



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA**

MAIALA DE FÁTIMA LIBERATO DE MOURA

**CARACTERÍSTICAS DA UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS PELOS
IDOSOS NO MUNICÍPIO DE CUITÉ- PB**

**Cuité - PB
2014**

MAIALA DE FÁTIMA LIBERATO DE MOURA

**CARACTERÍSTICAS DA UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS PELOS
IDOSOS NO MUNICÍPIO DE CUITÉ- PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Bacharelado em Farmácia
da Universidade Federal de Campina Grande -
UFCG, como requisito à obtenção do título de
Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof. Msc. Rodrigo dos Santos Diniz

Cuité - PB
2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE

Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

M929c Moura, Maiala de Fátima Liberato de.

Características da utilização de medicamentos pelos idosos no município de Cuité - PB. / Maiala de Fátima Liberato de Moura. – Cuité: CES, 2014.

42 fl.

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

Orientador: Rodrigo dos Santos Diniz.

1. Idosos. 2. Idosos – uso de medicamentos. 3. Idosos – doenças crônicas. I. Título.

615.1

CDU

MAIALA DE FÁTIMA LIBERATO DE MOURA

**CARACTERÍSTICAS DA UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS PELOS
IDOSOS NO MUNICÍPIO DE CUITÉ- PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Bacharelado em Farmácia
da Universidade Federal de Campina Grande -
UFCG, como requisito à obtenção do título de
Bacharel em Farmácia.

APROVADO EM: 19/03/2014

BANCA EXAMINADORA

Prof. Msc. Rodrigo dos Santos Diniz - Orientador - UFCG

Prof.^a Msc. Andrezza Duarte Farias - UFCG

Prof.^a Dr.^a Júlia Beatriz Pereira de Souza - UFCG

Cuité - PB

2014

Dedico este trabalho a minha irmã, Monara, que me mostrou o sentido da esperança e a definição mais clara de pessoa. Obrigada por ter me ensinado que o essencial é invisível aos olhos. Não importa se você não é perfeita fisicamente, o importante é que em si traz a perfeição de Deus para nos mostrar que a vida vai além dos nossos preconceitos.

A meus pais, Raimundo e Maria, pelo esforço, dedicação e apoio, tornando este sonho realidade. Sei que não foi fácil abdicar parte da vida de vocês por nós, suas três filhas, mas sei que hoje tudo valeu à pena e fariam a mesma coisa sem excitar. Obrigada pelo exemplo de família e de seres humanos. Este sucesso dedico totalmente a vocês.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, por cada dia, pela força, coragem, pelos meus pais e irmãs.

A Nossa Senhora, mãe de Jesus, por sempre cuidar de mim, protegendo-me a cada caminhar.

Aos meus pais, pelo carinho e confiança.

A Vovô e Vovó pelos sábios conselhos.

As minhas irmãs, Monara e Mirella pela companhia e amor infinito.

A todos os meus familiares, pelo apoio e compreensão.

Ao Prof. Rand, pela disposição e dedicação na fase inicial deste trabalho.

Ao Prof. Rodrigo, pela paciência e pela orientação nas fases subsequentes deste estudo.

A minha banca examinadora pela disponibilidade em avaliar meu trabalho de conclusão de curso.

As companheiras de casa, Fernanda Ílary e Iana Macedo, pelas conversas, risadas e apoio.

A minha querida turma 2009.1, em particular, Bruna Rafaela, Andreia Mayara e Valéria Rayla, pelas brincadeiras, estudos e companheirismo.

Aos amigos da residência de Campina Grande, pelos pensamentos positivos para que eu pudesse alcançar meus objetivos.

A todas as pessoas que de forma direta ou indiretamente contribuíram para minha formação acadêmica.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

(Madre Teresa de Calcutá).

RESUMO

Os idosos constituem a parcela da população que mais vem aumentando em todo o mundo. No Brasil, o envelhecimento populacional tem ocorrido de forma rápida e acentuada, fenômeno que propõe um aumento da incidência de doenças crônicas e incapacitantes, resultando em uma mudança de paradigma na saúde pública. No presente estudo foi proposto descrever as características de utilização de medicamentos pelos idosos no município de Cuité-PB, considerando o perfil epidemiológico e socioeconômico, as morbidades mais prevalentes e a classe terapêutica mais utilizada por estes. Para tanto foi realizada uma pesquisa exploratória com abordagem quantitativa, realizada com 240 idosos residentes na cidade de Cuité-PB, por meio da aplicação de um questionário contendo perguntas objetivas realizadas no domicílio do idoso. Destacou entre os idosos o predomínio do sexo feminino (67,1%), não alfabetizadas (36,2%) e com baixa renda (97,0%), utilizando até três medicamentos (88,0%), tendo como classes farmacológicas mais utilizadas os anti-hipertensivos (34%). A prevalência do uso de medicamentos foi comparável ao encontrado em outros estudos, confirmando a importância dos medicamentos na atenção à saúde do idoso. Considera-se então, necessário acompanhamento sistemático dos idosos que utilizam múltiplos medicamentos, com ênfase nas ações educativas para mudança no estilo de vida, contando com uma equipe multiprofissional.

Palavras-chaves: Idoso; Doenças Crônicas; Uso de Medicamentos.

ABSTRACT

The aged constitute a portion of the population that is increasing around the world. In Brazil, the population aging has occurred quickly and accentuated, phenomenon that propose a rise of chronic diseases and disabilitation, resulting in a change of paradigm in public health. In current studies it was proposed to describe the profile of drug used by aged people in the city of Cuité-PB, considering the epidemiological profile, the morbidities are more prevalent and the therapy class used more by them. It concerns of an exploratory research with a quantitative approach, performed with 240 aged residents in the city of Cuité-PB, by the application of a survey containing objectives questions performed in the aged residents. We noticed that among the aged residence the preponderance of female sex (67,1%), illiterate (36,2%) and with low income (97,0%), using up to three drugs (88,0%), having as pharmacological classes used more the antihypertensive (34,0%). The prevalence of the use of drugs was comparable with other studies. Thus, it is necessary the systematic monitoring of the aged residents that use multiples drugs, emphasizing the educational actions to change their lifestyle, counting with a multiprofessional team.

Keywords: Aged; Chronic Diseases; Drug Use.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis socioeconômicas dos indivíduos entrevistados.....	25
Tabela 2 - Descrição do uso de serviços de saúde pelos idosos participantes do estudo.....	27
Tabela 3 - Problemas de saúde mais frequentes que acometem os idosos entrevistados.....	29
Tabela 4 - Classe de medicamentos utilizados pelos idosos do município de Cuité segundo a classificação ATC.....	30

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CIM	Centro de Informações sobre Medicamentos
ECA	Enzima Conversora de Angiotensina
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
PB	Paraíba
PRM	Problemas Relacionados aos Medicamentos
RAM	Reação Adversa ao Medicamento
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 Objetivo Geral.....	13
2.2 Objetivos Específicos.....	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
3.1 Envelhecimento.....	14
3.2 Medicamentos na Terceira Idade.....	16
3.3 Uso racional de Medicamentos.....	18
4 METODOLOGIA.....	21
4.1 Tipo de pesquisa.....	21
4.2 Local da pesquisa.....	21
4.3 População e amostra.....	21
4.3.1 Seleção da amostra.....	21
4.4 Critérios de inclusão.....	22
4.5 Instrumento de coleta de dados.....	22
4.6 Procesamento e análises dos dados.....	22
4.7 Aspectos éticos.....	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
5.1 Perfil socioeconômico.....	24
5.2 Uso dos serviços de saúde.....	26
5.3 Epidemiologia.....	28

6 CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS.....	33
APÊNDICES.....	39

1 INTRODUÇÃO

A atenção para as questões de saúde no envelhecimento humano tem crescido nas últimas décadas em virtude do aumento da longevidade da população mundial. Em todo mundo, e especialmente nos países periféricos, a busca por mais qualidade de vida aos idosos é mais desejada por ser o horizonte a partir do qual se poderão considerar os ganhos na expectativa de vida, representando uma valiosa conquista humana e social (ASSIS, 2005).

No Brasil, sobretudo em algumas regiões, ocorre um processo de envelhecimento populacional de intensidade comparável àquela observada em países do primeiro mundo, estudos populacionais sobre o consumo de medicamentos evidenciam o uso crescente com a idade, tanto em pequenos povoados do interior como em grandes centros urbanos (MOSEGUI, 1999). Assim, como o número de indivíduos idosos vem aumentando, o consumo de medicamento por esta população acompanha esta tendência. A média de medicamentos utilizados por estes indivíduos é de dois a cinco medicamentos (BORTOLON et al., 2008).

Em geral, as doenças nos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico constante e medicação contínua. Nos países desenvolvidos, as doenças cardiovasculares são responsáveis pela metade das mortes, além de ser as principais causadoras de óbito na população brasileira há mais de 30 anos (LYRA JUNIOR et al., 2006).

Os fatores supracitados (envelhecimento, maior prevalência das enfermidades crônico-degenerativas e consumo de fármacos) aumentam a incidência dos Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM), deixando os idosos vulneráveis aos vários problemas de saúde e aumentando os custos dos sistemas em saúde (OMS, 1999).

Adicionalmente, a utilização de medicamentos é um processo social que deve estar sob o controle dos profissionais da saúde objetivando a diminuição de agravos aos usuários (FLORES; BENVENU, 2008). É necessário então, desenvolver estratégias que possibilitem o uso racional dos medicamentos utilizados pelos idosos e que atenuem os efeitos da senescência de forma a garantir a vivência do final do ciclo de vida de uma forma autônoma e qualitativamente positiva.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

- Descrever as características da utilização de medicamentos utilizados pelos idosos no município de Cuité-PB.

2.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar o perfil epidemiológico e socioeconômico dos idosos;
- Identificar as morbidades mais prevalentes nos idosos;
- Classificar a classe terapêutica dos medicamentos mais utilizados pelos idosos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Envelhecimento

A conjugação do decréscimo progressivo das taxas de natalidade com o aumento gradual da esperança média de vida tem-se traduzido como envelhecimento populacional, que se caracteriza como um processo universal, dinâmico, irreversível e gradual. Assim sendo, esta mudança na faixa etária reflete, atualmente, uma categoria social que não pode ser ignorada (BRITO; LITVOC, 2004). Tratando-se de uma experiência diversificada entre os indivíduos, para a qual concorre uma multiplicidade de fatores de ordem genética, biológica, social, ambiental, psicológica e cultural (ASSIS, 2005). Não há uma correspondência linear entre idade cronológica e idade biológica (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). A variabilidade individual e os ritmos diferenciados de envelhecimento tendem a acentuar-se conforme as oportunidades e constrangimentos vigentes sob determinadas condições sociais (FERRARI, 1999).

A senescência é o processo natural do envelhecimento, o qual compromete progressivamente aspectos físicos e cognitivos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a terceira idade tem início entre os 60 e 65 anos. Porém, esta é uma idade instituída para efeitos de pesquisa, já que o processo de envelhecimento depende de três fatores principais: biológicos, psíquicos e sociais. São estes, que podem preconizar a velhice, acelerando ou retardando o aparecimento e a instalação de doenças e de sintomas característicos da idade madura (CANCELA, 2007).

Os resultados apresentados pela OMS demonstram um aumento considerável da população com mais de 60 anos de idade para as próximas décadas. De acordo com as projeções da OMS (2002), esta é uma tendência que continuará durante os próximos anos, projetando-se para o ano de 2025 mais de 800 milhões de pessoas com idade superior a 65 anos em todo mundo (TROMPIERE, 2012). Essas transformações produziram importantes impactos na dinâmica populacional do Brasil, principalmente no que se refere ao declínio da fecundidade e ao consequente envelhecimento populacional (DIAS JUNIOR, 2006).

À grosso modo, pode-se dizer que o envelhecimento da população brasileira é reflexo direto da queda da fecundidade, que se iniciou no fim dos anos 60. Cabe ressaltar que entre as décadas de 1940 e 1960, houve uma significativa redução das

taxas de mortalidade, o que por sua vez acarretou um relativo aumento da taxa de crescimento populacional (BERCOVICH, 1993). Porém, esse fato não provocou mudanças notáveis na estrutura etária da população. Só a partir dos anos 60, quando houve o declínio da fecundidade (proporcionando uma diminuição do ritmo de crescimento populacional), em algumas regiões mais desenvolvidas do país é que se pode considerar uma real mudança na distribuição etária brasileira onde a queda das taxas de fecundidade começou a alterar sua estrutura etária, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional. As pesquisas nacionais por amostras em domicílio da década de 70 passaram a demonstrar que o fenômeno se estendia paulatinamente as demais regiões brasileiras, tanto nas áreas urbanas quanto rurais e todas as classes sociais (CARVALHO, 1993).

A transição epidemiológica é um processo que engloba várias mudanças como substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis, deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante (SCHRAMM, 2004). No Brasil, a transição epidemiológica é marcada por importantes desigualdades regionais e sociais, idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, acumulam sequelas de doenças crônicas, desenvolvem incapacidades e perdem autonomia e qualidade de vida (MACHADO, 1993). Modifica-se, portanto, o perfil de saúde da população; ao invés de processos agudos que “se resolvem” rapidamente através da cura ou do óbito, tornam-se predominantes as doenças crônicas e suas complicações, que implicam em décadas de utilização dos serviços de saúde (CHAIMOWICZ, 1997).

O envelhecimento fisiológico compreende uma série de alterações nas funções orgânicas e mentais devido exclusivamente aos efeitos da idade avançada sobre o organismo, fazendo com que o mesmo perca a capacidade de manter o equilíbrio homeostático e que todas as funções fisiológicas gradualmente comecem a declinar. Tais alterações têm por característica principal a diminuição progressiva da reserva funcional, ou seja, um organismo envelhecido, em condições normais, poderá sobreviver adequadamente, porém, quando submetido a situações de stress físico ou emocional, pode apresentar dificuldades em manter sua homeostase e, desta forma, manifestar sobrecarga funcional, a qual pode culminar em processos patológicos (CANCELA, 2007).

O envelhecimento do ponto de vista fisiológico depende significativamente do estilo de vida que a pessoa assume desde a infância ou adolescência. O organismo envelhece como um todo, enquanto que os seus órgãos, tecidos, células e estruturas sub-celulares têm envelhecimentos diferenciados (PASSOS, 2010).

Existem alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, como diminuição da atividade dos barorreceptores, alterações da composição corpórea, do metabolismo basal, do fluxo sanguíneo hepático e do ritmo de filtração glomerular, com alteração da absorção, da distribuição, da metabolização e da excreção da maioria dos medicamentos. No idoso, é comum a associação a outros fatores de risco cardiovasculares e doenças crônicas que frequentemente necessitam de vários medicamentos (ROSA, 2006). Sabe-se que a população com insuficiência renal e cardíaca tem aumentado nos últimos anos, principalmente devido ao envelhecimento em geral e ao aumento no número de pacientes com hipertensão arterial e diabetes *mellitus* que, atualmente, são as principais causas dessas morbidades no Brasil (KUSUMOTO et al., 2007).

Como podemos observar, o envelhecimento populacional é um fenômeno extremamente complexo, causado por diversos fatores, que produzem tendências e consequências das mais diversas. Por isso, esse fenômeno está exigindo, cada vez mais, estudos multidisciplinares para o seu melhor entendimento e compreensão (DIAS JUNIOR, 2006).

3.2 Medicamentos na Terceira Idade

O aumento dos idosos na população implica, em termos de utilização dos serviços de saúde, um maior número de problemas de longa duração, que frequentemente exigem intervenções onerosas, envolvendo tecnologia complexa para um cuidado adequado (VERAS, 2001). Dentre essas intervenções, destaca-se o uso acentuado de medicamentos.

O uso de medicamentos constitui-se hoje uma epidemia entre idosos, cuja ocorrência tem como cenário o aumento exponencial da prevalência de doenças crônicas e das sequelas que acompanham o avançar da idade, o poder da indústria farmacêutica, do marketing dos medicamentos e a medicamentação estão presente na formação de parte expressiva dos profissionais da saúde (SECOLI, 2010). Assim, os medicamentos representam um dos itens mais importantes da atenção à saúde do idoso.

As causas de adoecimento e morte neste grupo específico são de etiologia multifatorial e funcional, associa-se a isso a imensa variedade e disponibilidade de especialidades farmacêuticas e associações de fármacos sem racionalidade terapêutica que justifique a sua comercialização no vasto mercado farmacêutico. É comum encontrar, nas prescrições de idosos, dosagens inadequadas, interações medicamentosas, associações e redundância uso de fármacos pertencentes a uma mesma classe terapêutica e medicamentos sem valor terapêutico (VERAS, 2003).

Sendo, então, possível afirmar que, mais do que em qualquer outro grupo etário, os medicamentos são prescritos para os idosos sem haver clara correspondência entre a doença e a ação farmacológica. Estes são equivocadamente empregados como consequência de uma cultura de medicalização, impulsionada pelo valor simbólico dado aos medicamentos (VERAS, 2003). Observa-se também que os medicamentos são alvos de medidas que estimulam o seu consumo como: propagandas, descontos e promoções, tendo na maioria das vezes o idoso como público alvo (ANDRADE, 2004).

Os idosos consomem, proporcionalmente, cerca de três vezes mais medicamentos que os indivíduos mais jovens, pois um grande número deles sofre de vários problemas de saúde ao mesmo tempo. Ao contrário dos jovens, estes medicamentos são, em sua maioria, de uso crônico. O uso simultâneo de múltiplos fármacos (polifarmácia) é a regra, ao invés de exceção, o que predispõe à ocorrência de interações medicamentosas (CIM, 2003). A polifarmácia aumentou de modo importante nos últimos anos, prática que configura um dos maiores problemas de segurança relacionado ao uso de medicamento; sua etiologia é multifatorial, todavia, as doenças crônicas e as manifestações clínicas decorrentes do envelhecimento, apresentam-se como os principais elementos (MCLEAN, 2004).

As interações medicamentosas são tipos especiais de respostas farmacológicas, em que os efeitos de um ou mais medicamentos são alterados pela administração simultânea, as respostas decorrentes da interação podem acarretar potencialização do efeito terapêutico, redução da eficácia, aparecimento de reações adversas com distintos graus de gravidade ou ainda, não causar nenhuma modificação no efeito desejado do medicamento (SECOLI, 2002).

Além da polifarmácia e interações medicamentosas, as reações adversas também ocupam um papel importante na terapêutica do idoso. A Reação Adversa ao Medicamento (RAM) é a resposta a um medicamento que seja prejudicial, não intencional e que ocorre em doses normalmente utilizadas no ser humano (WHO, 2002).

Em idosos as RAM representam um importante problema de saúde pública, cuja relação de risco é bem estabelecida. Embora entre os idosos as RAM apresentem-se com maior gravidade que entre os jovens, não são, muitas vezes, identificadas ou relatadas. A idade por si só não representa um fator de risco, mas um indicador para co-morbidade, pois neste grupo a farmacocinética é alterada e a polifarmácia são as variáveis mais diretamente associadas às RAM (MCLEAN, 2004).

A vulnerabilidade dos idosos aos eventos adversos relacionados a medicamentos é marcante, o que se deve à complexidade dos problemas clínicos, à necessidade de múltiplos agentes, e às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao envelhecimento. A educação dos usuários, especialmente no que concerne à prática da automedicação, à orientação acerca dos riscos da interrupção, troca, substituição ou inclusão de medicamentos sem conhecimento dos profissionais da saúde, o aprazamento criterioso dos horários da prescrição/receita médica, de modo a evitar a administração simultânea de medicamentos que podem interagir entre si ou com alimentos, o monitoramento das RAM implicadas em desfechos negativos, são algumas estratégias que podem ajudar a prevenir e minimizar os eventos adversos (SECOLI, 2010).

A terapia medicamentosa aplicada a idosos requer cuidados especiais, pois a ação dos fármacos é bastante afetada pela idade. Isso se deve, principalmente, ao fato do metabolismo dos fármacos e da função renal serem menos eficientes nos extremos da vida (BERTI; MAYORGA, 1999).

3.3 Uso Racional de Medicamentos

A OMS propõe que, para o uso racional de medicamentos, é preciso, em primeiro lugar, estabelecer a necessidade do uso do medicamento. A seguir, que se receite o medicamento apropriado, a melhor escolha, de acordo com os ditames de eficácia e segurança comprovados e aceitáveis. Além disso, é necessário que o medicamento seja prescrito adequadamente, na forma farmacêutica, doses e período de duração do tratamento, que esteja disponível de modo oportuno, a um preço acessível, e que responda sempre aos critérios de qualidade exigidos; que se dispense em condições adequadas, com a necessária orientação e responsabilidade, e, finalmente, que se cumpra o regime terapêutico já prescrito, da melhor maneira possível (AQUINO, 2008).

O orçamento crescente destinado à provisão dos medicamentos tem competido com outras grandes prioridades no setor saúde e esses gastos em farmácia não têm correspondido a melhorias significativas nos indicadores de saúde. Segundo a OMS, mais de 50% de todos os medicamentos são incorretamente prescritos, dispensados e vendidos; e mais de 50% dos pacientes os usam incorretamente. Mais de 50% de todos os países não implementam políticas básicas para promover uso racional de medicamentos. A situação é pior em países em desenvolvimento, com menos de 40% dos pacientes no setor público e menos de 30% no privado sendo tratados de acordo com diretrizes clínicas (OMS, 2002).

Vários fatores contribuem para isso, como por exemplo, os prescritores podem obter informação sobre tratamentos a partir das companhias farmacêuticas em vez de reportar-se a fontes baseadas em evidências; diagnósticos incompletos das doenças podem resultar em inadequada escolha dos tratamentos; pacientes buscam na internet versões de medicamentos caros com preços menores, mas de qualidade não assegurada. No Brasil, o uso incorreto de medicamentos deve-se comumente a: polifarmácia, prescrição não orientada por diretrizes, automedicação inapropriada e desmedido armamentário terapêutico disponibilizado comercialmente (BRASIL, 2012).

O contrário dessa realidade constitui o que se denominou de uso racional de medicamentos, referindo-se “à necessidade de o paciente receber o medicamento apropriado, na dose correta, por adequado período de tempo, a baixo custo para ele e a comunidade”. Medicamentos racionalmente selecionados e usados propiciam benefícios individuais, institucionais e nacionais (MS, 2012). Ademais, a garantia do uso apropriado e seguro dos medicamentos abrangem, também, aspectos clínicos, farmacêuticos, econômicos, jurídicos, regulatórios e culturais, os quais devem ser levados em consideração no processo decisório no setor de saúde (MOTA et al., 2008).

De acordo com a definição do uso racional de medicamentos proposta pela Política Nacional de Medicamentos, os requisitos para a sua promoção são muito complexos e envolvem uma série de variáveis, em um encadeamento lógico. Para que sejam cumpridos, devem contar com a participação de diversos atores sociais: pacientes, profissionais de saúde, legisladores, formuladores de políticas públicas, indústria, comércio, governo (CASTRO, 2000).

De uma maneira geral, as soluções propostas para reverter ou minimizar este quadro devem passar pela educação e informação da população, maior controle na venda com e sem prescrição médica, melhor acesso aos serviços de saúde, adoção de

critérios éticos para a promoção de medicamentos, retirada do mercado de numerosas especialidades farmacêuticas carentes de eficácia ou de segurança e incentivo à adoção de terapêuticas não medicamentosas (NASCIMENTO, 2003).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

O estudo desenvolvido é caracterizado como uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem quantitativa. A pesquisa exploratória tem como finalidade a caracterização inicial do problema, para maior familiaridade com o tema, através de entrevista, questionários ou levantamento bibliográfico (RODRIGUES, 2007). Para Gil (2002) a pesquisa descritiva tem como objetivo descrever particularidades de determinada população ou fenômeno por meio de questionários ou entrevistas e observação sistemática, para padronizar a coleta de dados.

4.2 Local da pesquisa

O estudo foi desenvolvido na Cidade de Cuité- PB, localizada no Curimataú Paraibano, a 235 km da capital João Pessoa, atualmente com 20.299 habitantes, sendo 2.218 de idosos residentes na zona urbana (IBGE, 2013).

4.3 População e amostra

A população em amostra foi composta por 240 (duzentos e quarenta) indivíduos com 60 anos ou mais, residentes na cidade de Cuité-PB, selecionados independentemente do gênero no mês de janeiro de 2013. A coleta dos dados foi realizada nas residências dos idosos.

4.3.1 Seleção da amostra

A seleção da amostra foi feita através da divisão da cidade por setores censitários, visitando cada rua dos referidos setores e escolhendo aleatoriamente casas em que residissem idosos, garantindo-se desta forma uma amostragem heterogênea. A cidade de Cuité foi dividida de acordo com uma projeção satelitizada, dessa forma uma casa era escolhida e se informava se haviam idosos que utilizassem medicamentos. Em caso positivo, a entrevista era realizada, do contrário, a próxima casa era abordada.

Após entrevista realizada, contavam-se 10 casas e seguia-se assim até o fim de todas as ruas visitadas.

O tamanho da amostra foi calculado por meio da fórmula:

$$n = \frac{N}{(E/Z\sigma)^2 (N-1) + 1}$$

Onde: N = 20.299 (Tamanho da população)

E = 0,1453 (Margem de erro)

σ = 1,00 (Desvio padrão)

Z = 1,96 (Valor tabelado da distribuição normal para 95% de intervalo de confiança)

Temos que: n = 180

Assim, esse valor era o mínimo a ser entrevistado, sendo acrescido em 25% para compor a amostra final.

4.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos neste estudo os indivíduos que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Apêndice I, tinham idade superior a 60 anos e estavam fazendo uso de algum medicamento.

4.5 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi um questionário semiestruturado (Apêndice II), contendo perguntas objetivas, realizada através de entrevista domiciliar. As informações foram obtidas diretamente dos idosos capazes de se comunicar ou seu responsável, em caso de inconsciência do mesmo.

4.6 Processamento e análise dos dados

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando o software de tabulação e análise estatística Microsoft Excel®. Os resultados foram apresentados através de medidas de tendência central em tabelas.

4.7 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (CEP 58107670), com número de parecer 347.900 e seguindo os preceitos preconizados pela pesquisa com seres humanos presentes na resolução 196/96 (BARBOSA, et al., 2011).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Perfil socioeconômico

Dos 240 idosos entrevistados, foi possível determinar os dados socioeconômicos que são apresentados na tabela 1, deste modo observa-se a predominância do gênero feminino (67,1%), a faixa etária com maior frequência foi à de 60 - 74 (68,7%) e aproximadamente 2,1% com idade superior a 90 anos. A maior prevalência feminina se deve a maior exposição dos homens a situações de risco diferenciadas, seja pelo tipo de trabalho, estilo de vida ou até mesmo devido à violência (SILVA, 2009). Além disso, as mulheres possuem uma maior preocupação com a sua saúde e busca pelos serviços o que se reflete em oferta de diversos programas governamentais (pré-natal, prevenção de câncer de colo uterino e de mama) direcionados especificamente ao gênero feminino ficando estas mais sujeitas a medicalização (FLORES; BENVENEGNU, 2008). Observou-se ainda que a distribuição por faixa etária na amostra concorda com o esperado para a Paraíba e Brasil (IBGE, 2013). Isso significa que a população de “idosos jovens” está cada vez mais crescente e concomitante com ela um aumento no número de doenças mais complexas e isso exigirá requerer do governo ações mais específicas voltadas a saúde. O aumento da expectativa de vida acarreta maior uso de medicamentos por esse seguimento da sociedade (ARAÚJO, 2010), quando comparado a adultos jovens, os idosos utilizam cerca de três vezes mais medicamentos (BORTOLON et al., 2008).

Tabela 1: Análise descritiva das variáveis socioeconômicas dos indivíduos entrevistados

Parâmetros	N	%
Sexo		
Feminino	161	67,1
Masculino	79	32,9
Total	240	100
Faixa etária (anos)		
60-74	165	68,7
75-89	70	29,2
≥ 90	5	2,10
Total	240	100
Escolaridade		
Não alfabetizado	87	36,2
Ensino Fundamental incompleto	82	34,1
Ensino Fundamental completo	26	10,8
Ensino Médio Incompleto	17	7,10
Ensino Médio	17	7,10
Ensino superior	11	4,60
Total	240	100
Renda familiar		
Classe E	224	97,0
Classe D	4	1,70
Classe C	3	1,30
Total	231	100

Fonte: Dados de pesquisa, 2013.

No que se refere à escolaridade, a grande maioria não é alfabetizada ou teve o ensino fundamental interrompido representando mais de 70,0% do total, caracterizando a baixa escolaridade dos indivíduos, apenas 4,60% disseram ter cursado o ensino superior (Tabela 1). Em relação à classe econômica, constatou-se que 97,0% dos idosos se incluem na classe E alegando ganharem uma renda mensal de até 02 salários mínimos, apontando apresentarem uma renda insuficiente para arcar com despesas mensais relacionadas aos medicamentos (IBGE, 2013) e os 3% restantes se incluíram nas classes D e C.

A baixa escolaridade é marcante na população idosa brasileira sendo reflexo das diferenças sociais que permearam a infância e juventude desses idosos (SILVA, 2009). O ensino primário obrigatório e gratuito nas escolas públicas, só foi estabelecido na constituinte de 1946, e o aumento do número de faculdades em todo o país só ocorre a

partir da década de 1970 (IBGE, 2008). Para Lopes (2003), a baixa escolaridade pode ser considerada um sério fator de risco, o analfabetismo pode comprometer a qualidade da saúde pela falta de conhecimento, compreensão e cumprimento da prescrição, cuidados na promoção da saúde, podendo resultar em trocas de medicamentos e outros erros na sua utilização.

A renda é um aspecto importante das condições de saúde e uma variável importante para se medir o grau de desenvolvimento humano (LOPES; OLIVEIRA, 2004). Silva (2010) ressalta que são bastante comuns os relatos dos idosos de que sua aposentadoria ou renda restringe-se à compra de medicamentos, o que é ancorado por estudos que demonstram que os gastos com medicamentos têm um peso importante no orçamento da população idosa brasileira - metade dela recebe mensalmente menos de um salário mínimo e gasta em média 23% dessa renda na aquisição de medicamentos, e o abandono do tratamento medicamentoso em decorrência de seu custo é comum.

5.2 Uso dos serviços de saúde

Em relação à frequência de uso dos serviços de saúde (Tabela 2), observou que 40,8% dos idosos relataram pelo menos uma consulta médica no período de 1 a 4 meses, enquanto cerca de 30% tiveram consulta há menos de um mês e em um espaço superior a quatro meses. Segundo Gomes (2001), um fato relacionado à percepção da saúde está no medicamento como principal arma terapêutica moderna. Como a população envelhece e os idosos possuem mais doenças crônicas, o número de consultas se amplia. O número de consultas por idoso ao ano teve média geral de 3,9 consultas (Tabela 2), valor maior que o recomendado pelo Ministério da Saúde, que é de 1,5 consultas/habitante/ano (MS, 2007). Entretanto, o estudo de Capillhevia (2006) avaliou os fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos e apontou que portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* têm maior probabilidade de realizar consultas. Tais doenças são frequentes em idosos, o que pressupõe procura por consulta médica em número maior do que o preconizado (SAYD, 2000). Ademais, os próprios protocolos de manejo dessas doenças recomendam consulta médica periódica (TEIXEIRA, 2001).

Tabela 2: Descrição do uso de serviços de saúde pelos idosos participantes do estudo

Parâmetros	N	%
Última consulta médica		
Há menos de um mês	69	28,7
Entre 01 e 04 meses	98	40,8
Há mais de 04 meses	73	30,4
Total	240	100
Quantidade de medicamentos		
Até 03 medicamentos	211	88
03 ou mais	28	12
Total	239	100
Forma de obtenção de medicamentos		
Prescrição	450	88,2
Automedicação	37	7,3
Indicação por leigo	16	3,1
Indicação por balconista	7	1,4
Total	510	100
Genérico		
Sim	250	48,7
Não	263	51,3
Total	513	100
Forma de aquisição do medicamento		
Poder público	37	15,4
Farmácia popular	76	31,6
Compra	127	52,9
Total	240	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Em relação à quantidade de medicamentos a maioria respondeu que utilizava até três (88%) e administravam o mesmo conforme prescrição médica (88,2%), poucos se automedicavam (7,3%) ou recebiam indicações de leigos ou balconistas (4,5%). A maioria dos estudos com idosos demonstrou que o número médio de medicamentos utilizado por pessoa fica entre 3 a 4 (FLORES, 2005). No entanto, em estudo realizado em Belo Horizonte, observou-se uma média de 2,18, sugerindo que em regiões distintas do país existem diferenças no consumo de medicamentos (FLORES; BENVENU, 2008). Monseguí et al. (1999) e Sayd et al. (2000) constataram o número médio de medicamentos usados pelos idosos era entre dois e cinco. No estudo de Teixeira (2001) encontraram a prescrição de 3,6 medicamentos por idosos, outros estudos têm mostrado que 80% dos idosos tomam pelo menos um medicamento. O acesso fácil aos

medicamentos e a falta de conscientização do uso de medidas não farmacológicas, podem estar contribuindo para o consumo de medicamentos nesta população.

A porcentagem de medicamentos utilizados sem prescrição médica foi baixa, de forma similar encontrada em Loyola et al. (2005), esse fato pode ser explicado, pois os medicamentos de uso contínuo, na maioria das vezes são prescritos por médicos (FLORES; BENVENUTO, 2008).

Em relação ao medicamento genérico (Tabela 2) houve uma diferença pouco significativa entre os que faziam o seu uso e os que eram adeptos do medicamento de referência ou similar. No que diz respeito à forma de aquisição 53% compravam o mesmo. O medicamento genérico é uma alternativa viável e eficaz em grande parte dos casos, porém a incidência da prescrição de tal medicamento é deficiente quando avaliado a relação entre satisfação x prescrição (OLIVEIRA et al., 2005). Porém o fato do uso de medicamento genérico por certos grupos de pessoas está mudando visto que usuários de medicamentos de uso contínuo tem maior gasto com medicamentos, o que pode haver maior interesse pelo tratamento mais barato (FERNANDES, 2011). Os idosos que recebem de um a três salários não possuem poder aquisitivo suficiente para gastar com um maior número de medicamentos prescritos, e muitas vezes recorrem aos fármacos distribuídos gratuitamente nos postos de saúde (DELGADO, 2012).

5.3 Epidemiologia

Dos problemas de saúde auto referido as doenças que mais acometem os idosos foram as do aparelho circulatório chegando a 33,7%, seguida de doenças endócrinas e metabólicas (19,1%) e osteomusculares (18,4%) e do sistema nervoso (10,4%,) (Tabela 3).

Tabela 3: Problemas de saúde mais frequentes que acometem os idosos entrevistados

Problema de saúde auto referido	N	%
Doenças do aparelho circulatório	174	33,7
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	99	19,1
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	95	18,4
Doenças do sistema nervoso	54	10,4
Doenças do aparelho digestivo	28	5,4
Doenças do aparelho respiratório	21	4,1
Transtornos mentais e comportamento	20	3,9
Doenças do olho e anexos	9	1,7
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	7	1,4
Doenças do aparelho geniturinário	6	1,2
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	3	0,6
Neoplasias (tumores)	1	0,2
Total	517	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

A terceira idade é caracterizada por uma fase da vida com maior propensão de desenvolver doenças crônicas, estudos revelam um grande número de problemas de saúde, principalmente aqueles relacionados ao sistema cardiovascular, nervoso, músculo esquelético e do trato alimentar e metabolismo levando, assim, ao aumento no número de medicamentos utilizados (CASCAES, 2008).

Os medicamentos cardiovasculares representaram a categoria terapêutica mais comumente utilizada, o que é explicado pela alta prevalência de doenças cardiovasculares entre a população idosa (HERSHMAN, 1995). A preocupação em relação a esse grupo de medicamentos é que as pessoas idosas são reconhecidamente mais suscetíveis a efeitos adversos deles advindos (COELHO, 2004).

Entre as doenças metabólicas mais comuns aparece o diabetes *mellitus* que é um grupo de distúrbios heterogêneos caracterizado por níveis elevados de glicose no sangue ou hiperglicemia. Pode ser do tipo I, ou insulino dependente, e diabetes *mellitus* tipo II, acomete de 90% a 95% das pessoas com diabetes e ocorre mais frequentemente em pessoas com mais de 30 anos de idade (SMELTZER; BARE, 1998). Juntamente com a hipertensão arterial constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares e são agravos de saúde pública dos quais até 80% dos casos podem ser tratados na atenção básica (MEIRELES et al., 2007).

De acordo com Carvalho et al., (2004), a osteoporose é uma doença sistêmica que resulta em reduzida massa óssea e aumento da porosidade do osso, levando à fragilidade mecânica e consequente predisposição a fraturas. Segundo o autor, a osteoporose atinge ambos os sexos, porém a maior incidência está entre as mulheres após a menopausa, em função do declínio acentuado dos hormônios.

Sendo elevado o consumo de medicamentos no cotidiano dos idosos, é comum eles apresentarem problemas relacionados à farmacoterapia (reações adversas, interações, utilização errada, tratamento inadequado, etc.), ocorrendo maiores agravos diante aos processos patológicos e/ou as mudanças fisiológicas próprias da idade (ROZENFELD, 2003).

A classe de medicamentos mais utilizados pelos idosos foi para o sistema cardiovascular, sendo estes os inibidores da enzima de conversão da angiotensina simples (11,5%), diuréticos (10,3%) e redutores de colesterol e triglicerídeos (8,2%). Os medicamentos com ação no trato digestivo e metabolismo mais citados foram os medicamentos hipoglicemiantes orais (11,5%) e agentes para tratamento da úlcera péptica (3,4%). Os grupos terapêuticos do sistema nervoso foram representados principalmente por analgésicos, antipiréticos (5,4%) e ansiolíticos (3,4%) (Tabela 4).

Tabela 4: Classe de medicamentos utilizados pelos idosos de Cuité segundo a classificação ATC

Classe de Medicamentos mais utilizados	N	%
A10B Medicamentos hipoglicemiantes orais	58	11,5
C09A Inibidores da enzima de conversão da angiotensina, simples	58	11,5
C03A Diuréticos, Tiazidas	52	10,3
C10A Redutores de colesterol e triglicerídeos	41	8,2
C09C Antagonistas da angiotensina II	31	6,2
C07A Agentes betabloqueantes	30	6,0
M01A Anti-inflamatórios e antireumáticos não esteroides	28	5,6
N02B Outros analgésicos e antipiréticos	27	5,4
B01A Medicamentos antitrombóticos	18	3,6
A02B Medicamentos para tratamento da úlcera péptica	17	3,4
N05B Ansiolíticos	17	3,4
Outros	126	25,0
Total	503	100

Fonte: Dados da pesquisa

Para Silva et al. (2012), os medicamentos que atuam sobre o sistema cardiovascular merecem destaque, pois o aumento dos casos de doenças cardiovasculares com a idade resultam na necessidade de farmacoterapia mais complexa em idades mais avançadas, outros grupos de medicamentos que apresentaram razões do número de medicamentos/idoso acentuadamente altas foram os que atuam no sistema nervoso e no trato alimentar/metabolismo. Entretanto, sua utilização pode também estar relacionada a distorções na prática terapêutica, o vasto arsenal terapêutico disponível no mercado brasileiro, assim como o valor simbólico do medicamento, podem contribuir para o uso excessivo desses produtos, sem que se leve em consideração suas possíveis consequências negativas.

Estudo feito por Mosegui (1999) aponta que os medicamentos utilizados para problemas do sistema cardiovascular foram os mais prevalentes, em especial, os hipotensores como o inibidor da ECA, tal fármaco é considerado responsável pela maior frequência de interações e, conseqüentemente, de possíveis reações adversas a medicamento. Merecem destaque também os diuréticos tiazídicos, cuja indicação deve contar com criteriosa avaliação com a finalidade de evitá-los na presença de alguns sinais e sintomas bastante frequentes entre os idosos (MIRANDA et al., 2002).

Para Carvalho (1996), o uso de hipoglicemiante oral também não está livre de riscos, a glibenclamida, utilizada por idosos, apesar de considerada bem tolerada, nesta faixa etária, predispõe à hipoglicemia, aumentando o risco de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e quedas.

Condições frequentes entre os idosos tais como cronicidade das doenças, uso de múltiplos medicamentos, efeitos adversos, e a falta de uma adequada prescrição são fatores que podem contribuir para alterações negativas no estado de saúde dessa população, tudo isso agravado pela não adesão ao uso de medicamentos. (MARIN et al., 2008).

6 CONCLUSÃO

A população de idosos caracteriza-se como a que mais apresenta problemas de saúde crônicos, sendo, em sua maioria, polimedicados. Desse modo, o estudo conseguiu descrever as características da utilização de medicamentos pelos idosos no município de Cuité-PB, sendo em sua maioria mulheres, de baixa escolaridade e baixa renda. As morbidades mais frequentes relacionaram-se às doenças no aparelho circulatório e metabólicas e a classificação das classes terapêuticas mais utilizadas, sendo estas as que atuam no aparelho cardiovascular. Os resultados corroboram com os descritos na literatura brasileira, em relação ao uso de medicamentos na referida população estudada.

O fato é que o uso de medicamentos entre os idosos assume importância como estratégia terapêutica para compensar as alterações sofridas com o processo de envelhecimento ou visando controlar doenças crônicas frequentes (MARIN et al, 2008). Deve-se, então, pensar no uso racional dos medicamentos para garantir que o idoso viva com mais qualidade, sendo importante também a integração dos profissionais de saúde (médicos, farmacêuticos, enfermeiros e outros), orientando em relação ao uso, armazenamento correto dos medicamentos e troca dos mesmos. Além disso, o estudo fornece dados para auxiliar o farmacêutico no processo de seleção dos medicamentos, instituído na assistência farmacêutica.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. A. et al. Assistência farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. **Seminário Ciências Biol. Saúde**, 2004.
- AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, 2008.
- ARAÚJO, A.; CAZARIM, M. S. O paciente idoso sobre o aspecto da utilização de antimicrobianos: repercussão ao sistema único de saúde brasileiro (SUS). **Revista Ciên. Farm. Básica Apl.** São Paulo, v. 32, n. 3, 2010.
- ASSIS, M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as Ações educativas com idosos. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2005.
- BARBOSA, A. S. et al. A Resolução 196/96 e o sistema brasileiro de revisão ética de pesquisas envolvendo seres humanos. **Revista Bioética**. v. 19, n. 2, 2011.
- BERCOVICH, A.M. Características regionais da população idosa no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**. Campinas, v.10, n.1/2, 1993.
- BERTI A.R.; MAYORGA P.A. Terapêutica na Terceira Idade e o Uso Racional de Medicamentos: **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v.2, 1999.
- BORTOLON, P. C. et al. Análise do perfil de automedicação em mulheres brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, 2008.
- BRASIL, Centro de Informações sobre Medicamentos. **Uso de medicamento pelo idoso**. São Paulo, 2003.
- BRASIL. Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados. Série A. Normas e manuais técnicos. Ministério da Saúde Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos**. Brasília, 2012.
- BRITO, F.C.; LITVOC, C. J. Envelhecimento – prevenção e promoção de saúde. **Atheneu**, São Paulo-SP, 2004.
- CANCELA, D.M.G. O processo de envelhecimento. **Psicologia**. 2007. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>>. Acesso em: 19/08/2013.
- CAPILLHEVIA, M. F.; SANTOS, I. S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adulto. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.40, 2006.
- CARVALHO, J. A. M. **Crescimento populacional e estrutura demográfica no Brasil**. Rio de Janeiro, 1993.

CARVALHO, C. M. R. G. et al. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. **Cadernos de Saúde Pública**. São Paulo, v. 20, n. 3, 2004.

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**. Santa Catarina, v. 37, n. 1, 2008.

CASTRO, C. G. S. O. Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas. Rio de Janeiro. **Fiocruz**, 2000.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 31, n. 2, 1997.

COELHO, J. M.; MARCOPITO, L. F.; ADAUTO, C. Perfil da utilização de medicamentos por idosos em área urbana do nordeste do Brasil. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 38, n. 4, 2004.

COSTA, M. F. L.; VERAS, R. Saúde Pública e envelhecimento. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003.

DELGADO, A. A. A. et al. . Uso de Medicamentos por Idosos em Juiz de Fora: um olhar sobre a polifarmácia. **Revista Juiz de Fora**. Minas Gerais, v. 37, n. 3, 2012.

DIAS JUNIOR, C. S.; COSTA, C. S. O envelhecimento da população brasileira: Uma análise do conteúdo das páginas da REBEP. **ABEP**. Minas Gerais, 2006.

FERNANDES, J. A.; COUTINHO, J. V.; VALLE, M. G. Acceptation of Generic Medicine on Different Levels of Education and Familiar Income in Distrito Federal. **Cenarium Farmacêutico**, Brasília, n° 4, 2011.

FERRARI, M. A. C. O envelhecer no Brasil. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.23, n.4, 1999.

FLORES, L. M.; MENGUE, S. S. Uso dos medicamentos por idosos em região do Sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**. Porto Alegre, v. 39, 2005.

FLORES, V. B.; BENVEGNÚ, L. A. Perfil da utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, 2008.

GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar. 1ª ed. São Paulo, **Atheneu**, 2001.

HERSHMAN, D. L, et al. Drug utilization in the old old and how it relates to self-perceived health and all-cause mortality: results from the Bronx Aging Study. **J Am Geriatr Soc**, v. 43, 1999.

IBGE. Instituto de Geografia e Estatística. Censo demográfico. **Síntese de Indicadores sociais: Uma análise das condições de vida**. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais 2008 – Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n.23, 2008.

KUSUMOTO, L. et al. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 21, 2007.

LOPES, F. A. M; OLIVEIRA, F. A. Aspectos epidemiológicos de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família- PSF. Textos Didáticos do Curso de Especialização em Saúde da Família e Disciplina de Patologia Geral da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro- **FMTM**. Uberaba (MG), 2004.

LOPES, Y. A. B. Falhas na adesão ao tratamento da hipertensão arterial no município de Brejo de Areia- MA. **São Luís: Universidade Federal do Maranhão**. Curso de especialização em Saúde da Família, 2003.

LOYOLA, F. A. I., et al. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v.21, 2005.

LYRA, D. P. J. et al. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.14, n.3, 2006.

MACHADO, C. C. Projeções multirregionais da população: o caso brasileiro (1980-2020). **UFMG/CEDEPLAR**. Belo Horizonte, 1993.

MARIN, M. J. S. et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, 2008.

MCLEAN, A. J.; COUTEUR, D. G. Aging biology and geriatric clinical pharmacology. **Pharmacol Ver**, 2004.

MEIRELES, V. C. et al. Características dos idosos em área de abrangência do Programa de Saúde da Família na região nordeste do Paraná: contribuições da gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 16, n. 1, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº. 91/GM, de 10 de janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, 2007.

MIRANDA, R. D. et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 9, 2002.

MOSEGUI, G. B. et al. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 33, 1999.

MOTA, D. M. et al. Rational drug use: an economic approach to decision making. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, 2008.

NASCIMENTO, M. C. Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde?. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **IMS**. Rio de Janeiro, 2003.

OLIVEIRA, et al. Prevalência do uso e aceitação de medicamentos genéricos pela população de Maringá-PR. **Revista Iniciação Científica**. Paraná, v. 7, n.2, 2005.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE. Informe da reunião da OMS em Tóquio, Japão, em 1993. O papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde. Informe técnico da Organização Mundial da Saúde. **Pharm. Care Esp**. 1999.

PASSOS, J. S.; SANTOS, Mariza Nogueira. Correlação da atividade física e o risco de queda em idosos dependentes. [Trabalho de Conclusão de Curso].Curso de Bacharelado Fisioterapia. **Universidade da Amazônia**. Belém, 2010.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, cap. 7, 2002.

RODRIGUES, W. C. Metodologia Científica. **FAETEC**, Paracambi, 2007.

ROSA, R. F.; FRANKEN, R. A. Fisiopatologia e diagnóstico da hipertensão arterial no idoso: papel da monitorização ambulatorial da pressão arterial e da monitorização residencial da pressão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro, v.14, n. 1, 2006.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003.

SAYD, J. D.; FIGUEIREDO, M. C.; VAENA, M. L. T. H. Automedicação na população idosa do núcleo de atenção ao idoso da UnATI-UERN. **Textos Envelhecimento**, 2000.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição Epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 9, n. 4, 2004.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de psicologia**, Campinas, v. 25, n.4, 2008.

SECOLI, Silvia Regina. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, v. 63, n. 1, 2010.

SECOLI, S. R. Medicamentos e a assistência domiciliário. Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico. **Atheneu**. São Paulo, 2002.

SILVA, A. L. Estudo de utilização de medicamentos por idosos brasileiros [Dissertação de Mestrado] Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia. **Universidade Federal de Minas Gerais**, 2009.

SILVA, C. S. O. et al. Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, 2010.

SILVA, A. L.; RIBEIRO, A. Q.; KLEIN, C. H.; ACURCIO, F. A. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, 2012.

SMELTZER, C. S.; BARE, G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, 2001.

TROMPIERI, N.; FECHINE, B. R. A. O processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**. São Paulo, v.1, 2012.

VERAS, R. P. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: Novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. **Revista USP**, São Paulo, v.51, 2001.

VERAS, R. P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medicines: rational use of medicines. **Fact sheet** n° 338, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Importance of Pharmacovigilance: safety monitoring of medicinal products. Geneva: **World Health Organization**, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE I

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____

_____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **“CARACTERÍSTICAS DA UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS PELOS IDOSOS NO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB”**.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos: o trabalho Características da utilização de medicamentos pelos idosos no município de Cuité-PB, que tem como objetivo geral descrever as características da utilização de medicamentos pelos idosos no município de Cuité-PB durante o período correspondente aos meses de janeiro, fevereiro e março de 2013.

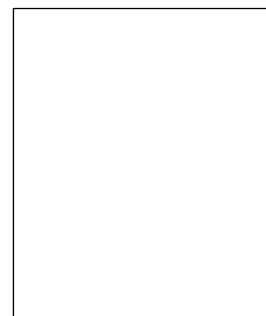
Estou ciente de que me cabe apenas responder o instrumento de coleta de dados composto por um questionário contendo questões objetivas e subjetivas, elaboradas no intuito de alcançar os objetivos propostos no estudo, ficando assegurado o menor risco e desconforto possível. Também tenho conhecimento de que posso me recusar a participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para minha pessoa. Terei a garantia do sigilo dos meus dados, sendo somente revelados com autorização expressa e de acordo com a

Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Não arcarei com qualquer despesa ou ônus financeiro neste projeto de pesquisa, sendo este estritamente voluntário. Em caso de dano de qualquer natureza, tenho assegurada a possibilidade de por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável. Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos poderei contatar a equipe científica no número 83-3372-1900 com o pesquisador responsável o professor Rand Randall Martins.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse. Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante



APÊNDICE - II

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUÇÕES: Essa pesquisa visa descrever as características da utilização de medicamentos pelos idosos no município de Cuité-PB, e para tanto, a vossa colaboração é fundamental para a realização deste estudo. A seguir, serão apresentadas questões objetivas, que devem ser respondidas por você com sinceridade. Trata-se de um questionário pessoal onde não existem respostas certas ou erradas, o interesse é sua opinião acerca deste tema. Agradecemos desde já a vossa participação.

Questionário

Nome: _____		Idade: _____	Gênero: (1) Masculino (2) Feminino						
Escolaridade: (1) Não alfabetizado; (2) Ensino Fundamental Incompleto; (3) Ensino Fundamental Completo; (4) Ensino Médio Incompleto; (5) Ensino Médio Completo; (6) Superior completo/incompleto.	1. Como utiliza o medicamento? (1) Sozinho; (2) Auxiliado por outra pessoa; (3) Não sabe informar. 2. Última consulta médica: (1) Há menos de 1 mês; (2) Entre 1 e 4 meses; (3) Há mais de 4 meses,	Quais doenças você possui ou quais sintomas tem? <table border="1" style="width: 100%; height: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							
Ocupação: (1) Empregado; (2) Autônomo; (3) Desempregado; (4) Aposentado; (5) Pensionista; (6) _____ Renda: _____	4. Você sentiu algum mal-estar relacionado ao medicamento no último mês? (1) Sim (2) Não 5. Onde adquiriu os medicamentos? (1) Município / doação (2) Comprou (3) Farmácia popular	6. Teste Morisk-Green: a) Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio? (1) Sim (2) Não b) Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio? (1) Sim (2) Não c) Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar o remédio? (1) Sim (2) Não d) Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo? (1) Sim (2) Não							

Medicamento	Genérico?	Prescrito?	Posologia	Quem indicou?	Para que serve?

