enquanto no endocárdio e miocárdio, as alterações encontradas se manifestam na opacidade e no espessamento da matriz extracelular do lado esquerdo do

coração devido ao acréscimo de fibras de colágeno I e III que se deposita de forma desorganizada aumentando o diâmetro fibroso diminuindo a elastina.

As manifestações no miocárdio podem ser bastante significativas, no entanto com a propagação de gordura nos átrios, nas paredes dos ventrículos e nos septos interventriculares, tornam-se mais susceptível o surgimento de arritmias atriais. Com a substituição das células miocárdicas pelo tecido fibroso devido à degeneração muscular e também pela diminuição da elasticidade dos vasos que diminui o fluxo sanguíneo e aumenta a pressão arterial gradualmente com a idade por causa da resistência periférica (AFIUNE, 2013). As valvas tornam-se mais espessas e calcificadas, e na medida em que o colágeno se degrada há uma acumulação de lipídio e redução da contratilidade do miocárdio que provê à diminuição do débito cardíaco (ROACH, 2009).

Embora, a hipertensão seja uma doença crônica ela não é uma mudança normal do envelhecimento e pode predispor ao idoso uma insuficiência cardíaca, insuficiência renal, um acidente vascular encefálico, doença vascular periférica e doença coronariana. Apesar dessas alterações serem relacionadas a idade fica difícil não interligar as doenças cardiovasculares, ainda mais pela influências dos fatores comportamentais (SMELTZER et al., 2012; AFIUNE, 2013).

Nos idosos as **alterações musculoesqueléticas** estão marcadas pela perda e deterioração das células musculoesqueléticas que conseqüentemente diminui a força e o trofismo muscular (PORTH; MARFIN, 2010). A perda da massa óssea consiste em outro fator evidente no processo de envelhecimento, podendo progredir para uma condição patológica, a osteoporose. Estudos realizados pelo *National Osteoporosis Foundation (NOF)* em 2010, demonstram que 10 milhões de americanos já possui essa doença e aproximadamente 34 milhões estão propício a perderem sua massa óssea. Eles destacaram ainda que 80% dos afetados são mulheres, principalmente as que já passaram pelo período da menopausa por perderem uma taxa considerável da mineralização óssea em comparação ao homem (ROACH, 2009).

Com o decorrer da idade **o sistema respiratório** sofre importantes repercussões expressas a partir das alterações fisiológicas na parede torácica que comprometem de forma direta a capacidade pulmonar deste público. Constata-se também uma redução da força da musculatura respiratória assim como de outras funções deste sistema como a depleção do reflexo de tosse e do batimento ciliar (GORZONI, 2013). Outra causa que dificulta a expansibilidade torácica está relacionada com rigidez proporcionada pela

calcificação das cartilagens costais e a perda significativa dos alvéolos pulmonares pelo fato de diminuírem sua área de superfície por ter se tornado mais finos, amplificando dessa forma, seu espaço morto e conseqüentemente a troca gasosa. Por estes e outros motivos os idosos acabam tornando-se mais susceptíveis as infecções bacterianas, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e pneumonias (PORTH; MARFIN, 2010; GORZONI, 2013).

O *trato gastrointestinal* não sofre muita variação em comparação aos outros órgãos em relação à idade. No entanto, a terceira idade apresenta edentia, bastante frequente em mais de 50% dos idosos, sendo necessário fazer uso de próteses. A motilidade esofagiana e o peristaltismo do aparelho digestório ficam mais lentificados em consequência do envelhecimento, o que resulta no relaxamento impróprio do esfíncter esofágico inferior provocando um esvaziamento retardado do conteúdo estomacal e na sensação de plenitude. Há uma diminuição da secreção das enzimas e em virtude disso muitos nutrientes deixam de ser absorvidos principalmente a vitamina B12 que é fundamental para maturação dos eritrócitos. Sua escassez pode trazer sérios problemas inclusive à anemia perniciosa (PORTH; MARFIN, 2010).

Já no cólon os efeitos fisiológicos do envelhecimento acarretam o aumento da prevalência de constipação, da doença diverticular e da incidência de neoplasias. Os demais órgãos que fazem parte do plexo gastrintestinal como anexos, também acabam tendo suas funções reduzidas. O fígado, por exemplo, é um dos anexos que apresentam uma depressão nos níveis de secreção da albumina, colesterol e ácidos biliares, assim como em relação à capacidade de metabolização (FERRIOLLI, 2013).

No que concerne ao *aparelho geniturinário* às condições renais estão voltadas diretamente para a perda da massa renal, principalmente pela perda dos néfrons, porém as condições renais podem ser uma combinação entre o envelhecimento e o estado patológico. A taxa de filtração glomerular e função tubular diminuída, resultando em uma deficiência na reabsorção e concentração da urina e posteriormente poderá desenvolver um desequilíbrio ácido-base, intoxicação medicamentosa ou gerar doenças cardiovasculares em resposta estressor ou ainda concentrar e conservar o sódio ativando o Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona. A diurese na pessoa idosa é mais frequente a noite sendo comum a perda de água e eletrólitos. Outro fator que pode ser esperado remete-se a ocorrência da incontinência urinária que pode desenvolver-se em ambos os sexos, sendo a mulher mais susceptível. Isso ocorre principalmente ao enfraquecimento da musculatura do

assoalho pélvico, apesar de existirem outras condições etiológicas que podem ocasionar a perda da continência urinária (PEREIRA, 2013; MACIEL, 2013).

No homem, além dos fatores mencionados, a hipertrofia e a hiperplasia prostática constituem outros fatores bastante comuns. O seu crescimento causa pressão sobre bexiga dificultando a sua micção e gerando quadros de infecções no trato urinário. Uma das maiores preocupação do homem idoso diante destas alterações remete-se a evolução para o câncer de próstata. Informações da *American Cancer Society* enfocam que em 2010 a cada seis homens um foi diagnosticado com câncer de próstata, sendo este a segunda e mais comum causa de morte acima dos 50 anos nos homens (GOMES, 2013).

O **sistema neurológico** também sofre repercussões com a idade avançada de maneira que interfere na sua estrutura e função, ou seja, os neurônios começam a diminuir seu número e tamanho por volta da segunda década, e a partir inicia-se o declínio ponderal e progressivo da funcionalidade cerebral, sendo mais acentuado nas mulheres. A circulação cerebral, os reflexos e os neurotransmissores também estarão reduzidos nesta fase. A capacidade cognitiva geralmente não sofre alterações significativas, mas caso venha ocorrer refletem no comprometimento da memória e evolução para doenças degenerativas como o Alzheimer (POTTER et al., 2013).

Por fim, o **sistema reprodutor** também sofre alterações em ambos os sexos, provenientes do declínio hormonal. No homem, o pênis e as gônadas minimizam, assim como os níveis de andrógenos e testosterona. A libido diminui, podendo ocorrer disfunção erétil (PORTH; MARFIN, 2010). A espermatogênese tem uma restrição em sua produção a partir dos 40 anos idade com progressão ao longo da vida. Na mulher, por sua vez evidencia-se, além da redução na produção hormonal, estreitamento e perda da elasticidade vaginal, secreções e acidez reduzidas, além de atrofia nas mamas, útero e ovários. (PEREIRA, 2013).

Ressalta-se que, mesmo diante dessas e de outras mudanças anatômicas, fisiológicas e bioquímicas, o processo de envelhecer é um fenômeno natural e jamais deve ser interpretado como sinônimo de doença, visto que cada idoso vivência estas características de forma específica e individualizada (RIBEIRO-FILHO, 2013)

Assim, buscando explicações para o processo do envelhecimento, nascem as teorias, cujo o objetivo é descrever o processo complexo biopsicossocial do envelhecimento. No entanto, não existe uma única teoria universalmente aceita, para explicar esse fenômeno. Por muitos anos, o envelhecimento tem sido definido

cronologicamente de forma subjetiva, ou seja, como e de que modo uma pessoa se sente, e de que maneira funcional, e como trabalha a capacidade física e mental. Partindo, para um melhor entendimento, as teorias biológicas, teorias do desenvolvimento e teorias sociais usam seu referencial nas diferentes perspectivas (ELIOPOULOS, 2005; ROACH, 2009; NERI, 2007).

Conforme os autores, embora cada uma dessas teorias defendam sua ideologia e proposições acerca do processo de envelhecer, torna-se complicado compreender tal fenômeno, muito embora existam definições que esclarecem à senescência e a senilidade como forma de diferenciar o processo do envelhecer normal para o envelhecer patológico.

3.2 O Processo de transição demográfico e epidemiológico

O conceito de transição demográfica tem sido designado para determinar mudanças sucedidas na estrutura etária de um determinado grupo populacional, ou seja, descrever a passagem de um regime demográfico, onde os coeficientes de natalidade e mortalidade estão em prevalência (LEBRÃO, 2007). Já a transição epidemiológica, é definida como as alterações ocorridas nos padrões de morte, invalidez e morbidade que diferenciam uma população, sendo que, geralmente, acontecem de maneira interligadas com as transformações demográficas, sociais e econômicas. Essa transição é analisada com um elemento de um processo mais vasto chamado “transição da saúde”, que enfoca as complexas mudanças dos padrões saúde/doenças e a resposta da sociedade colegiada a essas condições (CHAIMOWICZ; CAMARGOS, 2013).

A velhice é um fenômeno extremamente complicado, determinado por diversos fatores que produzem tendências e implicações das mais diversas, modificando dessa maneira seu perfil epidemiológico e demográfico. Na maioria das vezes, um país que perpassa pelo processo envelhecimento populacional deve disponibilizar aos seus cidadãos maiores expectativas de vida, isto é, através do controle das doenças infectocontagiosas e das doenças crônico-degenerativas, onde estas últimas passam a fazer parte do novo cenário nacional (LEBRÃO, 2007).

Nos países considerados desenvolvidos, a transição demográfica foi consolidada lentamente, ao longo de centenas de anos. Com o desenvolvimento desses países a qualidade de vida dessas populações também foi melhorando. Isso foi possível devido às

oportunidades de inserção no mercado de trabalho e os aprimoramentos das condições de moradia, saúde, educação e lazer. No Brasil e na América Latina, esse processo iniciou-se tardiamente em comparação aos países desenvolvidos. Depois da segunda guerra mundial, mais especificamente nos anos 60 e 70, a população brasileira passou por uma rápida transformação demográfica devido ao declínio dos níveis de fecundidade e mortalidade observados nessas décadas, no entanto não podemos desfavorecer os méritos que a qualidade de vida tem proporcionados nos últimos anos (LEBRÃO, 2007; CAMARANO; KANSO, 2013).

De acordo com Veras (2009), após as alterações ocorridas na transição na década de 1960, a pirâmide começou a ficar desproporcional em sua estrutura etária, deixando-a progressivamente estreita, à sua base populacional na pirâmide. Isso proporciona com que a cada ano o número de idosos cresça, passando de 650 mil idosos para 3 milhões de idosos no ano 60 e 7 milhões na década de 70, e em 2008 já ultrapassava os 20 milhões de idoso que representa um acréscimo em média de 700% em menos de 50 anos. Complementando esse raciocínio Camarano e Kanso (2013), afirmam que os idosos com 80 anos ou mais também estava aumentando, passando de 170,7 em 1940, para um contingente já bastante considerável de 2,8 milhões de idosos em 2010, que representava 14,2% do grupo senil e 1,5 da população como um todo.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de pessoas que apresentam 60 anos ou mais, já aproximar-se dos 14,5 milhões de idosos, isso representa aproximadamente 9,1% da população brasileira. Embora, o envelhecimento no Brasil seja ainda bastante recente, a nação brasileira já está sendo considerada, como uma das maiores populações geriátricas do mundo, deixando para trás até mesmo países da Europa como: França, Reino Unido e Itália. Estima-se que em torno, de 2025 o Brasil conseguirá ultrapassar os 30 milhões de idosos (IBGE, 2011).

Conforme os dados obtidos recentemente do censo de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico (IBGE), a população idosa atingiu um coeficiente bastante significativa cerca de 20.590.000 pessoas em todo o país no ano de 2010. Dentre estes, 5 milhões se encontram na região Nordeste, e mais especificamente 451.000 idosos residem no estado da Paraíba. Sendo que, 3.054 estão localizados no município de Cuité – PB (IBGE, 2010).

Diante de toda essa realidade que o Brasil vive em seus aspectos demográficos e epidemiológicos é importante ressaltar a necessidade de novos paradigmas e tecnologias de

atenção à saúde, visto que, o governo tem implantado vários programas voltados para pessoa idosa. No entanto, muitos deles acabam sendo negligenciados pelos seus executores, prejudicando dessa forma, a assistência à pessoa idosa. As execuções de ações desenvolvidas e planejadas são de extrema importância para que o idoso receba efetividade e possa desfrutar completamente seus anos de vida com qualidade. Cuidado, autonomia, autossatisfação, são contingentes indispensáveis para uma excelente participação social, bem como, a criação de novas ideologias para fortalecimento das políticas públicas voltadas para esse público (VERAS, 2007).

3.3 Alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas no idoso

Com a proporção que a população foi entrando na terceira idade foram existindo uma maior complexidade no processo de envelhecimento determinado pelo comprometimento da funcionalidade de diversos órgãos e sistemas, e isso vem ocasionando múltiplos problemas principalmente, no que se diz respeito a sensibilidade de pacientes idosos aos efeitos dos medicamentos (KLOTZ, 2009). De acordo Katzung (2006), os elevados índices de reações adversas provocadas pelo uso de medicamentos inapropriados aumenta consideravelmente com envelhecimento. Este acontecimento agrega-se principalmente aos idosos, por apresentarem um sistema fisiológico já fragilizado devido à idade avançada e também pela sua adaptação quanto ao elevado consumo de alopáticos.

O autor supracitado ressalta que isso sucede pelo modo como envelhecer está interligado com o comprometimento das alterações regulatórias responsáveis por produzir integração entre células e órgãos.

A farmacoterapia em relação a resposta clínica é muito particular e pode ser influenciada por vários fatores como: idade, aspectos genéticos, etnia, gênero, doenças, e exposição inicial ao fármaco. Na terapia farmacológica devem ser levado em evidências as modificações farmacocinéticas (semelhança entre a dose administrada e as concentrações do princípio ativo na circulação sistêmica) e as alterações farmacodinâmicas, (relação entre as doses administradas do fármaco e a reposta farmacológica observada), especialmente entre os consumidores idosos (BOWIE; SLATTUM, 2007).

Conforme os referidos autores, essa ressalva é de extrema importância devido ao declínio do sistema fisiológico ocasionado pela idade avançada que reduz habilidade homeostática. As alterações mais frequentes estão voltadas para o processo de purificação de fármacos pela excreção primariamente de cunho renal com baixo teor da filtração glomerular normais; a diminuição do fluxo sanguíneo e dos mecanismos de biotransformação hepatocítica e albuminemia corpórea; o acréscimo de adiposidade corpórea, que aumenta o volume de distribuição de fármacos lipossolúveis bem como a perda de massa muscular que dificulta o processo de distribuição de alguns fármacos e também as mudanças da sensibilidade dos receptores e a própria resposta do sistema fisiológico.

3.3.1 Farmacocinética

- **Absorção**

A biodisponibilidade dos medicamentos é caracterizada como um fenômeno passivo que necessita da funcionalidade do trato gastrointestinal (TGI) para que a maioria dos medicamentos ingeridos possam ser absorvidos no intestino delgado, geralmente por difusão simples ou facilitada como evidencia a **Figura 1**. Sabe-se que a expansão absorptiva depende da habilidade de absorção do intestino delgado, no entanto, são analisadas pequenas modificações no idoso. Essas alterações são resultantes do processo do envelhecimento, estando inclusas a redução do número cílios, da microvilosidade e das células da mucosa intestinal que auxiliam na absorção assim como redução da sua área total absorptiva. Além disso, é possível evidenciar motilidade gastrointestinal diminuída, a qual aumenta o tempo de esvaziamento gástrico e promove a redução do trânsito intestinal; e acréscimo de 10% do pH gástrico (COSTA, 2009).

Comumente, a absorção de substâncias que sofrem transporte ativo a partir do TGI, como a glicose, vitamina B12 e alguns minerais, podem estar reduzidas nos idosos devido as alterações mencionadas (GORZONI; PASSARELLI, 2013). A presença de patologias gastrointestinais também podem intensificar o comprometimento do processo de absorção entre os idosos. Algumas das doenças mais frequentes envolvidas neste processo incluem:

doença diverticular, estenose pilórica, enterite regional, gastrectomia prévia, síndrome da má absorção e a pancreatite. Existem ainda medicamentos que podem causar interação medicamentosa e interromper a absorção de outros, como é o caso dos antiácidos que diminuem a absorção da digoxina, tetraciclina e cimetidina (COSTA, 2009; GORZONI; PASSARELLI, 2013).

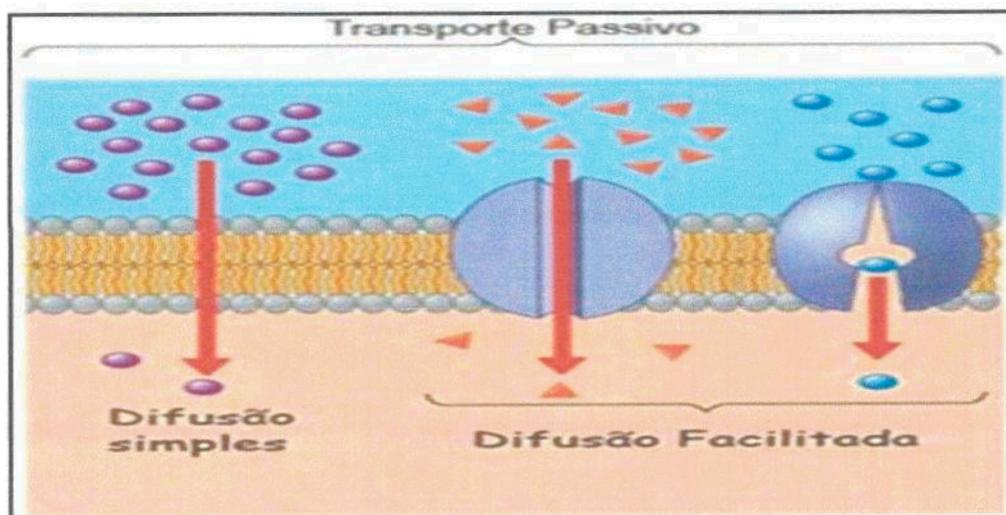


Figura 1: Processo de absorção de fármacos.

Fonte: Pontífica Universidade Católica do Rio de Janeiro (2013).

- **Distribuição**

O processo de distribuição de medicamentos é influenciado diretamente pelas alterações fisiológicas e patológicas associadas ao envelhecimento humano. Sabe-se que a distribuição da grande maioria dos fármacos se dá por meios séricos através de duas proteínas plasmáticas (a albumina e alfa 1 glicoproteína ácida) (BLUTER; BEGG, 2008). Quando o processo de envelhecimento estiver associado a uma estado patológico iminente como a desnutrição pode ocorrer uma redução dos níveis de albumina sérica em até 25% em relação aos pacientes jovens, a qual resulta um aumento da fração livre dos princípio ativos, como fenoteína, diazepam e piroxicam. Em relação a alfa 1 glicoproteína ácida, principal marcador de doença crônica, é possível perceber um acréscimo de seus níveis com o avançar da idade, além de uma redução de 40 % da fração livre de fármacos (GORZONI; PASSARELLI, 2013).

Outra alteração de grande importância é o acréscimo de gordura na composição corpórea associada ao envelhecimento que cresce de 30% a 40%. Em contra partida, a massa hídrica sofre uma redução de até 15% o que altera a distribuição do volume de determinadas drogas (COSTA, 2009). Dessa forma, essa variação pode causar uma disparidade em comparação ao volume que foi distribuído os medicamentos, ou seja, os fármacos hidrofílicos como o lítio, digoxina, aminoglicosídeos (gentamicina), teofilina e cimetidina podem apresentar um volume de distribuição bastante diminuído devido à perda total de água em até 20% no idoso (EL DESOKY, 2007).

Os autores mencionam ainda, que essas e outras modificações fazem com que haja um intenso acúmulo das concentrações plasmáticas ao ponto que a distribuição de remédios lipofílicos como é caso dos benzodiazepínicos, morfina, barbitúricos e fenotiazínicos (antipsicóticos) estejam elevados e excreção diminuída.

• **Metabolismo**

Assim como a absorção e a distribuição o metabolismo no idoso também torna-se mais lento, ou seja, a massa hepática neste público sofre um déficit de 20 a 30% assim como o fluxo sanguíneo apresenta um déficit de 20 a 50% refletindo nas concentrações dos fármacos, no fluxo-dependente e nos níveis séricos dos fármacos (KLOTZ, 2009).

Outra alteração peculiar do envelhecimento associado ao metabolismo é a redução entre 20 a 40% da atividade do fígado mais especificamente do citocromo P-450, responsável pela conversão dos medicamentos em metabólico através do metabolismo oxidativo, chamado de processo de biotransformação. Esse, por sua vez, possui duas fases: A primeira é responsável pelo processo de conversão dos medicamentos em metabólitos ativos e inativos por meio do processo oxidativo como: alprazolam, clordiazepóxido, quinidina, aminofilina, propranolol, bloqueadores do canal de cálcio, levedopa e diazepam, os mesmos atua continuamente por longo período (PASSARELLI, 2005). Entretanto, a longevidade não altera expressivamente o funcionamento do citocromo P450, porém o que deixa-o mais susceptível para um comprometimento de sua função é a redução substancial da massa e do fluxo sanguíneo hepático como exemplo: o diazepam, que possui sua meia vida cerca de 24 a 90 horas respectivamente tanto em jovens quanto idosos. Já a segunda

fase, propõe graus de polaridade e hidrossolubilidade para provocar a excreta de substância através das fezes e urina.

Ressalta-se que, outros fatores envolvendo um quadro de fragilidade, desnutrição, multimortalidade e tabagismo podem contribuir para influenciar na metabolização hepática, o que acaba prejudicando a ativação dos medicamentos. Contudo, existe uma certa dificuldade em presumir e avaliar essas mudanças, visto que as evidências de sua função hepática não demonstram alterações no paciente idoso, embora esses fenômenos tenham sido mencionados anteriormente (EL DESOKY, 2007).

• Excreção

Com a idade avançada o sistema renal se torna mais sensível devido as alterações fisiológicas do envelhecimento. Os rins possuem um papel fundamental na depuração dos fármacos. Os medicamentos fazem o mesmo trajeto para o fluxo de formação da diurese. Esse percurso inicia-se quando o princípio ativo deixa de circular pelo corpo e chega as paredes dos capilares glomerular que filtra o fármaco e em seguida atinge a cápsula de Bowman que desemboca suas substâncias para os túbulos renais, onde serão reabsorvidos para a corrente sanguínea por meio do túbulo proximal e posteriormente, as substâncias que não foram absorvidas serão excretadas através da urina (ELIOPOULOS, 2005).

Os rins em seu estado de ausência de nefropatia passa por modificações anátomo-fisiológicas irreversíveis. Os rins perdem em torno de 40% do seu parênquima e 30g da massa total. Esse fenômeno ocorre por volta dos 30 aos 90 anos, podendo se cogitar num prejuízo de aproximadamente de 60% dos glomérulos. Além da perda glomerular pode advir fibrose intersticial, arteriosclerose e atrofia tubular renal. Dessa forma, podemos perceber que os idosos podem apresentar uma redução na taxa de filtração glomerular e no fluxo plasmático mesmo sem possuir nenhuma patologia associada aos rins (PASSARELI, 2005; GORZONI; PASSARELLI, 2013).

De acordo Passareli (2005), a idade avançada pode acarretar ainda a hialinização de 20 a 30 % do glomérulos que estão localizados, principalmente no córtex renal, sendo este fator fundamental para a diminuição de toda sua capacidade de filtração glomerular como também a diminuição do fluxo renal, que por sua vez, perdem aproximadamente 10% de toda sua capacidade funcional a cada década, há começar dos 30 anos de idade. Não

obstante, torna-se evidente que com a diminuição da função renal a taxa de filtração glomerular também atenua seu ritmo e conseqüentemente os fármacos hidrossolúveis como diuréticos, digoxina β -bloqueadores, lítio e Antiinflamatórios Não- Esteroidais (AINES) sofrem importantes alterações na concentração sérica total.

Rocha et al. (2008) corroboram enfocando que o funcionamento inapropriado do sistema renal pode interferir diretamente na eliminação dos medicamentos, o que proporciona uma duração maior na corrente sanguínea e conseqüentemente toxicidade de cunho medicamentoso, reações adversas e em casos mais severos até falência de órgãos.

Diante de tantas substâncias que podem se tornar prejudicial e interferir diretamente no padrão de eliminação dos idosos a prescrição continua sendo um dos princípios básicos ajustar as doses dos medicamentos aos parâmetros homeostáticos da excreção renal através do valor da depuração (*clearance*) de creatinina. Cabe salientar que o valor separado da creatinina não é um excelente parâmetro para o cálculo desse ajuste, exatamente devido à diminuição da massa magra característica do envelhecimento. As fórmulas mais amplamente empregadas para estimar a depuração endógena de creatinina foram argumentadas por Cockcroft e Gault em 1976 (GORZONI; PASSARELLI, 2013), ambas estão explicitadas a seguir:

$$\begin{aligned} \text{Clearance de creatinina (ml /min)} = \\ \frac{(140 - \text{Idade}) \times \text{Peso (kg)} (\times 0,85 \text{ para a mulher})}{72 \times \text{Creatinina sérica (mg/dL)}} \end{aligned}$$

MDRD

$$\begin{aligned} \text{Clearance de creatinina (mL/min)} = 186,3 \times \text{Creatinina sérica}^{-1,154} \times (\text{idade em anos})^{-0,203} \\ \times 0,742 \text{ para a mulher} \times 1,212 \text{ se afro-caribenho.} \end{aligned}$$

3.3.2 Farmacodinâmica

A farmacodinâmica é definida como o campo da farmacologia que estuda os efeitos fisiológicos dos fármacos nos organismos, seus mecanismos de ação e a relação entre a concentração do fármaco e efeito. De forma simplificada, podemos considerar farmacodinâmica como o estudo do efeito da droga nos tecidos. No organismo idoso essas alterações farmacodinâmicas estão associadas à resposta aos fármacos através das modificações em receptores, mecanismos homeostáticos e locais de ação. O crescimento da sensibilidade aos medicamentos está tradicionalmente interligado com o fenômeno do envelhecimento e explicado por alguns autores como consequência do declínio das funções orgânicas nos idosos (BOWIE; SLATTUM, 2007).

Salienta-se que neste processo os fármacos podem agir de diversas formas como através dos receptores com canais iônicos por meio de alterações de polaridade da membrana por trânsito de íons entre o exterior e o interior da célula, e vice-versa; ou através de receptores ligados as proteínas G, os quais exercem sua função por meio de mensageiros intracelulares, que poderão atuar em nível citoplasmático por meio da fosforilação de enzimas e alteração de sua atividade ou pela mobilização de estoques intracelulares de cálcio. Contudo, diante do processo de envelhecimento, alguns fármacos que agem em diferentes sistemas corporais e por um desses mecanismos de atuação podem ter sua função alterada, a exemplo do sistema cardiovascular e nervoso proveniente de fatores diversos como o déficit nos parâmetros do fluxo sanguíneo provocado pela aterosclerose (GORZONI; PASSARELLI, 2013).

Outra manifestação relacionada ao envelhecimento de enorme destaque na farmacodinâmica é quanto à redução dos efeitos dos fármacos beta bloqueadores que atuam no sistema cardiovascular. Esse decréscimo se dá por intermédio da resposta vascular, cardíaca e do tecido pulmonar que poderiam estar diretamente relacionado com a redução das interações com a proteína Gs (COSTA, 2009).

Conforme o autor supracitado as principais alterações observadas, no que tange a farmacodinâmica da pessoa idosa, que podem ocasionar importantes reações e interações medicamentosas, neste público, envolvem a redução da tolerância à glicose, as alterações homeostáticas do sistema nervoso, no sistema renina-angiotensina-aldosterona, no reflexo

barorreceptor e nas atividades e expressão de receptores colinérgicos, adrenérgicos, gaba-adrenérgicos e serotoninérgicos.

4.4 Os riscos da polifarmácia e automedicação para a saúde do idoso

Conforme o exposto, o processo de envelhecimento é um fenômeno mundial, natural e progressivo que vêm crescendo de forma significativa nos últimos anos. Arelado a este crescimento e as alterações epidemiológicas, tem-se observado também o aumento do consumo de medicamentos por este público como explícita a assistência farmacêutica, especialmente (FLORES; BENVENÚ, 2008). Diante dessa alusão vivenciada pelos longevos brasileiros, estudos farmacoepidemiológicos vêm se tornando cada vez mais importantes na saúde do idoso no cenário atual. No Brasil, pesquisas realizadas mostram que o consumo de medicamentos entre os idosos vem ascendendo consideravelmente tanto nos grandes centros urbanos como nas pequenas cidades interioranas (FLORES; BENVENÚ, 2008; SILVA et al., 2012).

Silva et al. (2012) afirmam que grande parte dos medicamentos consumidos no Brasil são utilizados pelos indivíduos com 60 anos ou mais. Além do fator idade, existem outros que podem contribuir para o uso excessivo de medicamentos entre os idosos, como é caso dos fatores clínicos e a ideologia que a sociedade acarreta ao longo de sua história, ou seja, que o uso de fármacos é a única obtenção da saúde.

A polifarmácia é uma terminologia ainda bastante controversa, no entanto ela pode ser definida como o número excessivo de medicamentos prescritos e de automedicação, podendo potencializar seus efeitos ou diminuir a ação dos fármacos provocados pelo antagonismo e sinergismo devido a uma disfunção no mecanismo hepático e excretor. Outro ponto bastante importante remete-se à presença das múltiplas patologias que podem ser determinantes para o aumento do número de medicamentos consumidos (MEDEIROS-SOUZA et al., 2007; CABRERA, 2013).

Conforme os autores supracitados, a polifarmácia pode ser classificada quanto à quantidade de medicação utilizada ou quanto a qualidade desses medicamentos. No que concerne à quantidade de medicamentos, estes podem ser subclassificados de várias formas a exemplo de *polifarmácia menor* (quando há o uso de 2 a 4 medicamentos) e *polifarmácia*

maior (quando se observa o uso de 5 ou mais medicamentos); ou em *polifarmácia baixa* (quando há o consumo de 2 a 3 medicamentos); *moderada* (quando há o consumo 4 a 5 medicamentos); e *alta* (quando há o consumo superior a 5 medicamentos). Já o significado qualitativo refere-se à prescrição, administração ou consumação de fármacos além do que está clinicamente indicado ao paciente.

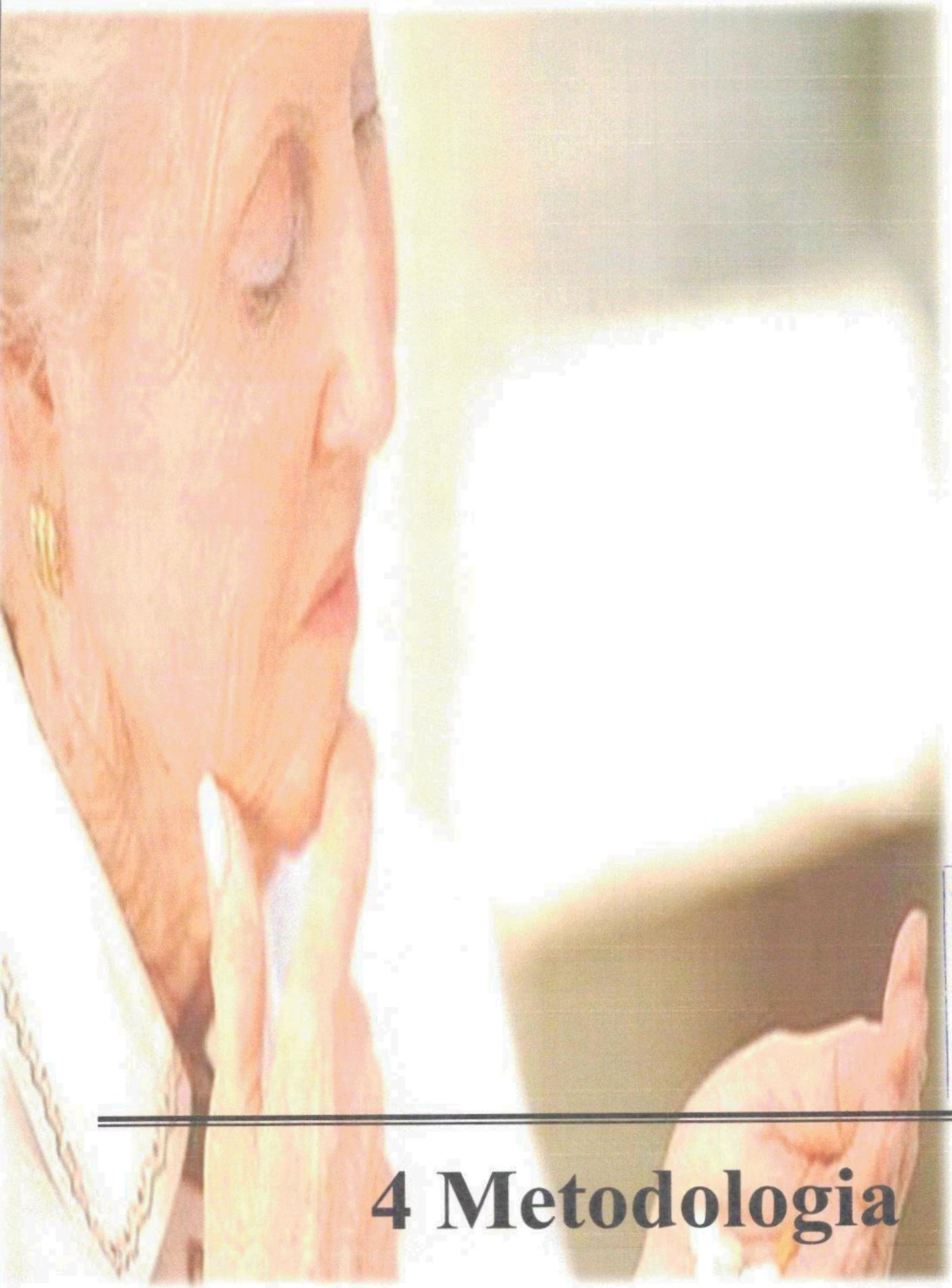
Esse consumo exagerado de fármacos pelos idosos é destaque em vários países, especialmente no Brasil. Estudos mostram que sua prevalência atinge aproximadamente 92% desta população. Dentre os grupos terapêuticos mais utilizados estão inclusos os medicamentos que agem no sistema cardiovascular, nervoso, trato gastrintestinal, metabólico e no sistema respiratório (RIBEIRO et al., 2008; FLORES; BENVENÚ, 2008).

O exercício da polifarmácia tem muitas ocorrências, o que se justifica pelo conjunto de patologias exibidas por essa população, podendo ser um benefício importantíssimo no domínio de muitas condições crônicas. No entanto, sua prática deve ter um pouco de cautela pelo aumento da perspectiva de ocorrência de interações medicamentosas, do uso inadequado de medicamentos, da baixa adesão aos tratamentos e efeitos adversos em idosos. Além desses existem outros fatores que são considerados de risco para a automedicação como a presença de comorbidades, múltiplos prescritores, ser do sexo feminino e ter maior idade (LOYOLA FILHO et al., 2006; MEDEIROS-SOUZA et al., 2007; ROCHA et al., 2008; CABRERA, 2013).

Nos países desenvolvidos, estima-se que 20% a 40% dos idosos utilizem múltiplos agentes associados e no mínimo 90% das pessoas neste grupo recebem pelo menos um agente, sendo estimada uma média de quatro por indivíduo. No Brasil, cujo número de medicamentos disponíveis no mercado aumentou em 500% nos últimos anos, apresentando cerca de 17.000 nomes genéricos/comerciais o consumo de múltiplos medicamentos ocorre em distintas cidades (SECOLI, 2010).

Outro problema, além da polifarmácia, que afeta diretamente os idosos, envolve a automedicação, a qual também acarreta consequências sérias ao organismo humano (MARIN et al., 2008). Para Vitor et al., (2008), a automedicação pode ser determinada como o uso de medicamentos sem prescrição de um profissional especializado, na qual o próprio indivíduo resolve fazer uso do fármaco ou podendo ele ser aconselhado em sua totalidade por terceiros como familiares, amigos, vizinhos ou balconistas de farmácia.

A prática da automedicação é um molde do autocuidado para se manter com saúde, ou seja, na prevenção de patologias ou quando se vivencia alguma sintomatologia aparente. Alguns fatores como experiência prévia com o medicamento, conhecimentos otimistas anteriores, desempenho emblemático dos alopáticos sobre a população e a até mesmo a dificuldade de acesso aos serviços de saúde são fatores apontados como importantes influenciadores para a prática da automedicação (NAVES et al., 2010) e cuja consequência poderá resultar no agravamento de saúde do indivíduo, intoxicação ou, até mesmo, o óbito (LIMA; NUNES; BARROS 2010; TELLES-FILHO; ALMEIDA; PINHEIRO, 2013).



UFCA BIBLIOTECA

4 Metodologia

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo transversal, exploratório-descritivo, observacional e de abordagem quantitativa. Segundo Gil (2008), o estudo exploratório-descritivo visa familiarizar-se, por meio de levantamento de opiniões, crenças e atitudes, com o fenômeno que está sendo investigado, de modo que a pesquisa possa ser concebida com uma maior compreensão e precisão, visando o aprimoramento de idéias e intuições a partir da familiarização da problemática.

Em relação à abordagem quantitativa Gunther (2006) menciona que a mesma busca critérios numéricos que possibilite gerar e generalizar conceitos teóricos que se pretende testar. Ela transforma em números, opiniões e informações, por meio de recursos e técnicas estatísticas para classificá-las e analisá-las, associado ao estudo descritivo. Segundo o autor, este tipo de abordagem é utilizado quando se conhece o perfil do universo e os objetivos específicos do problema. Segundo o mesmo autor o instrumento para a coleta de informações é estruturado e os resultados são extrapolados para o universo, onde todos os componentes devem ter a chance de participar da amostra.

4.2 Participantes, local e duração da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Cuité – PB, localizado na microrregião do Curimataú Ocidental do estado da Paraíba, especificamente na rede Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual contempla cinco Unidades de Saúde da Família (USF) na zona urbana e quatro na zona rural. Salienta-se que a coleta de dados ocorrerá nas USF da zona urbana, a saber: USF Abílio Chacon; USF Ezequias Venâncio; USF Luiza Dantas de Medeiros; USF Diomedes Lucas de Carvalho e USF Raimunda Domingos de Moura.

A escolha do cenário para a realização da pesquisa justifica-se devido à acessibilidade local (**ANEXO A**) e por tratar-se de um município que alberga uma população significativa de idosos, aproximadamente 2.406 (USF Abílio Chacon – 581 idosos; USF Ezequias Venâncio – 518; USF Luiza Dantas – 455; USF Diomedes Lucas –

467; e USF Raimunda Domingos – 385), conforme dados disponibilizados, em 2013, pela Secretaria Municipal de Saúde de Cuité. A coleta de dados teve duração de dois meses, de julho a agosto de 2014.

Participaram da pesquisa 100 idosos da ESF, sendo 20 idosos de cada uma das unidades mencionadas. A seleção dos participantes ocorreu de forma aleatória a partir de prontuários disponibilizados pelas equipes de cada USF, visto que trata-se de uma pesquisa não-probabilística. Entretanto, para melhor homogeneidade do grupo pesquisado foram estabelecidos os critérios de inclusão que envolvem: Idoso cadastrado na Unidade de Saúde da Família; Idoso de ambos os sexo e que esteja fazendo uso de pelo menos um tipo de medicação regular; foram excluídos da pesquisa: Idoso com transtorno mental; Idoso com deficiência visual e/ou auditiva; Idoso com déficit de comunicação verbal e aqueles que se recusem em participar da pesquisa.

A escolha do referido público alvo se deu devido às consequências provocadas pelas patologias crônico-degenerativas e por estes apresentarem maior susceptibilidade às doenças e pelas alterações biológicas oriundas dessa fase, por isso os tornam mais vulneráveis ao consumir um maior quantitativo de medicamentos comparado com outras faixas etárias.

Salientamos que as entrevistas foram realizadas no domicílio do idoso, nos turnos matutino (08:00 às 12:00h) e vespertino (13:00 às 17:00h), conforme consulta, autorização e agendamento prévio realizado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) ao idoso que pertença a sua área de abrangência.

4.3 Instrumento para a coleta de dados e procedimentos da pesquisa

Os dados foram coletados mediante a realização de uma entrevista estruturada norteada por um formulário. Os participantes foram convidados para a realização da entrevista individual a partir de uma explanação prévia sobre a pesquisa. Sequencialmente, os mesmos foram convidados a participarem da mesma e caso houvesse concordância pelo participante à entrevista era iniciada.

O instrumento roteiro de coleta (**APÊNDICE A**) foi composto por trinta e uma questões objetivas, divididas em três seções. A primeira, referente aos aspectos sócio-demográficos dos idosos, a segunda referente aos aspectos clínicos e uso dos serviços de saúde e a terceira referente a temática central do estudo, ou seja, quanto ao uso de medicamentos pelos idosos.

O procedimento da pesquisa constou de etapas que se iniciaram mediante envio de um ofício (**APÊNDICE B**) a Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Cuité, Joseane da Rocha Dantas Cavalcante, informando-a sobre o estudo e solicitando sua autorização para a realização da pesquisa, assim como para a utilização formal do nome da instituição no relatório final. Após essa autorização, o projeto foi submetido para apreciação a Plataforma Brasil mediante envio do Termo de submissão do projeto (**ANEXO B**) e encaminhado para Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) designado pela Plataforma Brasil. Diante da aprovação e de posse com a certidão provisória a pesquisa foi iniciada com a coleta dos dados conforme o local e turnos mencionados (**ANEXO C**)

4.4 Análise dos dados

Para a elaboração do banco de dados e análise estatística foi utilizado os *Software Word 2007 e Excel 2007*, cujos resultados foram apresentados descritivamente sob a forma de gráficos e tabelas por meio de distribuição de frequência (f) e percentual (%), sendo posteriormente discutidos a luz da literatura pertinente.

4.5 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa foi formalizada e iniciada após submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa sugerido e designado pela Plataforma Brasil conforme exigências estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que norteia a prática de pesquisa com seres humanos.

O procedimento fez-se em dois momentos: o primeiro consistiu de um contato prévio e individualizado com o idoso, onde foram explanados os objetivos da pesquisa, a importância de sua participação e a apresentação de todos os itens contemplados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**APÊNDICE C**). Este foi assinado por cada entrevistado (a) e pesquisadores responsáveis, sendo inclusive referida a livre opção em aceitar ou não participar da pesquisa sem qualquer prejuízo pessoal, podendo inclusive a (o) participante retirar-se antes, durante ou depois da finalização da coleta de dados. Salientamos ainda que ao participante foi entregue uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente assinada pelos pesquisadores envolvidos na referida pesquisa.

Nós, pesquisadores, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas na Resolução 466/12 do CNS/MS e suas complementares (**APÊNDICE D**), assinando também um termo de compromisso, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (**APÊNDICE E**).

Ademais foram levados em consideração os deveres e responsabilidades existentes no capítulo III da Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no que concerne aos aspectos éticos e legais da pesquisa, contemplados nos artigos 89, 90, 91, 92 e 93 (COFEN, 2007).



5 Resultados e Discussão

Participaram deste estudo 100 idosos assistidos na rede Estratégia Saúde da Família (ESF) da zona urbana localizado no município de Cuité – PB, conforme os dados da **Tabela 1**. A faixa etária dos participantes variou de 60 a 80 anos ou mais, sendo a maioria do sexo feminino (71%), raça branca (56%), relação conjugal estável e viúvos (36%), apresentando até oito anos de estudos (89%) e com renda familiar até um salário mínimo. A maioria deles reside com familiares (43%) ou companheiro (a) (29%).

Apesar de não haver correlação estatística que permita uma análise aprofundada entre as variáveis mencionadas e o consumo de medicamentos na presente pesquisa, estudos refletem uma variabilidade em relação à faixa de idade de idosos que realizam consumo de medicamentos em excesso em diferentes regiões brasileiras, porém, conforme o IBGE (2010), 42% dos idosos que mais consomem medicamentos encontram-se com idade entre 60 e 69 anos.

A predominância do sexo feminino especialmente entre as mulheres com idades mais avançadas também merece destaque quando da análise do consumo de medicamentos. Conforme Camarano, Mello e Leitão (2010), essa explicação relaciona-se a feminização do envelhecimento (CARVALHO et al., 2012; FLORES; BENVENEGÚ, 2008), desvalorização com o autocuidado por parte do homem e as ocorrências de problemas de saúde com o decorrer da idade, principalmente, quando acarreta maior grau de severidade patológica, cujo principal meio para o alívio dos sintomas é terapia farmacológica (GAUTÉRIO et al., 2012).

Flores e Benvenegú (2008) destacam ainda que as mulheres tendem a ter mais receio em adquirir enfermidades, por isso que acabam procurando muito mais os serviços de saúde do que os homens. Além do que, essa sobrevida das mulheres em idade avançada pode estar relacionada também as diferenças no estilo de vida adotado por elas, ou seja, menor consumo de bebida alcoólica e tabaco quando comparado aos homens, pelas diferenças na exposição aos riscos ocupacionais, e também porque as mulheres apresentam menor índice de mortalidade de causas externas em comparação ao sexo masculino.

No que se refere ao nível de escolaridade entre os idosos constatou-se, que o quantitativo de idosos que estudou menos de oito anos foi bastante expressivo. Segundo IBGE (2010), dados obtidos pelo censo afirmam que aproximadamente 32,2% dos idosos brasileiros são analfabetos. Os resultados do analfabetismo em nosso país refletidos de uma construção histórica com traços de desigualdade social. Para Marin et al., (2008) e

Silva et al., (2012), a redução da escolaridade pode ser considerada um grande fator de risco por dificultar a compreensão e o aprendizado dos idosos com relação a sua doença bem como a complexidade dos esquemas medicamentosos que podem acabar com erros utilizados pelos participantes.

No que concerne a variável renda familiar, observou-se que a maioria dos idosos afirmou receber até um salário mínimo como renda mensal (82%), corroborando os achados de Ferreira, Tavares e Rodrigues (2011). Segundo Marin et al., (2008) a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio (PNAD) no Brasil revelou que mais de 50% da população senil tem uma salário mínimo e um quarto desta renda são gastos com medicamentos. A aposentadoria ou pensão são as principais fontes de renda dos idosos, sendo este subsídio de extrema importância para a sua sobrevivência (DIAS et al., 2012).

Pesquisas evidenciam que a renda pode influenciar no acesso aos serviços de saúde assim como aos medicamentos. Alves e Rodrigues (2006) constataram que os idosos de baixa renda tinham bem menos acesso aos medicamentos e procuravam com menor frequência os serviços de saúde, justificando a dificuldade em manter a terapêutica até o término do tratamento, o qual acaba interferindo diretamente na qualidade de vida deles. Resultados semelhantes evidenciados por Loyola filho et al., (2006) apontam que idosos com renda mais elevada consomem medicamentos com mais frequência devido ao fácil acesso.

Tabela 1: Distribuição de idosos segundo as características sociodemográficas. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.

Variáveis	n	%
Idade		
60 - 69	32	32,0
70 - 79	40	40,0
≥ 80	28	28,0
Sexo		
Feminino	71	71,0
Masculino	29	29,0
Raça autorreferida		
Branca	56	56,0%
Não Branca	44	44,0%
Estado civil		
Solteiro	23	23,0%
Casado	36	36,0%
Desquitado	5	5,0%
Viúvo	36	36,0%

Escolaridade		
Até 8 anos de estudos	89	89,0
Mais de 8 anos de estudo	11	11,0%
Renda familiar		
≤ Um salário mínimo	82	82,0
Um a três	15	15,0
>Três salários mínimos	3	3,0
Reside com		
Sozinho	12	12,0
Companheiro(a)	29	29,0
Familiares	43	43,0
Amigos	3	3,0
Outro	13	13,0

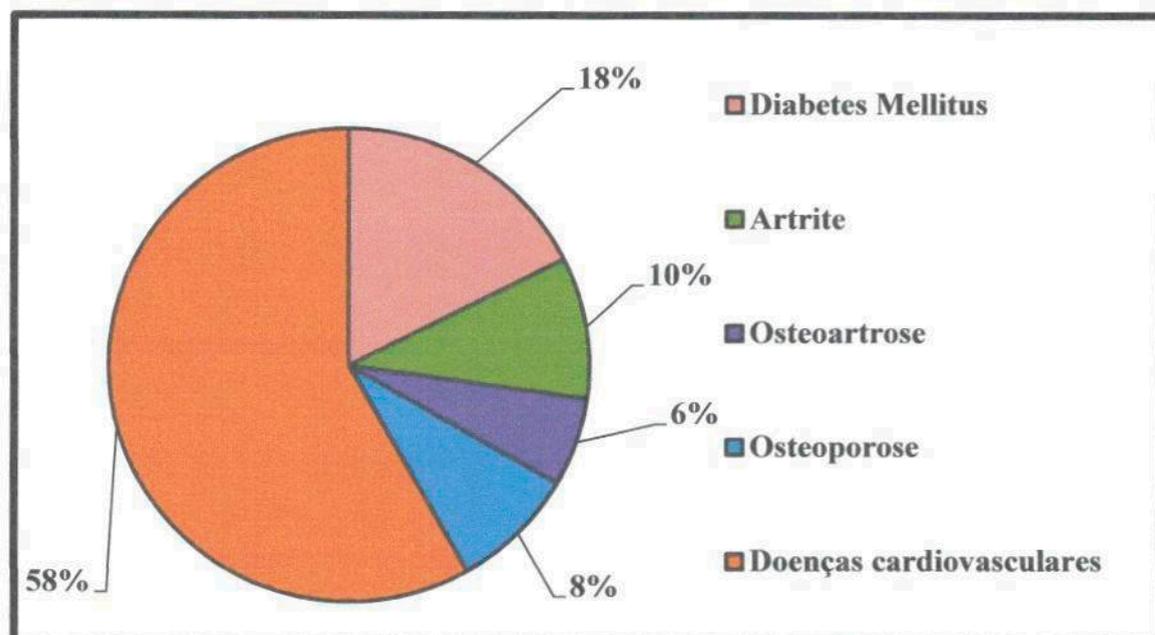
Fonte: (Dados da pesquisa, Cuité, 2014).

Quanto à prevalência de doenças crônicas no grupo pesquisado constatou-se que 58% dos idosos apresentam no mínimo quatro tipos diferentes de afecções crônicas. Dais quais as mais prevalentes foram às doenças cardiovasculares (58%), diabetes *Mellitus* (18%) e a artrite reumatóide (10%) (**Gráfico 1**). Estes achados corroboram os de Sousa e Silver (2008), onde 80,5% dos idosos pesquisados apresentaram algum tipo de patologia crônica, tendo a Hipertensão Arterial Sistêmica um destaque especial neste público. Conforme Lima-Costa et al. (2007), a acumulação de doenças crônicas incide porque, com a progressão da idade, o número de diagnósticos tende a aumentar.

Assim, quanto maior o número de doenças presentes, maior a probabilidade do idoso em considerar a sua saúde como ruim e aumentar o consumo de algumas classes de medicamentos para o tratamento destas doenças. A associação entre a prevalência de doenças crônicas e quantidade de medicamentos ingeridos por dia pôde ser constatada no estudo de Dias et al. (2011), onde o consumo de medicamentos para o tratamento das doenças crônico-degenerativas foi algo bastante contundente.

Neste contexto, acredita-se que, quanto maior o número de doenças diagnosticadas pelo médico, maiores serão as necessidades de utilização de combinações medicamentosas e, conseqüentemente, mais prováveis as interações entre os fármacos.

Gráfico 1: Distribuição de idosos quanto a presença de doenças crônicas. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.



Fonte: (Dados da pesquisa, Cuité, 2014).

A partir da prevalência de algumas doenças identificadas e analisadas na variável anterior é compreensível que haja a predominância de consumo de algumas classes de medicamentos pela amostra em questão, a exemplo dos anti-inflamatórios e analgésicos (22%) e aqueles relacionados ao sistema cardiovascular (17%). Outra classe de medicamento bastante mencionada pelos idosos remeteu-se ao sistema digestório (15%) como mostra o **Gráfico 2**.

Esses achados corroboram com os de Bueno et al. (2009) e Guimarães et al. (2012), os quais constataram que os medicamentos mais consumidos entre os idosos pertenciam ao grupo anatômico que atuam no aparelho cardiovascular, especialmente para o tratamento da hipertensão arterial, trato alimentar e aqueles fármacos que atuam no sistema nervoso e no metabolismo orgânico.

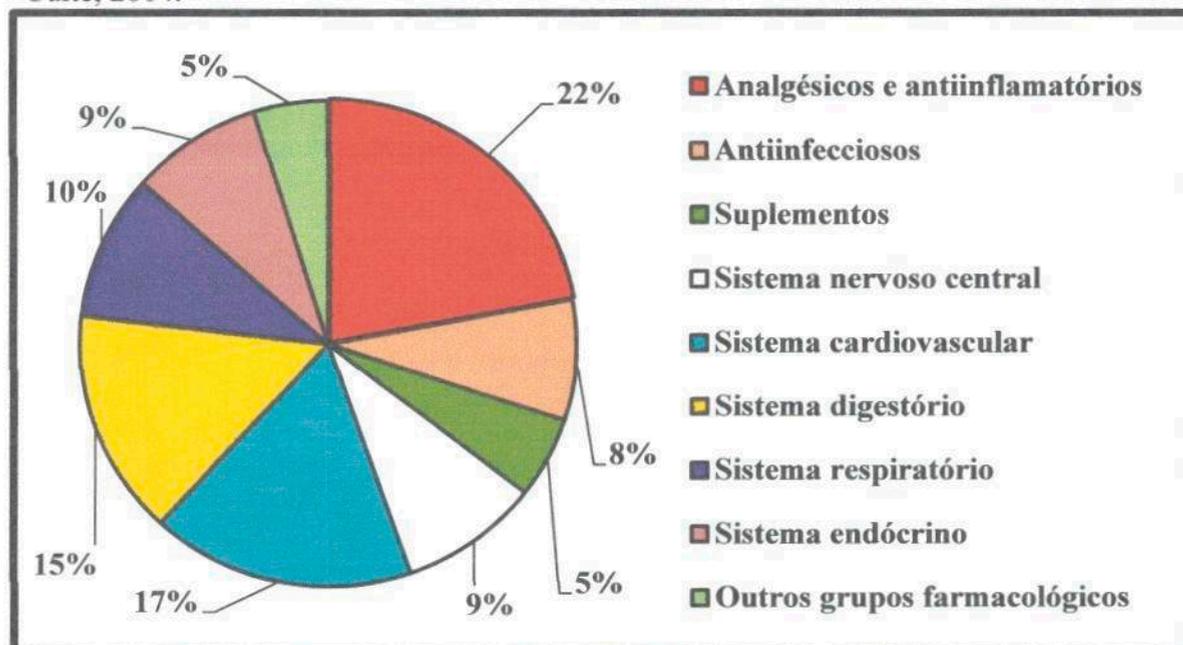
A grande incidência do uso de medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial é justificável possivelmente devido ao risco absoluto aumentado em desenvolver uma doença cardiovascular à medida que a idade avança (SBC, 2006). Conforme Flores e

Benvegnú (2008), as doenças cardiovasculares lideram as causas de morbi-mortalidade em indivíduos acima de 65 anos de idade.

O uso de anti-inflamatórios, especificamente os não esteroidais (AINEs) constituem atualmente a classe de medicamentos mais comumente prescrita no mundo todo, devido aos seus efeitos analgésicos e anti-inflamatórios. Dentre as principais causas para esse aumento, especificamente entre a população idosa, está o crescimento de doenças reumatológicas, as quais são responsáveis por um conjunto de sinais e sintomas que predispõem o uso destes medicamentos a fim de debelar o quadro clínico, especialmente nos estágios de agudização. No entanto, os AINEs também podem induzir uma variedade de alterações deletérias na função renal, especialmente nos pacientes que já têm a perfusão sanguínea renal diminuída e naqueles que fazem uso prolongado dessas drogas, tornando o rim o segundo órgão mais afetado pelos efeitos adversos desses fármacos, visto que, os mesmos tendem a ocasionar lesão do órgão por comprometimento do fluxo renal (MELGAÇO et al., 2010).

Diante do exposto é necessário que a prescrição deste tipo de droga seja criteriosa, especialmente nos grupos de alto risco a exemplo dos diabéticos, hipertensos e idosos que comumente apresentam uma grande predisposição a desenvolverem estas doenças e conseqüentemente tenha aumentado o risco à saúde.

Gráfico 2: Classificação de medicamentos mais utilizados pelos idosos. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.



Fonte: (Dados da pesquisa, Cuité, 2014).

No que concerne ao número de internações e consultas médicas (**Tabela 2**) realizadas pelos idosos no último ano constatou-se que, 26,4% e 52% realizaram seis ou mais consultas hospitalares respectivamente corroborando com os achados de Silva et al., (2012), em que se propaga um quantitativo expressivo de idosos que buscaram a ajuda médica devido a algum problema de saúde. Sobre este aspecto, Loyola-Filho et al. (2002), enfocam que a associação entre a frequência de uso dos serviços de saúde e a realização da automedicação entre os idosos ainda é controversa na literatura, visto que o acompanhamento contínuo pelo profissional de saúde pode não garanti uma condição preventiva contra o uso desnecessário de medicamentos pelos idosos.

Apesar dos referidos autores terem observado em um dos seus estudos que a prática exclusiva da automedicação esteve independente e negativamente associado ao número de visitas ao médico nos últimos 12 meses, Arrais et al. (2005), verificou uma associação positiva entre o consumo de medicamentos e o a frequência de consultas médicas. Conforme os autores, as pessoas que haviam realizado alguma consulta nos últimos três meses consumiram 1,8 vezes mais medicamentos que os que não realizaram nenhuma consulta. Para Correia (2000), este fato pode estar relacionado à crescente medicalização da sociedade, onde toda consulta médica tende a terminar com uma prescrição, podendo refletir o interesse do profissional a levar a consulta a um desfecho, saltando etapas precedentes essenciais de exame do paciente e formulação de um diagnóstico.

Quanto ao grau de dependência para a realização das atividades de vida diária (AVD's) constatou-se assim como na pesquisa realizada por Dias et al., (2011), que a maioria dos entrevistados (68%) relatou ser independente funcionalmente, ou seja, que desenvolve atividades como vestir-se, realizar transferências, tomar banho, alimentar-se, dentre outras atividades.

Apesar de não haver a realização de uma correlação estatística no presente estudo, é importante considerar a possibilidade de associação positiva entre as variáveis grau de dependência e automedicação, visto que o processo de envelhecimento fisiológico e principalmente aquele acompanhado de distúrbios patológicos acarretam comprometimentos motores e cognitivos que demandam uma necessidade maior de acompanhamento dos serviços de saúde e possivelmente uma maior exposição às prescrições médicas pelas razões já mencionadas anteriormente.

Tabela 2: Distribuição de idosos quanto à assistência a saúde e dependência funcional. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.

Variáveis	n	%
Número de consultas realizadas nos últimos 12 meses		
Até cinco consultas	41	41,0
Seis ou mais consultas	52	52,0
Nenhuma	2	2,0
Não sabe responder	5	5,0
Realização de internação hospitalar nos últimos 12 meses		
Sim	37	37,0
Não	59	59,0
Não sabe responder	4	4,0
Apresenta dependência para a realização das AVD's*		
Sim	32	32,0
Não	68	68,0

Fonte: (Dados da pesquisa, Cuité, 2014).

*AVD'S: Atividades de Vida Diária.

A polifarmácia, segundo Silva et al., (2012), no que tange ao seu aspecto quantitativo, é um fenômeno expressivo entre os idosos, estando a sua prevalência entre 10,9% e 38% nas pesquisas nacionais. Assim como nos dados obtidos por Carvalho et al., (2012) e Wawruch et al., (2008), o estudo em tela, também pôde constatar a ocorrência deste evento em 65% da amostra. Destes, 37% consumiam no mínimo cinco tipos de medicações diferentes simultaneamente. Os demais, 15% e 13% dos idosos pesquisados faziam uso, respectivamente, de quatro e três tipos diferentes de medicamentos de maneira concomitante (**Tabela 3**).

De acordo com Silva et al. (2012), uma das justificativas para a ocorrência da polifarmácia entre a população idosa evidenciada na maioria das pesquisas associam este evento com a presença de doenças crônico degenerativas, as quais são bastante comuns neste grupo etário. Essa situação induz a condição de uma maior utilização da medicina alopática construída de forma emblemática em cima dos fármacos, o que aperfeiçoa cada vez mais à medicalização e ao mesmo tempo a erradicação de qualquer meio terapêutico que não seja o farmacológico. Flores e Benvegnú (2008) corroboram enfocando que, a falta de conscientização quanto ao uso de medidas não farmacológicas e o acesso fácil a medicações são fatores cooperadores para a valorização dos medicamentos na atenção à saúde do idoso. Além disso, características do médico e do paciente também podem influenciar para a ocorrência da polifarmácia.

Ainda neste contexto, Carvalho et al., (2012) e Wawruch et al., (2008), evidenciam ainda uma maior prevalência do uso de medicamentos assim como o da polifarmácia entre as mulheres e os idosos residentes em zonas urbanas quando comparados aos moradores da área rural. Para Pizzol et al., (2012), dentre as hipóteses que podem explicar esses dados destacam-se, os elevados índices de mortalidade precoce relacionada à violência, acidentes de trânsito e doenças crônicas entre os homens assim como devido às mulheres possuírem uma maior preocupação com a saúde, estarem mais informadas, perceberem os sinais e sintomas das doenças mais rapidamente e procurarem com mais constância os serviços de saúde ficando elas mais sujeitas à medicalização.

No que concerne à predominância da medicalização e da polifarmácia na área urbana pode estar relacionada à maior facilidade de acesso aos serviços de saúde, o que leva a maior diagnóstico de doenças crônicas e conseqüentemente, maiores números de medicamentos prescritos.

Ademais aspectos outros relacionados às atividades desenvolvidas no campo também podem interferir no uso dos medicamentos, ou seja, trabalhadores que permanecem o dia inteiro na lavoura podem desistir de utilizar um ou mais medicamentos com mais frequência, se o uso for dificultado pelas condições próprias do trabalho rural, caso o medicamento necessite ser administrado várias vezes ao dia ou caso necessitem de técnicas e aparatos especiais para a sua administração, a exemplo da insulina.

Conforme Secoli (2010), atrelado à prevalência de doenças crônicas e das sequelas que acompanham o avançar da idade, o poder da indústria farmacêutica e do *marketing* dos medicamentos e a medicalização presente na formação de parte expressiva dos profissionais da saúde também são fatores significativos para o uso excessivo de medicamentos entre os idosos.

Do ponto de vista dos medicamentos consumidos pela população idosa, em análise, constatou-se que 59% destes fármacos são utilizados sob o critério de prescrição médica enquanto 41% são consumidos sem qualquer tipo de orientação ou supervisão de um profissional habilitado. Esses dados corroboram os achados de Coelho-Filho; Marcopito; Castelo (2004), onde mais de um terço (37,4%) na área periférica usava pelo menos um medicamento não prescrito e quase 20% fazia uso de pelo menos um inadequado.

Esses e outros resultados evidenciam o risco a que está exposta a população em relação à automedicação, visto que, apesar da maioria estar fazendo uso de medicamentos

sob orientação médica um percentual significativo dos idosos entrevistados utilizam medicamentos de forma empírica, ou seja, sob decisão própria (28%), influencia de parentes (10%) e amigos (8%).

Conforme os dados obtidos durante um estudo consolidado por Barros e Sá; Barros; Sá (2007) observou-se que as causas mais repetidas que levam os idosos a fazerem a ingestão de fármaco por conta própria incluem: a cefaleia (38,3%), febre (24,4%), diarreia (8,0%), pressão alta (8,0%) e tosse (5,2%).

Neste íterim, os resultados acerca de quem fez a indicação de medicamentos não prescritos apontam para a importância de educação dos membros da família quanto às implicações potenciais do uso não criterioso de medicamentos entre idosos. Assim, o envolvimento do profissional de saúde na condução de programas para uso racional de medicamentos pela população geriátrica torna-se fundamental.

Tabela 3: Distribuição de idosos quanto ao consumo de medicamentos. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.

Variáveis	n	%
Quantidade de medicamentos consumidos semanalmente		
Um	14	14,0
Dois	21	21,0
Três	13	13,0
Quatro	15	15,0
Cinco ou mais	37	37,0
Prática de consumo dos medicamentos pelos idosos		
Sob prescrição médica	59	59,0
Sem prescrição médica	41	41,0
Decisão quanto ao consumo dos medicamentos não prescritos		
Por conta própria	28	28,0
Parentes	10	10,0
Amigos	3	8,0

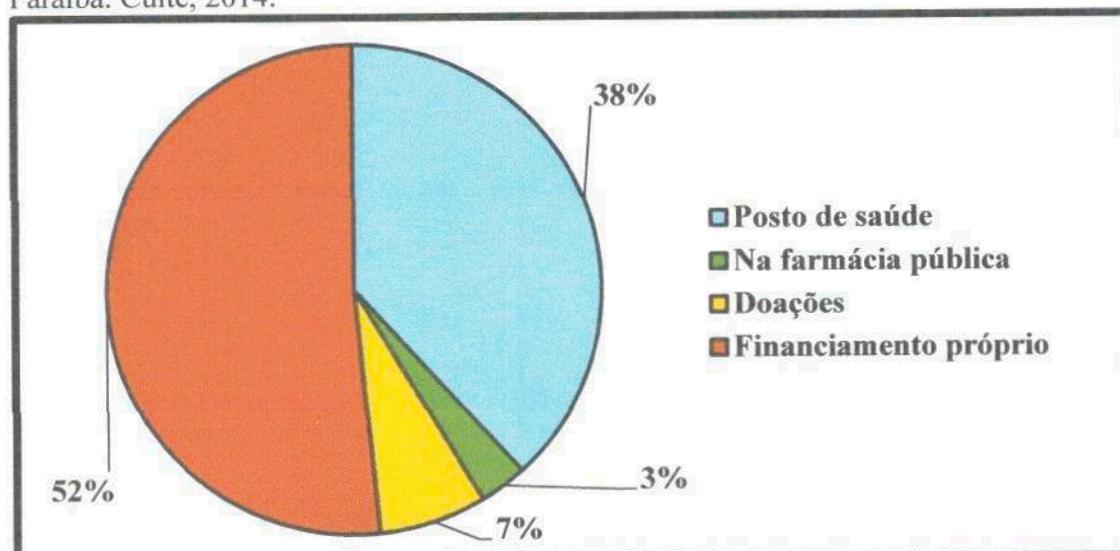
Fonte: (Dados da pesquisa, Cuité, 2014).

Considerando o acesso aos medicamentos constatou-se que, diferentemente do estudo realizado por Baldoni e Pereira (2010) em que a maioria dos idosos relatou que a aquisição dos medicamentos esteve relacionada às farmácias da rede do SUS a pesquisa em tela evidenciou que 52% dos idosos adquirem seus medicamentos mediante financiamento próprio (**Gráfico 3**).

Apesar de não termos o conhecimento acerca das razões que levam os idosos a custearem seus medicamentos é importante reassaltar que, com o surgimento de novas demandas da população estratégias passaram a ser criadas para que os princípios do SUS pudessem ser operacionalizados pelos serviços como, por exemplo, a promoção do acesso aos medicamentos considerados essenciais. Tal questão foi tratada inicialmente pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) mais amplamente discutida e reforçada pela Política Nacional de Medicamentos e pela Política de Assistência Farmacêutica (Gerlack et al., 2013). Segundo os autores, além de distribuir gratuitamente medicamentos considerados essenciais à população, por meio das unidades de saúde dos municípios, o governo identificou a necessidade de ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais frequentes. Foi neste contexto que surgiu, em 2004, o Programa Farmácia Popular do Brasil, no qual os medicamentos são fornecidos com auxílio financeiro parcial, a todo cidadão brasileiro, pela rede própria de farmácias populares ou por farmácias e drogarias privadas, parceiras do programa.

Neste ínterim, considera-se a hipótese do desconhecimento entre os idosos pesquisados sobre esse tipo de programa, sendo importante que os profissionais de saúde da região, visto que estão em contato direto com a população, possam ofertar informações e esclarecimentos sobre a acessibilidade a este tipo de benefício a fim de que possam minimizar os gastos com financiamento próprio e com isso possam investir em outras necessidades pessoais como alimentação, vestimenta e lazer.

Gráfico 3: Distribuição de idosos quanto ao modo de aquisição dos medicamentos. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.



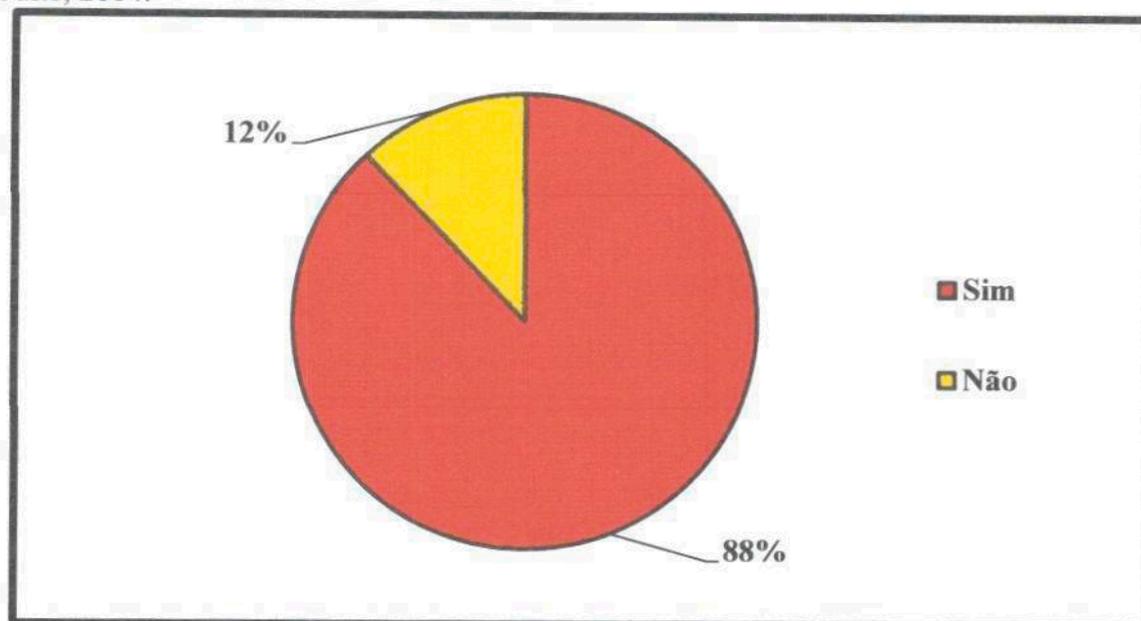
Fonte: (Dados da pesquisa, Cuité, 2014).

Constatou-se que a automedicação é uma prática comum entre os idosos do município pesquisado (88%) (**Gráfico 4**) assim como de outras regiões do país como observado nos estudos de Barros e Sá; Barros e Sá (2007) e Cascaes, Falchetti e Galato (2008), os quais identificaram percentuais expressivos de 60% e 80,5%, respectivamente. Estes e outros estudos ratificam informações divulgadas pela Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (ABIFARMA), em que aproximadamente 80 milhões de pessoas no país são praticantes da automedicação (VITOR, 2008). Uma das justificativas mencionadas pelos praticantes da automedicação conforme Cascaes Falchetti e Galato (2008) remete-se a busca pela rápida resolubilidade dos problemas de saúde, sendo as mulheres o grupo que mais realiza essa prática (BORTOLON et al., 2008).

Outra justificativa para a realização da automedicação entre os idosos evidenciados na literatura remete-se a influência das campanhas publicitárias que vislumbram os consumidores com suas propagandas para o auto consumo. Muito embora, as campanhas não sejam os únicos vilões, as condições socioeconômicas e herança cultural também são fluentes para a automedicação. Nesse contexto, Silva e Corte (2009) evidenciam a influência da mídia sobre os idosos, e perceberam que as propagandas são um veículo de grande manipulação para automedicação.

É importante ressaltar que a automedicação na atualidade, não é fenômeno que se concebe apenas em faixa etárias mais avançadas, ou seja, já se percebe que em faixas etárias mais novas o consumo desenfreado da automedicação se tornou um hábito muito comum, fato este bastante preocupante, pois quanto mais cedo iniciarem essa conduta, mais dependentes se tornarão e maiores serão os riscos relacionados ao consumo.

Gráfico 4: Distribuição de idosos quanto a realização da automedicação. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.



Fonte: (Dados da pesquisa, Cuité, 2014).

Com relação a variável presença dos efeitos colaterais e reações adversas (**Gráfico 5**) apesar de 64% da amostra negar sinais ou sintomas após o consumo de medicamentos sem prescrição médica a maioria dos estudos, a exemplo de Freire (2009) e Couto et al., (2007) evidenciam a presença de efeitos colaterais e/ou reações adversas entre os idosos, cujos percentuais estiveram entre 45,5% e 22,2%, respectivamente. Dentre os efeitos mencionados pelos referidos autores estiveram principalmente à astenia, sonolência, cefaleia e pirose, sendo essa última a pior queixa pelos entrevistados.

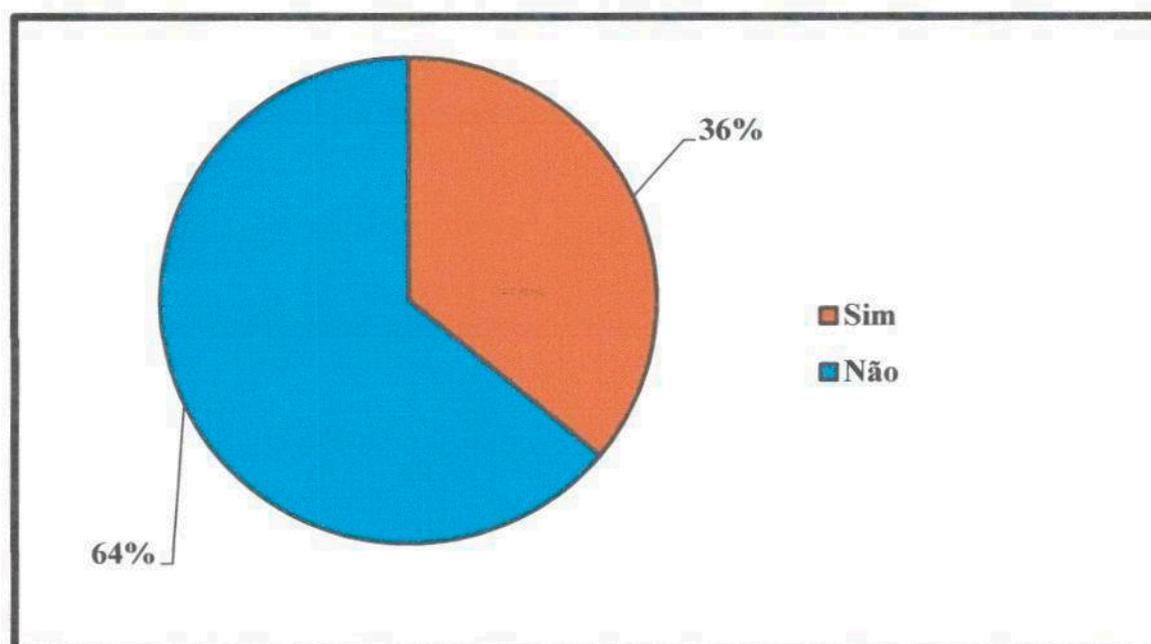
Passarelli et al., (2005), demonstraram, a partir de uma pesquisa feita em um hospital público no Brasil, que 61,8% da população geriátrica exibiu, ao menos, uma reação adversa a um fármaco, sendo que 15% destas reações estiveram relacionadas às interações medicamentosas potenciais.

Galato, Silva e Tiburcio (2010), correlacionam a ocorrência frequente de sintomatologias adversas provocadas pela automedicação devido as alterações farmacocinéticas e dinâmicas comumente relacionadas às alterações fisiológicas do corpo humano em processo de envelhecimento. Uma dessas alterações remete-se a uma menor quantidade hídrica assim como a uma atividade hepática mais lenta, resultando na

dificuldade de excreção das drogas e no acúmulo de toxinas que acarretam efeitos adversos cada vez mais fortes devido à combinação desses fatores.

A prevalência, a gravidade e as consequências da interação medicamentosa assim como as reações adversas aos medicamentos dependem de fatores diversos como as condições clínicas do paciente, número e características dos medicamentos (SECOLI, 2010). Segundo Field et al., (2007), apesar de subestimados são considerados importantes problemas de saúde pública devido aos fortes índices de morbimortalidade entre os idosos nos serviços de saúde.

Gráfico 5: Distribuição de idosos quanto a presença de efeitos colaterais e reações adversas mediante a realização da automedicação pelo idoso. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.



Fonte: (Dados da pesquisa, Cuité, 2014).

Quanto ao tipo de medicamento consumido e os cuidados relacionados à estocagem dos medicamentos constatou-se que 68% dos idosos realizavam o acondicionamento dos fármacos de forma adequada, estando à maioria deles (91%) dentro do prazo de validade correto para consumo (**Tabela 4**). Diferentemente do estudo realizado por Silva et al. (2010), cujos entrevistados mencionaram que a maioria dos medicamentos eram mantidos estocados no dormitório (47%) e na copa/cozinha (34%), em caixas avulsas e em gavetas de mobiliários

desses cômodos. A maioria dos idosos da pesquisa em tela mencionaram a farmácia como o local preferido para a estocagem dos medicamentos.

Conforme os autores supracitados, o acondicionamento e o descarte correto dos medicamentos são fundamentais para evitar intoxicações e contaminações do meio ambiente, assim como para a conservação do medicamento. Um aspecto importante quanto à estocagem dos medicamentos é o fato de que os fármacos precisam manter preservadas suas condições de estabilidade para que suas características físicas, químicas e farmacológicas, durante seu período de vida útil, permaneçam dentro de limites estabelecidos. Os medicamentos devem ser armazenados ao abrigo da luz, calor e em ambiente seco, preferencialmente em armário próprio. Além disso, não devem ser estocados junto a outros produtos químicos ou em locais quentes e com incidência de luz solar direta.

Para Nogueira et al. (2009), o armazenamento e o descarte inadequado pode ser um dos grandes motivos de intoxicação. A grande parcela da população usa o lixo doméstico para efetuar tais descartes. São crescentes as pesquisas que relatam haver contaminação de águas, esgotos, alimentos e lixo, devido ao uso e descarte de medicamentos. O extensivo emprego de antibióticos na criação de animais domésticos e o seu descarte têm sido referidos como causas do surgimento de micro-organismos resistentes aos medicamentos empregados na terapêutica.

Quanto à classificação de medicamentos utilizados pelos idosos predominaram os genéricos (41%) seguidos dos de referência (32%) corroborando os achados de Silva et al. (2012), onde 33,9% da sua amostra mencionaram fazer uso de medicações genéricas e de origem alopática. Contudo, apesar de evidenciar, neste e em outros estudos que os idosos estão utilizando cada vez mais este tipo de classe de medicamentos, componente importante da Política Nacional de Medicamentos, Marin et al. (2008) aponta que o consumo de genéricos ainda está aquém de ser uma realidade entre os idosos brasileiros. Fato este que pôde ser constatado em um dos seus estudos, onde mais da metade dos medicamentos utilizados pelos 301 idosos entrevistados foram adquiridos pelo nome comercial.

Mota et al. (2010), corrobora justificando a preferência dos prescritores pelo uso de nome comercial do medicamento como um importante fator influenciável para o baixo índice de utilização dos genéricos.

Apesar da implantação da política de genéricos no país, conforme Dias e Romano-Lieber (2006), embora não tenha favorecido um aumento significativo de acesso aos medicamentos na população brasileira, foi um ganho. Os consumidores passam a contar com a oportunidade de

comprar medicamentos a preços mais acessíveis e com garantia de qualidade e intercambiamento.

Aquiesça Silva et al., (2012), o uso de medicações genéricas pode ser considerada uma importante estratégia econômica e terapêutica para a saúde da população não apenas idosa, mas de diferentes faixa de idade, especialmente daqueles que são detentores de um perfil econômico fragilizado, visto que seu custo é mais acessível.

Tabela 4: Distribuição de idosos quanto ao armazenamento, validade e tipo de medicamentos consumidos. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.

Variáveis	n	%
Armazenamento dos medicamentos em consumo		
Adequada	68	68,0
Não adequada	32	32,0
Validade dos medicamentos em consumo		
Vencidos	9	9,0
Não vencidos	91	91,0
Classificação dos medicamentos consumidos		
Referência	32	32,0
Genérico	41	41,0
Similar	22	22,0
Manipulação	5	5,0

Fonte: (Dados da pesquisa, Cuité, 2014).

Sobre a participação dos profissionais de saúde quanto à realização de orientações gerais aos idosos no uso de medicamentos (**Tabela 5**), constatou-se que 65% dos entrevistados afirmaram não ter recebido nenhuma informação sobre os riscos e cuidados gerais com os medicamentos em uso contrapondo-se a pesquisa realizada por Freire (2009), Marin et al., (2008) e Couto et al. (2007), cujos resultados evidenciam que 97,9%, 74,5% e 74,7% dos idosos pesquisados afirmaram ter recebido orientações sobre o uso dos medicamentos e seus efeitos, respectivamente.

Quando questionados quanto às estratégias educativas e o profissional que ofertou as informações sobre esta variáveis, observou-se que os resultados convergem com aqueles apresentados por Freire (2009), visto que em ambas as pesquisas a maioria dos idosos mencionou o médico (40%) como o principal responsável em expor orientações sobre o tema, seguidos dos enfermeiros e farmacêuticos (25,7%). A exposição oral individual foi à

estratégia mais utilizada pelo profissional de saúde para a realização das orientações quanto aos riscos e cuidados com as medicações conforme relato dos entrevistados (91,6%).

Quando indagados quanto à satisfação pessoal das orientações recebidas apenas 21% dos idosos referiram estarem satisfeitos contra 79% que emitiram opinião contrária corroborando os achados de Naves et al. (2010), cuja maioria dos idosos demonstraram-se descontentes com as informações recebidas durante os atendimento de saúde seja ela na rede na pública ou privada.

Os resultados apresentados ainda demonstram a necessidade dos profissionais de saúde, principalmente dos médicos, farmacêuticos e enfermeiros em contribuir para a promoção do uso racional dos medicamentos, especialmente no que concerne à prática da automedicação, aprazamento, permuta, inserção e suspensão de medicamentos a fim de evitar desfechos negativos no que concerne ao uso de medicamentos (SECOLI et al., 2010).

Tabela 5: Participação dos profissionais de saúde quanto à realização de orientações gerais aos idosos quanto ao uso de medicamentos. Brasil. Paraíba. Cuité, 2014.

Variáveis	n	%
Profissionais de saúde ofertaram orientações aos idosos sobre os riscos e cuidados com as medicações		
Sim	35	35,0
Não	65	65,0
Profissionais de saúde que realizaram orientações quanto aos riscos e cuidados com as medicações.		
Médicos	14	40,0
Enfermeiros	9	25,7
Farmacêuticos	9	25,7
Fisioterapeuta	1	2,8
Não sabe responder	2	5,8
Estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para a realização das orientações quanto os riscos e cuidados com as medicações		
Exposição oral individual	32	91,6
Exposição oral coletiva	1	2,8
Utilização de Materiais educativos	1	2,8
Oficinas ou Demonstrações práticas	1	2,8

As informações ofertadas pelos profissionais de saúde aos idosos foram suficientes para suprir as suas dúvidas sobre os cuidados com os medicamentos		
Sim	21	21,0
Não	79	79,0

Fonte: (Dados da pesquisa, Cuité, 2014).

Conforme Oliveira et al. (2012), apesar do farmacêutico ser considerado o profissional mais capacitado para suprir as dúvidas e prevenir os idosos quanto as práticas errôneas e uso racional de medicamentos Baldoni e Pereira (2010), enfocam que essa responsabilidade cabe a qualquer profissional da saúde e que esforços coletivos podem otimizar essas iniciativas para que não apenas os idosos, mas familiares e cuidadores possam utilizar os medicamentos de forma segura.



UFSC BIBLIOTECA

6 Considerações Finais

Após a análise dos dados constatou-se que o consumo demasiado de medicamentos é um evento comum entre os idosos do município pesquisado, sendo esta prática considerada, assim como em outras localidades do país, preocupante devido às repercussões físicas que a mesma pode ocasionar para a saúde desta população.

Apesar de não haver uma associação estatística que possa permitir uma análise mais aprofundada sobre as variáveis abordadas, vislumbra-se a identificação de fatores que podem influenciar diretamente quanto ao consumo de medicamentos entre os idosos.

Verificou-se através destes resultados que o estudo corrobora com as informações encontradas na literatura em relação ao uso de medicamentos por pessoas com mais de 60 anos, fazendo uso a polifarmácia, a automedicação, sem nenhuma informação sobre indicações e possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas.

De forma geral, o uso de medicamentos entre os idosos adquire, cada vez mais, destaque como tática terapêutica indispensável para equilibrar as alterações sofridas com o processo do envelhecimento ou ainda tentando estagnar as doenças crônicas degenerativas que são bastante corriqueiras na terceira idade. Contudo, para solucionar esse problema de saúde pública a melhor maneira é a execução das políticas educativas que atue na prevenção e promoção, assim como, políticas de controle e fiscalização de prescrição, venda e dispensação de medicamentos que atue no combate desta prática.

Um dos aspectos que merece destaque remete-se ao déficit de orientações ofertadas aos idosos pelos profissionais quanto ao risco da automedicação e aspectos gerais quanto ao uso de medicamentos. Assim, apesar de essenciais, as ações educativas em saúde demonstram estar comprometidas conforme informações dos entrevistados, os quais admitiram receber de forma pouco expressiva qualquer tipo de orientação ou informação relacionada à prevenção de quedas por parte dos profissionais de saúde, inclusive pela enfermagem.

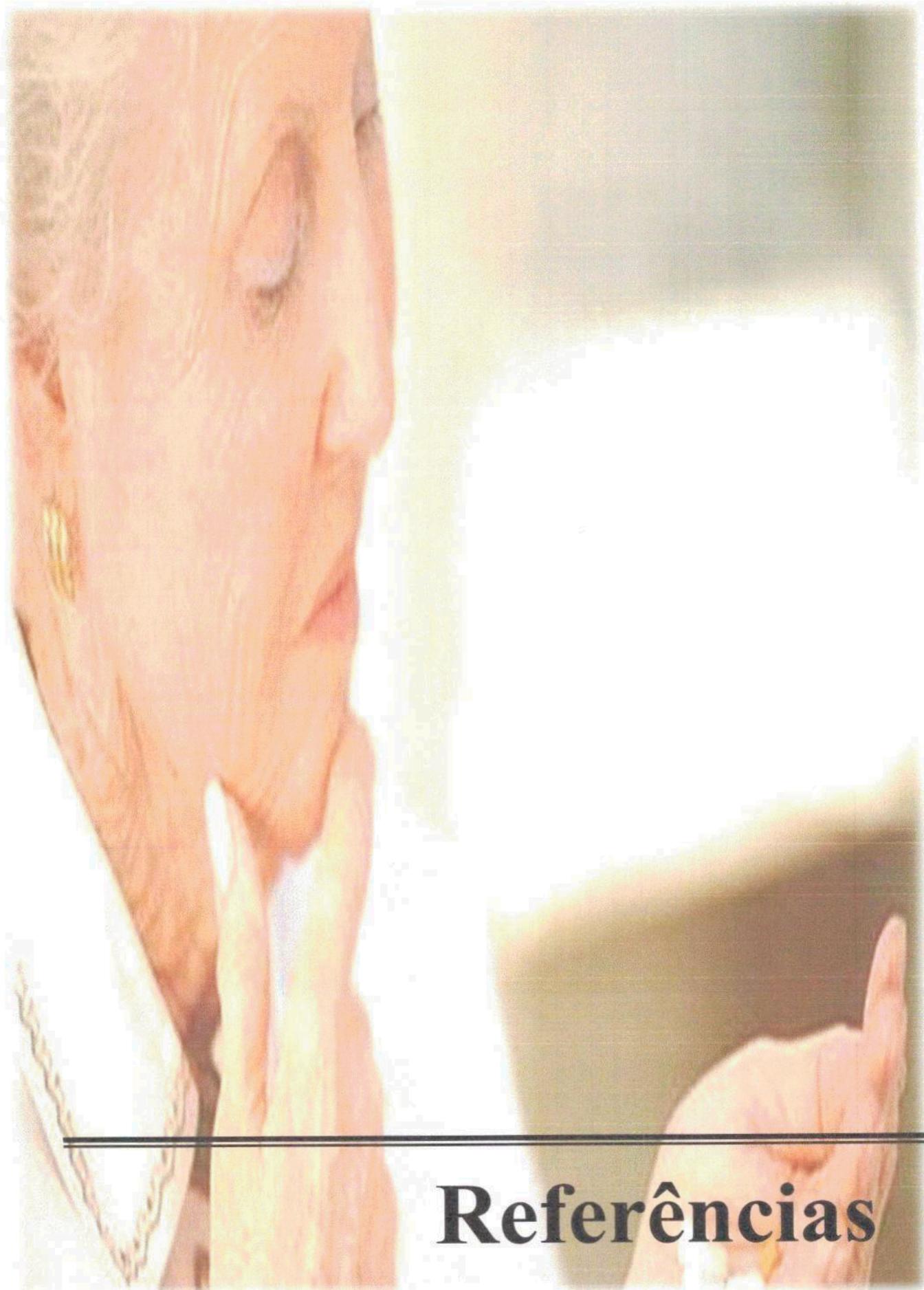
Seguramente ações educativas em saúde podem reduzir e prevenir de maneira importante condutas errôneas e que despertam preocupação aos profissionais comprometidos com a saúde do idoso.

Neste ínterim, é necessária uma intervenção dos profissionais de saúde, inclusive da Enfermagem, no sentido de manterem os idosos informados para os riscos relacionados ao consumo desnecessário e excessivo de medicamentos. É nesta conjuntura de práticas educativas que surge inserção do enfermeiro que atua tanto na atenção primária, quanto na atenção hospitalar, sendo este profissional fundamental para atuar na educação em saúde

em ambos ambientes. Além disso, o Enfermeiro é o profissional que passa maior parte de seu tempo em contato com os idosos usuários dos serviços de saúde. E é através desse contato contínuo que esse profissional cria um vínculo e planeja suas ações educativas com o intuito de englobar a saúde do idoso e principalmente o uso racional dos medicamentos melhorando assim, sua qualidade de vida.

Assim, sugerimos a realização de palestras e oficinas que auxiliem os idosos e seus familiares a realizarem o consumo de medicamentos de forma correta e orientada. Consideramos também que os objetivos propostos por este trabalho foram cumpridos. No entanto, recomendamos a realização de outros estudos com amostra mais representativa e tratamento de testes estatísticos mais elaborados com o propósito de obterem-se resultados mais concretos e passíveis de análise mais aprofundada.

É oportuno destacar, que há uma carência de publicações que comprove a satisfação das práticas executadas pelos profissionais de enfermagem. Sendo que, esta é uma temática de grande validação para a articulação de novas políticas públicas que atue no controle do uso de medicamentos em idosos.



Referências

- AFIUNE, A. Envelhecimento Cardiovascular. In: FREITAS, Elizabete Viana et. al. (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p. 372 -379.
- ALVES, L. C; RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**. v.17, n.5/6, p. 333-41, 2005.
- ARRAIS, P. S. D.et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.21 n.6, Rio de Janeiro, nov./dez. 2005.
- BALDONI, A. O; PEREIRA, L. R. L. **Estudos de utilização de medicamentos em idosos atendidos pelo Sistema Único de Saúde**. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto: Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.
- BARROS E SÁ, M; BARROS, J. A. C; SÁ, M. P. B. Automedicação em idoso na cidade de Salgueiro – PE. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 10, n.1, p. 75-85, Rio de Janeiro, 2007.
- BISSON, Marcelo Polacow. **Farmácia Clínica & Atenção Farmacêutica**. 2.ed, Manole: São Paulo, 2007.
- BORTOLON, P.C. et al. Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. **Rev. Ciência e Saúde coletiva**. v.14, n.4, p.1219-1226, 2008.
- BOWIE, M.W; SLATTUM, P.W. Pharmacodynamics in older adults: a review. **Am. J. Geriatr. Pharmacother**. Hillsboroug, v.5, n.3, p.263-303, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gui prático do cuidador**, Brasília: Ministério da Saúde (Série A. Normas e manuais Técnicos), 2008.64p Disponível: < <http://www.cuidadordeidosos.com.br/normas-da-anvisa-para-ilpis/>>. Acesso em:20 mar. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Caderno de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 446 de 21 de dezembro 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.
- BUTLER, J. M; BEGG, E.J. Free drug metabolic clearance in elderly people. **Clin. Pharmacokinet**.v.47, p.297–321, 2008.

- BUENO, C. S. et al. A. Utilização de medicamentos e risco de interações medicamentosas em idosos atendidos pelo Programa de Atenção ao Idoso da Unijuí. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 30, n. 3, p. 331-8, 2009.
- CABRERA, M. Polifarmácia e Adequação do Uso de Medicamentos. In: FREITAS, Elizabete Viana et. al. (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p.1056- 1061.
- CASCAES, E. A; FALCHETTI, M. L; GALATO, D. Perfil da automedicação em idosos participantes de grupos da terceira idade de uma cidade do sul do Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.37, n.1, Santa Catarina, 2008.
- CAMARANO, A. A; KANSO, S. Envelhecimento da população brasileira/ uma contribuição demográfica. In: FREITAS, Elizabete Viana et. al. (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p.58- 62.
- CAMARANO, A. A.; MELLO e LEITÃO, J. IN: Camarano A. A. Editora. **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010, p. 13-37.
- CARNEIRO, R, S. et al. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v.20, n.2, p.200, 2007.
- CARVALHO, M. F. C. et al. Polifarmácia entre os idosos do município de São Paulo- Estudo SABE. **Rev. Bras. Epidemiol**, v.15, n.14, p.817- 827, 2012.
- CHAIMOWICZ, F; CAMARGOS, M.C.S. Envelhecimento e saúde no Brasil. In: FREITAS, Elizabete Viana et. al. (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p.74-76.
- COELHO FILHO, J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 557-64, 2004.
- COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Resolução 311 em 13 de fevereiro de 2007.
- CORREIA, L.L. Atenção em saúde e equidade: Um análise de duas microrregiões assistenciais de saúde do estado do Ceará. **Rev. Med. Univ Fed Ceará**, v. 40, p.57-76, 2000.
- COSTA, S. C. **Avaliação da prescrição de medicamentos para idosos internados em Serviço de Clínica Médica do Sistema Único de Saúde em um hospital público universitário brasileiro**. 2009.111f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. Belo Horizonte: 2009.
- COUTO, B. E. et al. Uso abusivo de medicamentos por idosos em comunidade de Fortaleza – Ceará. Abuso de medicamentos por idosos. **RBPS**, v. 20, n.1, 12-16, 2007.

- CUNHA, G. L. Mecanismo Biológico do Envelhecimento. In: FREITAS, Elizabete Viana et. al. (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p. 14-33.
- DIAS, L. D. et al. Perfil Sociodemográfico e de Saúde de Idosos do Município de João Pessoa – PB. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*. v. 25, n.1, p. 86-96, Fortaleza, jan./mar., 2012.
- DIA, C. R. C.; LIEBER-ROMANO, N. S. Processo da implantação da política de medicamentos genéricos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 8, p. 1661-1669, 2006.
- ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontologia**. 5.ed. Porto: Artmed, 2005.
- EL DESOKY E.S. Pharmacokinetic-pharmacodynamic crisis in the elderly. *American Journal of Therapeutics*. v.14, p.488-98, 2007.
- FERREIRA, P. C.S; TAVARES, D. M. S; RODRIGUES, R A P. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. *Acta Paul Enferm*. v.24, n.1, p.29-35, 2011.
- FERRIOLLI, E. Envelhecimento do Sistema Digestório. In: FREITAS, Elizabete Viana et. al. (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p. 658 -663.
- FIELD, T. S. Adverse drug events resulting from patient errors in older adults. *J. Am. Geriatr. Soc.*, v. 55, n. 2, p. 271-276, 2007.
- FLORES, V. B.; BENVENEGUÍ, L. A. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1439-1446, 2008.
- FLORES, L. M.; COLET, C. F. Riscos da polifarmácia em clientes idosos. In: Malagutti W, Bergo AMA. **Abordagem interdisciplinar do idoso**. Rio de Janeiro: Rubio; 2010. p. 291-302.
- FREITAS, E. V; et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3 ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2013.
- FREIRE, C.C. **Adesão e condições de uso de medicamento por idosos**. 2009.130f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.
- GALATO, D; SILVA, E.S; TIBURCIO, L. S. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. *Ciênc. Saúde Coletiva*.v.15, n.6, p. 2899-2905, 2010.
- GAUTÉRIO, D. P. et al. Caracterização dos idosos usuários de medicação residentes em instituição de longa permanência. *Rev. Esc. Enferm USP.*, v.46, n.6, p. 1394- 1399, 2012.

GERLACK, L. F.; BÓS, A. J. G.; JÚNIOR LYRA, D. P de; KARNIKOWSKI, M. G. de. O. Acesso e aquisição de medicamentos em instituição de longa permanência para idosos no Brasil. **Scientia Medica** (Porto Alegre), v. 23, n. 2, p. 90-95, 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIROTTO, E. et al. Caracterização das prescrições de medicamentos a idosos no serviço público de saúde do município de Jataizinho, Estado do Paraná. **Maringá**, v. 35, n. 1, p. 97-104, 2013.

GOMES, M. A. Doença da Próstata. In: FREITAS, Elizabete Viana et. al. (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p. 372 - 379.

GORZONI, M. L.; PASSARELLI, M. C. G. Farmacologia e Terapeutas. In: FREITAS, Elizabete Viana et. al. (org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p.1047- 1054.

GUIMARAES, P. L.; MOURA, C. S. Fatores associados ao uso de medicamentos impróprios de alto risco em pacientes idosos hospitalizados. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde**. São Paulo, v.3 n.4, p. 15-19, 2012.

GUNTHER, H. Pesquisa quantativa *versus* pesquisa qualitativa: esta é a questão. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 201-10, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico de 2011**. Brasília. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/preliminar_tab_adic_zip.shtm. Acesso em: 10 /Dez/2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico de 2010**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> > Acesse em 20 de mar de 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico de 2011**. Brasília. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/preliminar_tab_adic_zip.shtm. Acesso em: 10 /Dez/2014.

JARDIM, V. C. F. S. **Perfil e epidemiológico e grau de autonomia de mulheres idosas participantes de grupos de convivência, no município de Olinda – PE**. 2007. 108f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

- KATZUNG, B. G. Aspectos especiais da farmacologia geriátrica. In: _____. **Farmacologia: básica e clínica**. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap.61, p.844-850.
- KLOTZ, U. Pharmacokinetics and drug metabolism in the elderly. **Drug Metab Rev.** v. 41, n.2, p.67-76, 2009.
- LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no Brasil: Aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Rev. Saúde Coletiva**. v. 4, n.17, p. 135-140, São Paulo, 2007.
- LIMA, M. G. et al., Composição dos gastos privados com medicamentos utilizados por aposentados e pensionistas com idade igual ou superior a 60 anos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.6, p.1423-1430, 2007.
- LIMA, A. A. **Qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados: um estudo comparativo**. 2012. 87f. Monografia (Graduação em enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande UFCG, Cuité, 2013.
- LIMA, G. B; NUNES, L. C. C; BARROS, J. A.C. Uso de medicamentos armazenados em domicílio em uma população atendida pelo programa saúde da família. **Ciê. saúde coletiva**. v.15, p. 3517-22, 2010.
- LIMA-COSTA, M.F. et al. A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.8, p.1893-902, 2007.
- LOYOLA FILHO, A. I. et al. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.12, p. 2657-2667, 2006.
- LOYOLA FILHO, A. I. de; UCHOA, E.; GUERRA, H. L.; FIRMO, J. O.; COSTA-LIMA, M. F. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 55-62, 2002.
- MACIEL, A.C. Incontinência Urinária. In: FREITAS, Elizabete Viana et. al. (org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p.752- 759.
- MARIN, M. J. S, et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do programa saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n. 7, p. 1545-55, jul., 2008.
- MEDEIROS-SOUZA, P. et al. Diagnosis and control of polypharmacy in the elderly. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.6, p.1049-1053, 2007.
- MELGAÇO, S. S. C. et al. Nefrotoxicidade dos anti- Inflamatório não esteroidais **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 43, n. 4, p. 382-90, 2010.

MINAYO, M. C. de S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 208-209, 2012.

MOTA, P. M; LIMA, A. L. Z.; COELHO, E.; PAULA, E. M. X.; FURINI, A. A. C. Estudo sobre a utilização de antiinflamatórios não esteroidais prescritos em receitas para idosos da região Noroeste Paulista. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 31, n. 2, p. 157-163, 2010.

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

NERI, A.L. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas, SP: Alínea, 2007.

NOGUEIRA, D. et al. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: estudo Pró-Saúde, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 27, n. 2, p. 103-9, 2010.

OLIVEIRA, M.A. et al. Automedicação em idosos, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 335-345, Rio de Janeiro, fev., 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: 2005.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: Histórico, definição do Campo e Termos Básicos. In: FREITAS, Elizabete Viana et. al. (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p.10.

PASSARELLI, M. C. G. **Reações adversas a medicamentos em uma população idosa hospitalizada**. 2005. 141f. Tese (Doutorado em Patologia) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

PEREIRA, S. R. M Envelhecimento do Sistema Digestório. In: FREITAS, Elizabete Viana et. al. (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p. 658 -663.

PIZZOL, T. da S. D.; PONS, E. da S.; HUGO, F. N.; BOZZETTI, M. C.; SOUSA, M da L. R. de.; HILGERT, J. B. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 104-14, 2012.

PORTH, C. M; MARTFIN, G. **Fisiopatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.

POTTER. P. et al. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

RIBEIRO, A. Q. et al. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.4, p.724-732, 2008.

REFERÊNCIAS

- RIBEIRO- FILHO, S. T. Disfunção Erétil. In: FREITAS, Elizabete Viana et. al. (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p.776 -7780.
- ROACH, S. **Introdução à enfermagem gerontológica**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- ROCHA, C. H. et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, sup, p.703-710, 2008.
- ROZENFELD, S; FONSECA, M.J.M; ACURCIO, F. A. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. **Panamerican Journal of PublicHealth**, v.23, n.1, p.34-43, 2008.
- SÁ, M. B.; BARROS, J. A. C.; SÁ, M. P. B. O. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. **Rev. Bras Epidemiol**. v.10, n.1, p.75-85, 2007.
- SECOLI, S. R. Polifarmácia: Interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev. Bras. de Enfermagem**, v. 63, n. 1, jna./fev, 2010.
- SILVA, A. L. et al. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1033-1045, Rio de Janeiro, jun., 2012.
- SILVA, C. S. O et al. Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, BRASIL. **Esc. Anna Nery**. v.14, n.4, impr, p.811-818, out-dez, 2010.
- SILVA, A. L. **Estudo de utilização de medicamentos por idosos brasileiros**. [Dissertação de Mestrado em Ciências Farmacêuticas], Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
- SILVA, R. B; CORTE, T. W. F. A propaganda de medicamentos e sua adequação conforme a RDC 96/2008. **Rev Grad PUCRS**, v. 3, p.1-11, 2009.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO - SBH, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA - SBN. V **Diretrizes Brasileiras De Hipertensão Arterial**, Internet, 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf>. Acesso em: 15 de ago. 2014.
- SOUSA, A. I; SILVER; L. D. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. **Rev. Enferm**. v.12, n.4, p.706- 716. 2008.
- SMELTZER, S. C. et al. **Brunner & Sudarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

REFERÊNCIAS

TELLES FILHO, P. C. P; ALMEIDA, Á. G. P; PINHEIRO, M. L. Automedicação em idosos: um problema de saúde pública. **Rev. enferm. UERJ**. v.2, n. 2, p.197-20, Rio de Janeiro, abr/jun, 2013.

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

VERAS R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde e do PNAD :demandas e desafios contemporâneo. Introdução. Cad. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.33, n.10, p.2463-264, 2007.

VITOR, R. S. et al Padrão de consumos de medicamentos sem prescrição médica na cidade de Porto Alegre, RS. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**.v.13, p.737-43, 2008.

WAWRUCH ,M. et al. Polypharmacy in elderly hospitalised patients in Slovakia. **Pharm World Sci**. V.30, p235-242, 2008.

APÊNDICE

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM – CAMPUS CUITÉ

**FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS SOBRE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR
IDOSOS: UMA REFLEXÃO PARA A AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE**

**I - ASPECTOS
SOCIODEMOGRÁFICAS**

1 - Idade:

- a) () 60 - 69 anos
b) () 70 - 79 anos
c) () \geq 80 anos de idade

2 - Sexo:

- a) () Feminino
b) () Masculino

3 - Raça autorreferida:

- a) () Branca
b) () Não Branca

4-Escolaridade (anos completos):

- a) () Até 8 anos
b) () Mais de 8 anos

5 - Relação conjugal:

- a) () Solteiro
b) () Casado
c) () Divorciado/Desquitado
d) () Viúvo

6-Renda familiar:

- a) () \leq a 1 salário mínimo
b) () 1,1 a 3 salários mínimos
c) () $>$ 3 salários mínimos

7 - Reside com:

- a) () Com parentes
b) () Com esposo (a)
c) () Com amigos
d) () Sozinho(a)
e) () Outro: _____

**II - ASPECTOS CLÍNICOS E USO
DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

8 - Possui algum tipo de doença crônica?

- a) () Sim. Qual (ais)?
a.1 () Hipertensão arterial
a.2 () Diabetes
a.3 () Artrite
a.4 () Artrose
a.5 () Osteoporose
a.6 () Outras: _____
b) () Não

9-O Senhor(a) tem plano privado de saúde?

- a) () Sim
b) () Não

10-O Senhor(a) sofreu alguma internação hospitalar nos últimos 12 meses?

- a) () Sim
b) () Não
c) () Não sabe responder

11-O Senhor(a) realizou quantas consultas nos últimos 12 meses?

- a) () Até 5 consultas
b) () 6 ou mais consultas
c) () Não sabe responder

12-O Senhor(a) é dependente para as suas Atividades de Vida Diária (AVD's)?

- a) () Sim
b) () Não

III – USO DE MEDICAMENTOS

13-Quanto(s) medicamentos Senhor(a) consome semanalmente?

- a) () 1
b) () 2
c) () 3
d) () 4
e) () 5 ou mais.

14- Qual o modo do uso dos medicamentos?

- a) Prescritos
b) Não Prescritos - **Passe para a questão 16.**

15 - Qual foi à última vez que recebeu orientações do seu médico(a) sobre a consumo, manutenção ou não deste medicamento?

- a) Menos de 6 meses
b) 6 meses há um ano
c) Mais de um ano
d) Não sabe responder

16 - Quem orientou o Senhor(a) a fazer uso dos medicamentos que utiliza?

- a) Por conta própria
b) Parente
c) Amigo
d) Outro: _____

17- Onde o Senhor(a) adquire os medicamentos que consome?

- a) Posto de saúde
b) Na Farmácia do SUS ou pública
c) Doações
d) Financiamento próprio
e) Outro: _____

18- Qual o nome do(s) medicamento(s) que o senhor faz uso?

19- Dependências onde são armazenados os medicamentos nas residências:

- a) Dormitório
b) Copa/cozinha
c) Banheiro
d) Dispensa
e) Sala
f) Outro: _____

20- O armazenamento dos medicamentos é realizado de forma:

- e) Adequada
f) Inadequada

21- Data de validade dos medicamentos:

- a) Vencidos
b) Não Vencidos

22- Senhor(a) costuma tomar os medicamentos sólidos com:

- a) Água
b) Sucos

- c) Leite
d) a seco
e) Outros: _____

23- Para tomar um medicamento sólido o Senhor(a) coloca-o diretamente:

- a) Na mão
b) Em um copo descartável
c) Em uma gaze
d) Diretamente da embalagem
e) Outro: _____

24- O Senhor(a) já fez uso de medicamentos por conta própria?

- a) Sim
b) Não

25- O Senhor(a) já sentiu-se mal ao consumir algum dos medicamento não prescritos?

- a) Sim
b) Não

26- Classificação do(s) medicamentos quanto à função terapêutica por grupo e subgrupos:

- a) Trato alimentar/Metabolismo
b) Sangue e órgãos formadores de Sangue
c) Sistema cardiovascular
d) Agentes dermatológicos
e) Sistema geniturinário e hormônios sexuais
f) Preparações hormonais sistêmicas
g) Anti-infecciosos gerais de uso sistêmico
h) Agentes do sistema musculoesquelético
i) Sistema nervoso
j) Agentes antiparasitários
k) Sistema respiratório
l) Órgãos do sentido
m) Outros: _____

27 - O Senhor(a) sabe a diferença entre um medicamento de Referência, Genérico e Similar?

- a) Sim
b) Não

28- Qual a classificação dos medicamentos quanto ao tipo de registro na Vigilância Sanitária utilizado pelo idoso?

- a) Referência
b) Genérico
c) Similar

- d) () Manipulação
e) () Outro: _____

29-Você recebe(u) orientações de algum profissional de saúde sobre os riscos e cuidados com as medicações?

- a) () Sim. Qual? _____
b) () Não

30-Quais as estratégias utilizadas pelo profissional de saúde para as orientações?

- a) () Exposição oral individual
b) () Exposição oral coletiva
c) () Materiais educativos
d) () Oficinas ou Demonstrações práticas
d) () Outro: _____

31-Considera as informações ofertadas pelos profissionais foram suficientes para suprir suas dúvidas sobre os cuidados com os medicamentos?

- a) () Sim
b) () Não

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CES
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

OFÍCIO

Cuité, 08 de Abril de 2014.

Ofício n.º 19/2014

Ilma Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Cuité - PB
Joseane da Rocha Dantas Cavalcante

É com grande estima que venho por meio deste, solicitar a autorização para a realização da pesquisa intitulada “**Utilização de medicamentos por idosos: uma reflexão para as ações educativas em saúde**” do aluno **Edilson Muniz Venceslau** do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande sob a orientação da professora mestre **Isolda Maria Barros Torquato** para fins de conclusão do referido curso. Certa de que o referido estudo trará importantes contribuições aos acadêmicos, profissionais de enfermagem e a sociedade principalmente, agradecemos desde já a vossa compreensão e apoio na concordância do pleito.

Certa da sua atenção agradece antecipadamente.

Isolda Maria Barros Torquato
Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem
Matrícula SIAPE: 1577240

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr(a).

Você foi convidado(a) para participar da pesquisa “**Utilização de medicamentos por idosos: uma reflexão para as ações educativas em saúde**”, realizada pelo acadêmico do Curso de Bacharelado em Enfermagem **Edilson Muniz Venceslau** da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG – Campus Cuité) sob a orientação da professora **Ms. Isolda Maria Barros Torquato**.

O objetivo principal da pesquisa consiste em: Avaliar a utilização de medicamentos por idosos residentes na zona urbana do município de Cuité – PB. Sobre os objetivos específicos elencam-se: Caracterizar os idosos quanto aos aspectos demográfico, socioeconômico e clínico; Elencar os medicamentos utilizados pelos idosos; Identificar a polifarmácia e a automedicação em idosos; Avaliar o conhecimento do idoso sobre a conservação correta de medicamentos; e Investigar a participação dos profissionais de saúde em relação ações de educação em saúde quanto ao risco da automedicação.

Este estudo pode proporcionar informações importantes sobre a realidade local quanto ao consumo de medicamentos pelos idosos, identificação dos riscos e complicações frente ao uso inadequado de medicamentos, assim como avaliar a assistência do profissional de saúde em relação às ações educações em saúde referentes a utilização de medicamentos pelos idosos.

A coleta de dados será feita por meio de entrevista estruturada, guiada por um formulário contendo 31 questões objetivas. Ressaltamos que, a sua identidade e privacidade serão preservadas e que os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em revistas e/ou eventos científicos apenas mediante autorização.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto o(a) Senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Qualquer dúvida que venha surgir antes, durante ou depois de qualquer etapa desta pesquisa, bem como sua recusa a participar ou retirar seu consentimento em quaisquer fases, não trará nenhum tipo de penalidade para você ou para o serviço que lhe oferta assistência.

Esta pesquisa não contém nenhuma relação com instituições de saúde, ficando o(à) senhor(a) isento(a) de receber qualquer tipo de benefício material ou financiamento à sua participação, assim como também fica a certeza de isenção a qualquer tipo de risco para a sua pessoa durante esta pesquisa. Informamos ainda que as pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, solicitamos a sua participação o que tornará possível a realização dessa pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento assinada por mim e pelas pesquisadoras, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Cuité ____ de _____ de 2014.

Prof. MsC. Isolda Maria Barros Torquato
 Pesquisadora Responsável

Edilson Muniz Venceslau
 Pesquisadora Participante

 Testemunha

Endereço de Trabalho do Pesquisador Responsável:

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Campus Cuité.
 Olho D’Água da Bica s/n – Centro. Cuité-PB. Cep: 58175-000 - Telefone: (83) 3372-1900

Endereço Residencial do Pesquisador Responsável:

Avenida Alagoas, nº 487, Bairro dos Estados. João Pessoa – PB. Cep: 58030-150. Telefone: (83) 99578552

Endereço Residencial do Pesquisador Participante:

Rua São Miguel, nº 104. Bairro Centro. Cuité – PB. Cep: 58175-000 – Telefone: (83) 96353572
 Rua: Dr. Carlos Chagas, S/N. Bairro: São José. Município: Campina Grande. Telefone: (83) 2101.5545.
 e-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

APÊNDICE D**TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

Pesquisa: **“Utilização de medicamentos por idosos: uma reflexão para as ações educativas em saúde”**

Eu, **Isolda Maria Barros Torquato**, Enfermeira, Professora do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (SIAPE 1577240), portadora do RG: 2.099.914 e CPF: 033.326.024-46 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/12 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, ____ de _____ de 2014.

Isolda Maria Barros Torquato
Orientadora da pesquisa

APÊNDICE E**TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR (ES)**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autora orientadora (**Isolda Maria Barros Torquato**) e orientando da pesquisa (**Edilson Muniz Venceslau**).

Intitulada “**Utilização de medicamentos por idosos: uma reflexão para as ações educativas em saúde**” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, homologada em 12 de dezembro de 2012, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo Comitê de Ética em Pesquisa avaliador determinado pela CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao mesmo, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, _____ de _____ de 2014.

Isolda Maria Barros Torquato
Autora orientadora da pesquisa

Edilson Muniz Venceslau
Orientando

APÊNDICE F

DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Eu, **Isolda Maria Barros Torquato**, Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “**Utilização de medicamentos por idosos: uma reflexão para as ações educativas em saúde**” do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus Cuité, comprometo-me, ao término da pesquisa, em encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos autores.

Cuité, 05 de Junho de 2014.



Isolda Maria Barros Torquato
Autora orientadora da pesquisa

ANEXO

ANEXO A



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CUITÉ

Endereço: Rua Francisco Teodoro da Fonseca Bairro: Centro Cuité-PB CEP: 58175-000
CNPJ: 08.732.174/0008-27

Estamos cientes da intenção da realização do projeto de pesquisa intitulado “**Utilização de medicamentos por idosos: uma reflexão para as ações educativas em saúde**” desenvolvida pelo aluno **Edilson Muniz Venceslau** do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) campus Cuité sob a orientação da professora mestre **Isolda Maria Barros Torquato**, estando autorizada a realização do referido estudo na **Rede Estratégia Saúde da Família** do Município de Cuité – Paraíba.

Cuité, ____ de _____ de 2014.

Joseane da Rocha Dantas Cavalcante
Coordenadora da Estratégia Saúde da Família

ANEXO B**TERMO DE SUBMISSÃO DO PROJETO DE TCC NA PLATBR**

Declaro, para fim de proceder à submissão na PLATBR do Projeto de Pesquisa do Trabalho de Conclusão de Curso do aluno intitulado **“Utilização de medicamentos por idosos: uma reflexão para as ações educativas em saúde”** que foram realizadas todas as modificações propostas pela Banca Examinadora e aprovadas pela aluna, autora do trabalho e sua orientadora, estando o mesmo pronto para submissão a PLATBR para apreciação ética nesse Comitê de Ética em Pesquisa, aguardando o pronunciamento deste, para o início da pesquisa.

Eu, **Isolda Maria Barros Torquato**, Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso em foco, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Cuité, ____ de _____ de 2014.

Isolda Maria Barros Torquato
Autora orientadora da pesquisa

ANEXO C

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS: UMA REFLEXÃO PARA AS AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE

Pesquisador: Isolda Maria Barros Torquato

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32319814.1.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 753.976

Data da Relatoria: 27/08/2014

Apresentação do Projeto:

Estudo será realizado no município de Cuité - PB, com o público de idosos a fim de avaliar a utilização e consumo de medicamentos. Será utilizado um formulário de pesquisa contendo 31 questões objetivas divididas em três seções.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

-Avaliar a utilização de medicamentos por idosos residentes na zona urbana do município de Cuité – PB.

Objetivo Secundário:

-Caracterizar os idosos quanto aos aspectos sociodemográfico e clínico;-Classificar os medicamentos utilizados pelos idosos;-Identificar a polifarmácia e a automedicação em idosos;-Avaliar o conhecimento do idoso sobre a conservação correta de medicamentos;-Investigar a participação dos profissionais de saúde em relação ações de educação em saúde quanto ao risco da medicalização.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora:

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 753.976

Riscos: Esta pesquisa não oferta riscos de qualquer natureza aos participantes da pesquisa.

Benefícios: Este estudo pode proporcionar informações importantes sobre a realidade local quanto ao consumo de medicamentos pelos idosos, identificação dos riscos e complicações frente ao uso inadequado de medicamentos, assim como avaliar a assistência do profissional de saúde em relação às ações educacionais em saúde referentes a utilização de medicamentos pelos idosos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante, descrito adequadamente. Demonstra que a amostra será composta por 100 idosos (não descreve o cálculo). Os dados serão obtidos no domicílio por meio de um instrumento contendo 31 questões (nível elevado de perguntas considerando o perfil)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: TCLE (falta campo para assinatura dos participantes), termos de autorização institucional, declarações de compromisso da pesquisadora.

Recomendações:

Recomendações obrigatórias para início da coleta de dados:

- inserir campo para assinatura do TCLE pelo colaborador (idoso)
- inserir no TCLE os riscos do estudo, inclusive é dito ao final que o participante conhece os riscos, mas estes não foram descritos no instrumento.
- Sugere-se inserir no TCLE: esclarecer que os riscos são mínimos e se relacionam ao possível constrangimento dos/as entrevistados/as, o que será minimizado pelo cumprimento dos princípios de confidencialidade e privacidade. Do mesmo modo, será promovido um ambiente seguro e confortável para esclarecimentos pelo/a pesquisador/a responsável ao participante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ver recomendações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando o parecer da relatoria, o protocolo de pesquisa foi considerado APROVADO ad referendum.
Coordenação do CEP/HUAC

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 753.976

CAMPINA GRANDE, 18 de Agosto de 2014

Assinado por:
Maria Teresa Nascimento Silva
(Coordenador)