



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE
COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO**



NIEDJA MARIA COELHO ALVES

**POLIFARMÁCIA EM IDOSOS DO PROGRAMA UNIVERSIDADE ABERTA À
TERCEIRA IDADE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

**Recife
2014**

NIEDJA MARIA COELHO ALVES

**POLIFARMÁCIA EM IDOSOS DO PROGRAMA UNIVERSIDADE ABERTA À
TERCEIRA IDADE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Morbimortalidade, Atenção e Qualidade de Vida.

Orientadora: Prof^a. Doutora Albanita Gomes da Costa de Ceballos

**Recife
2014**

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Gláucia Cândida, CRB4-1662

A474p Alves, Niedja Maria Coelho.
Polifarmácia em idosos do Programa Universidade Aberta à Terceira idade da Universidade Federal de Pernambuco / Niedja Maria Coelho Alves. – Recife: O autor, 2014.
64 f.: il. ; 30 cm.

Orientadora: Albanita Gomes da Costa de Ceballos.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, 2014.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Polimedicação. 2. Idoso. 3. Uso de Medicamentos. I. Ceballos, Albanita Gomes da Costa de (Orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2014-184)

NIEDJA MARIA COELHO ALVES

**POLIFARMÁCIA EM IDOSOS DO PROGRAMA UNIVERSIDADE ABERTA À
TERCEIRA IDADE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

Dissertação aprovada em: 31/07/2014

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Albanita Gomes da Costa de Ceballos – Membro Interno – Orientadora
Programa de Pós Graduação Integrado em Saúde Coletiva - UFPE

Profa. Dra. Sandra Valongueiro Alves – Interno Titular
Programa de Pós Graduação Integrado em Saúde Coletiva - UFPE

Prof. Dr. Rogério Dubosselard Zimmermann – Membro Externo Titular
Programa de Pós Graduação em Gerontologia – UFPE

Prof. Dr. Petrônio Martelli – Membro Interno Suplente
Programa de Pós Graduação Integrado em Saúde Coletiva - UFPE

Profa. Dra. Adriana Paula A. Costa e Silva Santiago – Membro Externo Suplente
Departamento de Medicina Social - UFPE

Aos meus amores João, Lucinete e Nadja

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelos dons da vida e da farmácia.

À Nossa Senhora, por cuidar de mim.

À minha orientadora, professora Doutora Albanita Gomes da Costa de Ceballos que assumiu minha orientação e estágio de docência de forma tão receptiva, segura, competente e exemplar, pelas sugestões e confiança em mim depositada.

Aos meus pais e irmã pelo amor, incentivo e paciência tão necessários em cada etapa de minha trajetória. Com eles está o meu tesouro e conseqüentemente, o meu coração.

Aos colegas do Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva – PPGISC, pelos momentos de aprendizagem, troca, descontração e principalmente pela partilha de ideais.

Às amigas, também colegas de mestrado. Madrugadas de estudo que alvoreceram em amizades.

À Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Federal de Pernambuco (UnATI/UFPE) pela oportunidade de realizar a pesquisa que gerou este estudo.

Aos alunos da UnATI/UFPE, pela boa vontade, carinho com que concederam as entrevistas, mas principalmente pelo exemplo de juventude.

Aos professores Sandra Valongueiro Alves e Rogério Dubosselard Zimmermann pela disponibilidade em participar da minha banca de defesa.

Aos professores do PPGISC, que direta ou indiretamente participaram da minha formação como pesquisadora e docente, em especial os professores Dr. Sergio Cunha e Dra. Thália Barreto.

A José Moreira e Izabel, nossos amigos na secretaria do PPGISC, sempre prestativos e eficientes.

À família #201, Alyne Fernanda e Glêzia Renata, e aos amigos de forma geral, que tornam a vida mais divertida.

"Foi o tempo que dedicaste à tua rosa que a fez tão importante".

Antoine De Saint-Exupery
(O Pequeno Príncipe)

RESUMO

Polifarmácia é o uso de dois ou mais medicamentos para o mesmo ou vários problemas de saúde. Sua prática é considerada um tipo de uso irracional de medicamentos, podendo acarretar reações adversas e interações medicamentosas, principalmente em idosos, os mais vulneráveis a estes problemas. Descrever a polifarmácia em idosos inscritos no Programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Estudo do tipo transversal descritivo, realizado com 159 alunos matriculados no segundo semestre de 2013 na UnATI/UFPE, os quais responderam um questionário sobre utilização de medicamentos e características sociodemográficas. Em relação ao perfil sociodemográfico, a maioria dos idosos tinha de 60 a 70 anos, não possuía companheiro, morava com familiares, renda média familiar de 1,4 a 4,4 salários mínimos, segundo grau completo, religião católica, referiu-se preta ou parda, realizou até 3 consultas médicas nos últimos 12 meses, plano de saúde ou convênio, adquiria medicamentos exclusivamente em farmácias privadas, praticava atividades físicas, apoio social de moderado a alto, possuía doenças crônicas, sendo hipertensão arterial, diabetes e colesterol alto as mais citadas. Quanto ao uso de medicamentos, a maioria não praticou automedicação e a polifarmácia ocorreu em 78% dos alunos da UnATI, sendo a polifarmácia menor mais prevalente que a maior. A maioria dos idosos fez uso de dois ou mais medicamentos para problemas crônicos de saúde e, conseqüentemente estão expostos aos possíveis efeitos indesejados causados pelo uso destes medicamentos, sejam estes inerentes ao próprio produto ou relacionados às alterações fisiológicas ocorridas no organismo com o passar dos anos.

Palavras-chave: Polifarmácia. Idoso. Uso de medicamentos.

ABSTRACT

Polypharmacy is the use of two or more drugs for the same or multiple health problems. This practice is considered a kind of irrational use of drugs, which may cause adverse reactions and drug interactions, especially in the elderly, the most vulnerable to these problems. To describe polypharmacy in the elderly enrolled in the Open University of the Third Age (UnATI) of the Federal University of Pernambuco (UFPE). A descriptive cross-sectional study was conducted with 159 students enrolled in the second semester of 2013 in UnATI/ UFPE, who answered a questionnaire about drug use and sociodemographic characteristics. Regarding the sociodemographic profile, most of the individuals were 60-70 years old, had no companion, living with their families, average family income from 1.4 to 4.4 minimum wages, high school graduates, Catholic religion, referred black or brown skin color, made up 3 medical visits in the past 12 months, health plan or arrangement, acquired drugs in private pharmacies exclusively, practiced physical activities, social support moderate to high, had chronic diseases, with hypertension, diabetes and high cholesterol the most cited. Regarding the use of drugs, the majority did not practice self-medication and polypharmacy occurred in 78% of the UnATI, smallest polypharmacy was more prevalent than most. Most older people made use of two or more medications for chronic health problems and therefore are exposed to possible unwanted effects caused by these drugs, these are inherent in the product itself correlated to physiological changes in the body over the years.

Keywords: Polypharmacy. Elderly. Drug utilization.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade em Recife-PE, 2000	17
Gráfico 2 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Brasil, 2000	17
Gráfico 3 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade em Recife-PE, 2010	18
Gráfico 4 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Brasil, 2010	18
Gráfico 5 – Pirâmide etária. Brasil, 2022	19

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Alterações Farmacocinéticas e Farmacodinâmicas próprias do envelhecimento e repercussão na farmacologia clínica	21
Quadro 2 – Medicamentos mais utilizados por classe farmacológica e sua Frequência entre os idosos na população	25
Quadro 3 – Quadro de variáveis do estudo.	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição da população segundo variáveis sociodemográficas	37
Tabela 2 – Descrição da população segundo situação geral de saúde	38
Tabela 3 – Descrição da população segundo perfil de utilização de Medicamentos	39
Tabela 4 – Descrição da polifarmácia segundo variáveis sociodemográficas	40
Tabela 5 – Descrição da polifarmácia segundo a situação geral de saúde	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDZ	Benzodiazepínicos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CCS	Centro de Ciências da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IM	Interações Medicamentosas
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
PROEXT	Pró Reitoria de Extensão
PROIDOSO	Programa do Idoso
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RAM	Reação Adversa a Medicamentos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UnATI	Universidade Aberta à Terceira Idade

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1. Crescimento da população idosa.....	16
2.2. Alterações fisiológicas do envelhecimento.....	20
2.3. Consumo de medicamentos entre idosos: A Polifarmácia.....	23
3. JUSTIFICATIVA.....	28
4. OBJETIVOS.....	29
4.1. Geral.....	29
4.2. Específicos.....	29
5. MÉTODOS.....	30
5.1. Área do estudo.....	30
5.2. Desenho de estudo.....	31
5.3. Local do estudo.....	31
5.4. População do estudo.....	32
5.5. Tamanho da amostra.....	32
5.6. Critérios de inclusão.....	32
5.7. Questionário da pesquisa e coleta de dados.....	32
5.8. Variáveis do estudo.....	34
5.9. Processamento e análise dos dados.....	36
5.10. Aspectos éticos.....	36
6. RESULTADOS.....	37
7. DISCUSSÃO.....	43
8. CONCLUSÃO.....	47
REFERÊNCIAS.....	48
APÊNDICES.....	53
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	54
APÊNDICE B – Questionário da pesquisa.....	55
ANEXOS.....	61
ANEXO X – Carta de Anuência – UnATI/UFPE (Modelo CEP CCS/UFPE).....	62
ANEXO Y – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPE.....	63

1. INTRODUÇÃO

A definição de idoso de acordo com a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842, de 04 de 1994 e com o estatuto do idoso, Lei nº 10.141, de 1º de outubro de 2003, refere-se à pessoa com 60 ou mais anos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002) define idoso a partir do nível sócio econômico de cada nação, sendo em países desenvolvidos os indivíduos com 65 ou mais anos e em países em desenvolvimento aqueles que tem 60 anos ou mais.

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações do perfil demográfico tem ocorrido de forma acelerada. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (VERAS, 2009). Esta transição demográfica representa uma conquista significativa e, ao mesmo tempo um grande desafio para o sistema de saúde do país.

A maioria das doenças crônicas dos idosos tem seu principal fator de risco na própria idade (VERAS, 2009). O processo de envelhecimento é acompanhado de uma maior demanda pelos serviços de saúde e por medicamentos, o que predispõe grandemente a população geriátrica aos efeitos adversos de medicamentos, seja pela prática da polifarmácia ou polimedicação (uso simultâneo de vários medicamentos) ou da automedicação, a qual pode ser agravada nos praticantes da polifarmácia (BARROS e SÁ, BARROS; OLIVEIRA SÁ, 2007).

A vulnerabilidade dos idosos aos problemas decorrentes do uso de medicamentos é bastante alta, o que se deve a complexidade dos problemas clínicos, à necessidade de múltiplos agentes terapêuticos e às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao envelhecimento. Deste modo, racionalizar o uso de medicamentos e evitar os agravos advindos da polifarmácia serão, sem dúvida, um dos grandes desafios da saúde pública desse século (SECOLI, 2010).

Para Camargo (2013) os fatores que levam à busca por serviços de saúde podem ser entendidos como resultado da interação entre a sensação subjetiva de que algo vai mal com padrões culturais de expressão de problemas de saúde e a disponibilidade dos serviços de atenção à saúde. O que, nas sociedades industriais contemporâneas, signifique a busca por hospitais ou clínicas em busca de diagnóstico de doenças, bem como um tratamento para as mesmas. Nesta conjuntura, surge o

conceito de medicalização como o processo de transformação de problemas antes não médicos em problemas médicos sob as formas de doenças ou transtornos.

A prática da polifarmácia é um dos tipos mais comuns de uso irracional de medicamentos e está associada ao aumento do risco e da gravidade das Reações Adversas a Medicamentos (RAM), de precipitar Interações Medicamentosas (IM), de causar toxicidade cumulativa, de ocasionar erros de medicação, de reduzir a adesão ao tratamento e elevar a morbimortalidade. Assim, essa prática relaciona-se diretamente aos custos assistenciais, que incluem medicamentos e as repercussões advindas desse uso (SECOLI, 2010).

A polifarmácia pode ser conceituada como o uso simultâneo e de forma crônica de múltiplos fármacos (PATEL apud GALATO et al., 2010), não sendo um termo totalmente elucidado é possível ainda encontrar definições como a de MAHER; HANLON e HAJJAR (2014), em que a trata como o uso de múltiplas doses, chamando ainda a atenção como sendo uma preocupação crescente para adultos mais velhos. Neste estudo a polifarmácia será classificada em geral, referindo-se ao uso de mais de um medicamento, polifarmácia menor, referindo-se ao uso de 2 a 4 medicamentos e maior, ao uso de 5 ou mais medicamentos (GALATO et al., 2010).

Considerando que a múltipla medicação é um fenômeno atual e relevante, especialmente em populações idosas, este estudo tem como objetivo descrever a polifarmácia e traçar o perfil de seus usuários.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Crescimento da população idosa

Carvalho e Garcia (2003) destacam a importância na diferenciação entre os conceitos de aumento da longevidade e o processo de envelhecimento populacional para um melhor entendimento sobre o assunto. Longevidade refere-se ao número de anos vividos por um indivíduo ou ao número de anos que, em média, as pessoas de uma mesma geração viverão e o envelhecimento populacional, por sua vez, não se refere nem a indivíduos, nem a cada geração, mas, sim, à mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice, frente ao tamanho da população.

O processo de transição demográfica teve sua origem nos países desenvolvidos, onde ocorreu de forma gradual, paralelamente ao desenvolvimento social e econômico. Enquanto que no Brasil e em outros países da América Latina, tais mudanças se deram de forma acelerada em meio a uma economia frágil, marcada por níveis crescentes de pobreza, em um contexto de importantes desigualdades sociais e econômicas, agravando as dificuldades de acesso aos serviços e recursos públicos, como os de saúde (LEBRÃO, 2007).

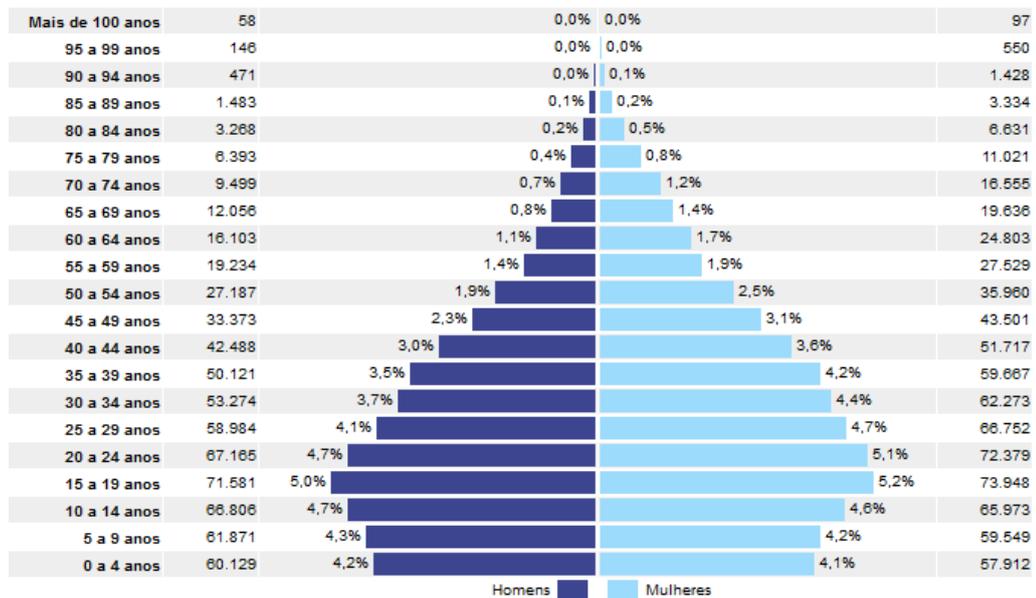
O começo do declínio sustentado de fecundidade é que inicia o processo de envelhecimento de uma população e que de forma equivocada muitos atribuem a grande proporção de idosos nos países de Primeiro Mundo à diminuição da mortalidade, quando na verdade este declínio da mortalidade teve como efeito um rejuvenescimento das populações, e não o seu envelhecimento. Na população brasileira este envelhecimento se dará a ritmo maior do que aquele ocorrido naqueles países (CARVALHO; GARCIA, 2003).

O número de idosos no Brasil em 1960 era de 3 milhões, passando para 7 milhões em 1975 e para 14 milhões em 2002 (registrando-se o aumento de 500% no período de 40 anos, com uma estimativa de 32 milhões para o ano de 2020) (LIMA-COSTA; VERAS, 2003) e de acordo com o último censo realizado em 2010, o país já contava com uma população idosa de 21 milhões de pessoas.

O Brasil, com o declínio da fecundidade e do número de nascimentos, iniciou um processo contínuo de estreitamento da base da pirâmide etária (Gráficos 2 e 4), e

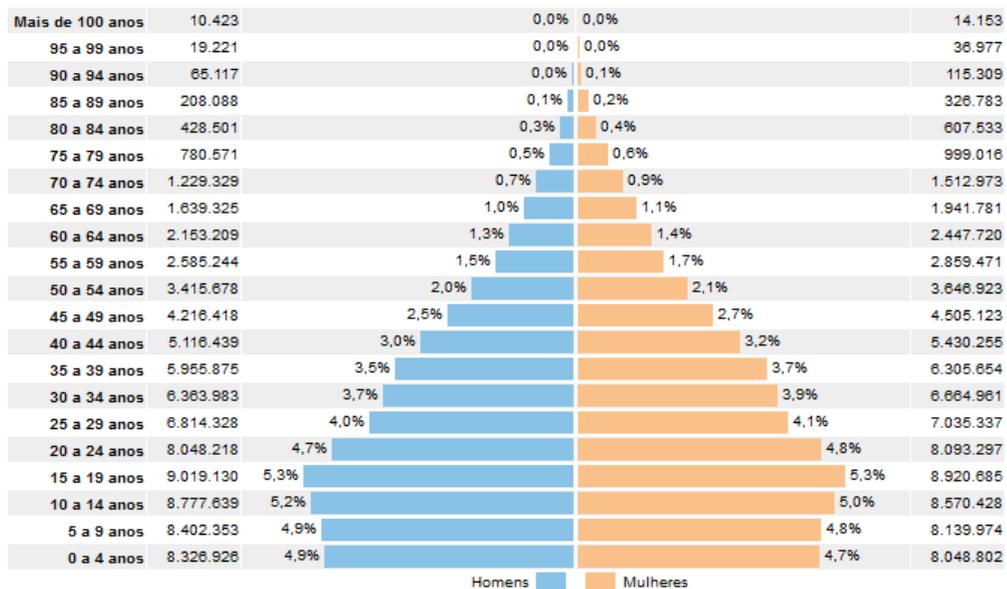
consequentemente, de envelhecimento populacional. O Município do Recife, local deste estudo, segue a mesma tendência, sendo possível observar uma relevante mudança na estrutura da sua pirâmide etária ao longo de 10 anos, ou seja, no tempo decorrido entre os dois últimos censos demográficos realizados no país (Gráficos 1 e 3).

Gráfico 1– Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade em Recife-PE, 2000.



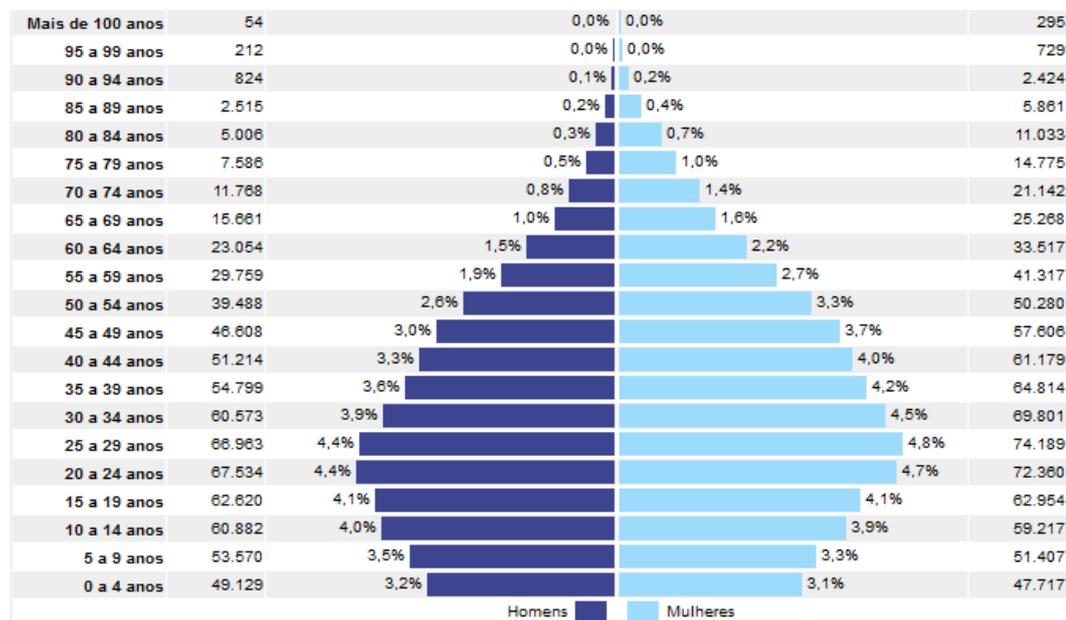
Fonte: IBGE 2010.

Gráfico 2– Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Brasil, 2000.



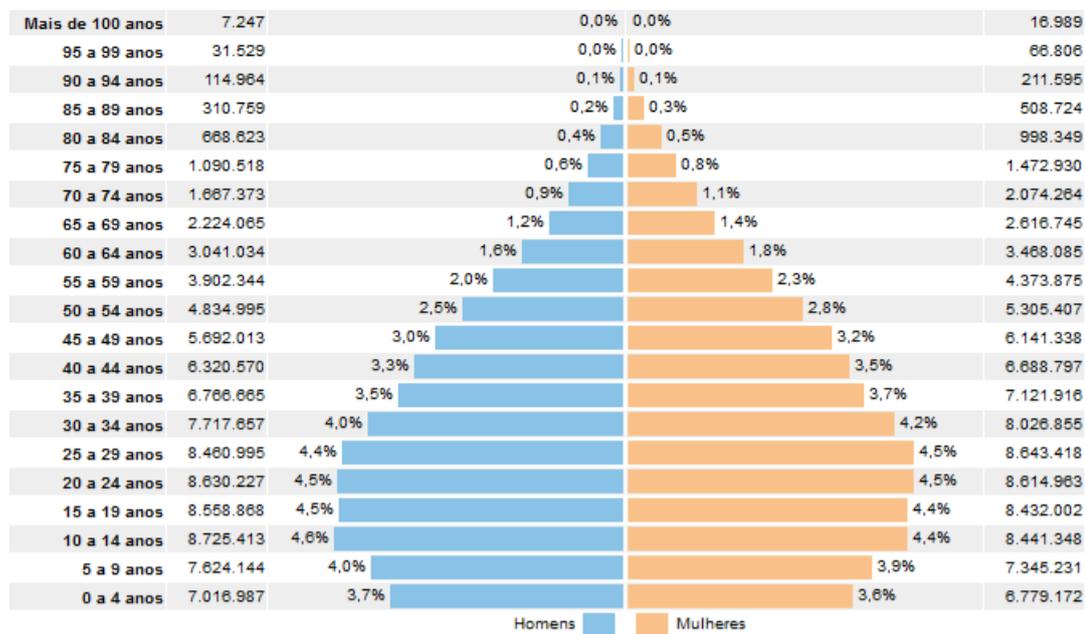
Fonte: IBGE 2010

Gráfico 3– Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade em Recife-PE, 2010.



Fonte: IBGE 2010

Gráfico 4– Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Brasil, 2010.



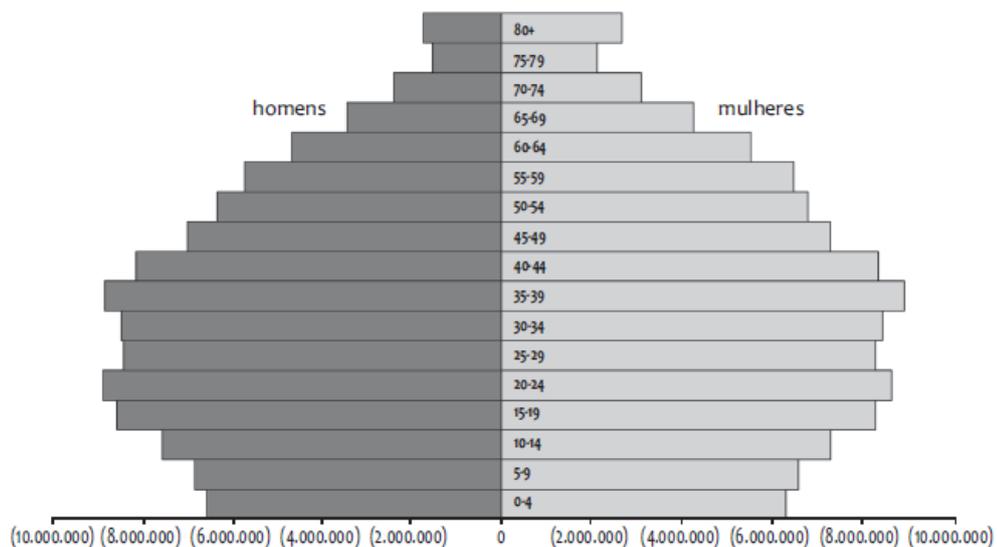
Fonte: IBGE 2010.

A velocidade do processo de transição demográfica e epidemiológica, em menos de 40 anos no Brasil, trouxe consigo repercussões para toda a sociedade, especialmente num contexto de desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições (VERAS, 2009), cabendo aos gestores, em todos os níveis, bem como aos pesquisadores dos sistemas de saúde, proverem, de acordo com suas competências específicas, os meios para a manutenção da capacidade funcional dos idosos, para a promoção de um envelhecimento com qualidade de vida, independência e autonomia, indo de acordo com as finalidades da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI (Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006).

Segundo Wong e Carvalho (2006), diante das limitações das condições do sistema de saúde pública brasileiro, o rápido processo de envelhecimento populacional aponta para a necessidade de redefinição de políticas públicas neste setor, priorizando a alocação de recursos de forma urgente, com o objetivo de prevenir ou atenuar o desamparo das gerações mais velhas.

De acordo com as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2022 o Brasil contará com uma população de aproximadamente 209,4 milhões de pessoas e a pirâmide etária não mais fará jus a esse nome, devido à continuada tendência ao envelhecimento populacional (Fundação Oswaldo Cruz, 2012), como mostra o gráfico 5.

Gráfico 5 – Pirâmide etária. Brasil, 2022



Fonte: IBGE, Projeções Populacionais 1980-2050.

2.2 Alterações fisiológicas do envelhecimento

Segundo Veras (2009) as necessidades em saúde tem distribuição segundo a idade e as diferenças consistem nos tipos de doenças e seus custos, pois enquanto os jovens são acometidos por doenças agudas e de baixo custo, as mais prevalentes entre os idosos são, quase sempre, crônicas e de alto custo.

As peculiaridades das enfermidades crônico degenerativas favorecem a prescrição e o uso de múltiplos medicamentos, acarretando nos idosos o aumento no risco de IM ou de efeitos indesejados, além de gastos desnecessários e internações hospitalares evitáveis (LYRA JR, et al., 2010).

Esse consumo elevado de medicamentos pelos idosos acarreta riscos à sua saúde, e os fatores que concorrem para isso são diversos, a exemplo das prescrições sem suporte científico apropriado (no campo dos medicamentos prescritos) e o crescimento da automedicação, favorecido pela grande quantidade de produtos farmacêuticos lançados no mercado e pela publicidade em torno destes. Num aspecto mais geral, destacam-se as modificações na farmacocinética de vários medicamentos em virtude de alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento (LOYOLA FILHO et al., 2005).

Os idosos, de acordo com a farmacocinética clínica, apresentam uma série de alterações que interferem diretamente nos processos de absorção, distribuição, metabolização e eliminação dos medicamentos e dentre esses parâmetros, talvez a distribuição e a metabolização sejam os mais afetados pelo envelhecimento do organismo, o que torna algumas categorias de medicamentos impróprias para uso nesta faixa etária, seja por falta de eficácia terapêutica ou por um risco aumentado de efeitos adversos que supera seus benefícios quando comparados com outras categorias de medicamentos. Alguns exemplos de relevantes alterações no organismo idoso que influenciam a farmacocinética dos medicamentos são a diminuição da quantidade de água corporal, o aumento do teor de gordura e a redução das funções renal e hepática (NÓBREGA; KARNIKOWSKI, 2005).

As alterações fisiológicas, inerentes ao envelhecimento, têm uma grande variabilidade interindividual e o risco-benefício de um fármaco dependerá do estado clínico geral (ZHAN, 2001 apud SANTOS; ALMEIDA, 2010). O efeito final resulta da forma como o organismo reage (farmacocinética) e de como os órgãos-alvo respondem (farmacodinâmica) (SANTOS; ALMEIDA, 2010). Estas alterações

associadas a fenômenos como a polifarmácia e a automedicação aumentam os riscos de RAM na população idosa.

O resumo destas alterações e respectivas consequências farmacológicas encontram-se no Quadro 1.

Quadro 1 – Alterações Farmacocinéticas e Farmacodinâmicas próprias do envelhecimento e repercussão na farmacologia clínica.

Processo Farmacológico	Alterações Observadas	Consequências Farmacológicas
Absorção	↓ nº de células de absorção ↑ pH gástrico ↓ motilidade do trato digestório ↓ trânsito intestinal	Absorção de fármacos não sofre alterações significativas
Distribuição	↑ massa de gordura ↓ massa hídrica ↓ albumina sérica (idosos frágeis)	↑ meia-vida(*) de fármacos lipossolúveis ↓ volume de distribuição de fármacos hidrossolúveis ↑ fração livre de fármacos ligados à albumina
Metabolismo	↓ massa hepática e fluxo sanguíneo hepático ↓ atividade do citocromo P450	↓ metabolismo de fármacos fluxo-dependente ↓ metabolismo oxidativo
Excreção	↓ massa renal total ↓ fluxo plasmático renal ↓ taxa de filtração glomerular	↓ clearance (**) dos fármacos de excreção renal
Receptores	↓ da maioria deles	Sensibilidade alterada
Homeostase	↓ de várias funções orgânicas	↑ risco de hipotensão ortostática pelo uso de anti-hipertensivos

Fonte: Extraído de GORZONI e PASSARELLI, 2006.

(*) Meia vida ($t_{1/2}$) é o tempo de demora para que a concentração plasmática, ou quantidade do fármaco, no organismo seja reduzida em 50% (BRUNTON et al., 2010) (**) Clearance (ou depuração renal) é o volume de plasma que contém a quantidade da substância que é removida pelo rim por unidade de tempo (RANG et al., 2001).

Na população idosa brasileira, os agravos decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis têm sido as principais causas de óbito, seguindo uma tendência mundial. Entre as causas específicas ocorre o inverso do que é verificado nos países ricos e no restante do mundo, onde a doença cerebrovascular ocupa o segundo lugar em mortalidade e não o primeiro como ocorre no Brasil (nos idosos e população geral). Esta discrepância é explicada pela elevada prevalência da hipertensão arterial na população brasileira e pelo não tratamento ou tratamento inadequado (BRASIL, 2006).

As doenças degenerativas e crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva em idades mais avançadas e são consideradas causa importante de incapacidade entre as pessoas mais velhas, podendo afetar a funcionalidade do idoso e comprometer de forma significativa a qualidade de vida, acarretando dificuldades cotidianas tanto para os próprios idosos quanto para suas famílias (RABELO; CARDOSO, 2007).

A hipertensão arterial se destaca em todos os subgrupos de idosos. De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003), verificaram que entre os 28.943 idosos, a hipertensão foi o agravo mais relatado (43,9%), seguida de artrite/reumatismo (37,5%), doença do coração (19,0%), diabetes (10,3%), asma/bronquite (7,8%), doença renal crônica (6,8%), câncer (1,1%) e cirrose (0,3%) e como esperado pelos autores, o relato de pelo menos uma doença crônica aumentou com a idade em ambos os sexos.

A PNAD de 2008, divulgada em 2010, mostra que as principais doenças crônicas nos 21.039 idosos entrevistados foram: Hipertensão arterial (53,3%), doença de coluna ou costas (35,1%), artrite ou reumatismo (24,2%), doença do coração (17,3%), diabetes (16,1%), outras doenças (20,9%) e 22,6% relataram não possuir doença crônica (BRASIL, 2009).

Apesar do aumento da prevalência observada das doenças crônicas em uma população envelhecida, o conceito de saúde que se defende para os idosos está ligado à sua capacidade funcional e não apenas à presença ou ausência de doenças crônicas, mesmo quando acompanhada de incapacidade associada (BARRETO et al., 2003).

A percepção de saúde também está ligada à inclusão do indivíduo no seu meio social e ambiental através do trabalho, onde os indivíduos aptos a produzir e mantendo sua autoestima são considerados saudáveis pelos pesquisadores (FLEITH et al., 2008; Síntese de indicadores sociais IBGE 2010), ideia originada entre o fim do

século XVIII e início do século XIX (fase inicial do capitalismo), época em que a socialização do indivíduo não acontece pela ideologia, mas sim pelo corpo, por meio de sua força de trabalho, e à medida que envelhece ocorre uma interferência na sua capacidade produtiva e a autopercepção da saúde passa para ruim ou regular (FOCAULT, 1992 apud FLEITH et al., 2008).

2.3 Consumo de medicamentos entre idosos: A polifarmácia

No Brasil, o consumo de especialidades farmacêuticas, principalmente entre idosos, é favorecido pela diversidade de produtos disponíveis no mercado, a publicidade que os cerca e a simbolização de saúde que o medicamento pode representar (LOYOLA FILHO, 2002 apud LYRA JR, et al., 2010).

Associado a estes fatores, a ausência de profissionais farmacêuticos, em desacordo com a Lei 5.991/73, gera estabelecimentos (públicos e privados) desassistidos, banalizando ainda mais a figura dos medicamentos, os quais passam a ser vistos como bens de consumo em detrimento a instrumentos de saúde (LEFÈVRE, 1991).

Aos inegáveis ganhos terapêuticos, advindos da terapia com produtos farmacêuticos, deve-se acrescentar a sua utilização de forma indiscriminada e irracional, seguindo uma lógica de mercado a qual visa o lucro em detrimento da segurança (MARIN et al., 2008).

O aumento do consumo de medicamentos também é um importante fato relacionado à percepção da saúde, a partir da crença de que este é a principal arma terapêutica da biomedicina moderna e toda a simbologia que remete ao autocuidado com a saúde que acaba por impulsionar as prescrições (FLEITH et al., 2008; ROZENFELD, 2003).

A polifarmácia pode ser desenvolvida a partir da contribuição de fatores como o fácil acesso aos medicamentos, baixa frequência de uso de recursos não farmacológicos para o manejo de problemas médicos, além das características de pacientes e médicos (ALMEIDA, 1999).

A população idosa chega a constituir 50% dos multiusuários de medicamentos em decorrência da terapêutica utilizada ao longo dos anos, fato resultante da maior prevalência de doenças crônicas degenerativas nessa faixa etária, a exemplo das doenças cardiovasculares, respiratórias, neoplasias, diabetes mellitus, distúrbios do

trato gastrointestinal e perturbações psicológicas, entre outras (GALATO et al., 2010).

Silva et al. (2012) observaram uma prevalência de uso de medicamentos de 83% e de polifarmácia em 35,4%. Segundo alguns autores (quadro 2), as classes de medicamentos mais utilizadas pelos idosos são os analgésicos, os anti-hipertensivos, os benzodiazepínicos (ansiolíticos) e os antidepressivos e o consumo médio por idoso encontra-se entre 2,5 e 4,6 tipos diferentes de especialidades farmacêuticas.

Para Bortolon et al. (2008), apesar do papel central que o medicamento ocupa na busca pela recuperação da saúde, e de ser elemento essencial nas práticas profissionais, sua disponibilidade deve ser considerada pelos profissionais de saúde como ferramenta adicional às medidas de caráter preventivo e de promoção da saúde da população, sobretudo para idosos. Rozenfeld (2003) destaca que, principalmente neste grupo etário, os medicamentos são indicados sem haver clara correspondência entre a doença e a ação farmacológica, além de serem equivocadamente empregados como sucedâneos das mudanças para um estilo de vida mais saudável.

As características assumidas pela evolução científica e tecnológica nas últimas décadas impõem a necessidade de voltar-se a atenção para a verdadeira “patologização” de condições fisiológicas ou até certo ponto “naturais” ou, ainda, situações que podem ter fatores determinantes pouco claros, de ordem psicológica ou mesmo natural do processo de envelhecimento (BARROS, 2008).

Quadro 2– Medicamentos mais utilizados por classe farmacológica e sua frequência entre os idosos na população

Autor, ano	Ano de coleta	Desenho de estudo	Local de estudo	Idade	Sexo	Nº de pessoas	População alvo	Amostra	Prevalência por classe, subgrupos ou medicamentos	Consumo médio medic por idoso
Gorzoni, 2012	2000-2004	Análise de prontuário Estudo Retrospectivo	São Paulo-São Paulo	Idade média 78,4±7,9M 75,0±7,1F	AMBOS 36% M 64% F	100	Pacientes da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Pacientes atendidos em primeira consulta em ambulatório de Geriatria	BZD 25% Vitaminas 23% Tiazídicos 23% Antidepress.21% Betabloq. 19% Salicilatos 17% Vastatinas 13% Cinarizina/flunarizina 12% Gingkobiloba 11% Cálcio 11%	3,9±2,5
Fleith, 2008	2005	Corte Transversal (CT)	Lorena-São Paulo	Adultos maiores de 16 anos e idosos	16 A 59 anos 68,5% Masculino(M) 78,1% Feminino (F) ≥ 60 31,5% M 21,9% F	766 sujeitos, sendo 193 idosos	Usuários da clínica médica das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dos Programas de Saúde da Família (PSF)	População amostral de adultos e idosos que procuraram por atendimento na clínica médica no período útil de uma semana	No mês anterior: Antihipert. 35,1% Diuréticos 19,7% Hipoglicemiantes e insulina 6,1% Doenças do SNC 3,7% Cardiovasculares 2,6%	Informação ausente no artigo
Barros e Sá, 2007	2004	CT	Salgueiro-Pernambuco	≥ 60	AMBOS 30,2% M 69,8% F	355	Universo de 4.343 idosos do município	Amostra aleatória simples	automedicação: Analgésico30% Antipirético29% AI 7,4% Vitaminas7,4% Antiespasm3,7% Antiácidos 2,9% Antigripais 2,4% Antihipert. 1,8% Antibióticos1,6% Broncodilat.1,3% Ansiolíticos 1,1% Antidiabético 1%	Informação ausente no artigo

Quadro 2– Medicamentos mais utilizados por classe farmacológica e sua frequência entre os idosos na população.

Autor, ano	Ano de coleta	Desenho de estudo	Local de estudo	Idade	Sexo	Nº de pessoas	População alvo	Amostra	Prevalência por classe, subgrupos ou medicamentos	Consumo médio medic por idoso
Galato, 2010	2007	CT	Tubarão-Santa Catarina	≥ 60	AMBOS 31,7%M 68,3% F	104	Cadastrados em 5 Programas Saúde da Família (PSF)	Seleção por conveniência	Sist. cardio 48,1% SNC16,9% Trato alimentar e metabolismo 14,7% Sangue e órgãos formação de sangue 9,2% Sist. ME 3,5% Sist. Resp. 3% Sist. alimentar 2,4% Sist. GU e hormônios sexuais 1,4% Órgãos sens. 0,8%	3,5
Marin, 2008	Informação ausente no artigo	CT	Cidade do interior paulista	≥ 60	AMBOS 38,2%M 68,3% F	301	Universo de idosos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família(USF)	Cadastro dos agentes comunitários de saúde (ACS)	Captopril 23% HCTZ 21% AAS 16% Nifedipina 11% BDZ 8% Fluoxetina 5,3% Amitriptilina 4%	2,9
Ribeiro, 2008	2003	CT	Brasil e municípios de Belo Horizonte-Minas Gerais e Rio de Janeiro-Rio de Janeiro	≥ 60	AMBOS 36,3%M 63,7% F	667	Aposent. E pensionista do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS)	Amostra aleatória simples	Sistcardio 28,4% Sist. nerv. 21,5% Trato alimentar e metabolismo 18,4%	3,3±2,6 M 4,6±3,2 F

Legenda do quadro 2:

AAS- Ácido Acetil Salicílico SNC – Sistema Nervoso Central

AI - antiinflamatório

Antidepress.- antidepressivos

antiespasm.- antiespasmódicos

Antihipert.- anti-hipertensivos

betabloq.- betabloqueadores

broncodilat.-broncodilatadores

BZD- benzodiazepínicos

Doenças do SNC – Doenças no Sistema Nervoso Central

HCTZ- hidroclorotiazida

Sist. cardio- Sistema cardiovascular

Sist. GU- Sistema geniturinário

Sist. ME- Sistema musculoesquelético

Sist. nerv.- Sistema nervoso

Sist. Resp.- Sistema respiratório

SNC – Sistema Nervoso Central

Órgãos sens. – Órgãos sensoriais

3. JUSTIFICATIVA

As transições demográfica e epidemiológica constituíram uma população de indivíduos idosos que convivem com problemas de longa duração, utilizam frequentemente os serviços de saúde e são os maiores consumidores de medicamentos, bem como os mais expostos aos seus efeitos adversos ou indesejados.

Este padrão de uso ou consumo destes produtos, decorrente de fatores de ordem cultural, econômica e social, e aos problemas de saúde característicos nesta faixa etária, despertaram o interesse em desenvolver este estudo, tendo em vista a necessidade de conscientização de toda a sociedade para os riscos advindos do uso abusivo dos medicamentos, que pode e deve ser combatido a partir do estímulo de práticas que levem ao seu uso racional, garantindo a obtenção de sucesso terapêutico desejado, melhoria na qualidade de vida de indivíduos e adição de qualidade aos anos ganhos.

4. OBJETIVOS

4.1 Geral

Descrever a polifarmácia em idosos inscritos no Programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

4.2 Específicos

- Conhecer o perfil de idosos quanto aos aspectos sociodemográficos, de saúde geral e de utilização de medicamentos.
- Descrever os medicamentos mais utilizados entre os idosos inscritos na UnATI/UFPE.
- Classificar a polifarmácia quanto às suas características.

5. MÉTODOS

5.1 Área do estudo

O Município do Recife possui extensão territorial de 218,5 km² de área total limitando-se ao norte com os Municípios de Olinda e Paulista, ao sul com o Município de Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe, e a leste com o Oceano Atlântico (Prefeitura do Recife – Plano Municipal de Saúde 2010/2013).

Na ocasião Censo demográfico, realizado pelo IBGE no ano de 2010, a capital do Estado de Pernambuco contava com uma população de 1.537.704 habitantes, sendo 181.724 pessoas com 60 ou mais anos de idade, ou seja, 11,81% de sua população (No ano de 2013 o quantitativo da população local foi estimado em 1.599.513 habitantes). Com uma densidade demográfica igual a 7.037,61Hab/Km² e com 100% da população residente em área urbana.

O Censo de 2010 também apontou um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,772 para Recife, deixando-o em 210^o colocação em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 209 (3,76%) estão em situação melhor e 5.356 (96,24%) estão em situação igual ou pior. Em relação aos 185 outros municípios de Pernambuco, Recife ocupa a 2^a posição com 0,772. Em 1^o lugar está Fernando de Noronha com 0,788 (Prefeitura do Recife, 2014). O IDH do Estado de Pernambuco é 0,673 e o do Brasil é 0,727.

De acordo com o Índice ou Coeficiente de Gini, que mensura desigualdade social, considerando que o número 0 corresponde a uma completa igualdade de renda e o número 1 a uma completa desigualdade, Recife, Pernambuco e Brasil possuem respectivamente os valores de 0,68; 0,62 e 0,60 (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD 2010).

5.2 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de Corte Transversal ou de Prevalência na população de pessoas idosas com 60 anos e mais, não institucionalizadas, capazes de se comunicar oralmente e participantes das atividades ofertadas pela UnATI/UFPE em Recife, Brasil.

No estudo transversal não é possível saber se a exposição antecede ou é consequência da doença. É adequado para identificar pessoas e características passíveis de intervenção (grupos vulneráveis) e na geração de hipóteses etiológicas (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2007). As grandes vantagens deste tipo de estudo sobre os demais são a capacidade de inferência dos resultados observados para uma população definida no tempo e no espaço (KLEIN; BLOCH, 2009). O baixo custo, o alto potencial descritivo e simplicidade analítica (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

5.3 Local do estudo

A UnATI foi implantada na UFPE em agosto de 1996, sendo regulamentada e subordinada ao Programa do Idoso (PROIDOSO) por Portaria Normativa nº 01 de 17/01/2002-BO/UFPE. Participam da UnATI/UFPE, pessoas com idade equivalente ou superior a 60 anos, consideradas idosas, de acordo com a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994 Art. 2º; Folder Universidade Aberta à Terceira Idade).

Esta representa um espaço de convivência em grupo, com estímulo à participação ativa da pessoa idosa, valorizando suas potencialidades e talentos, objetivando a promoção e o incentivo de ações para melhoria da sua qualidade de vida, promovendo atividades de atualização de conhecimentos e integração no contexto da sociedade contemporânea. Além disso, mobiliza docentes, técnicos, voluntários externos à Instituição e alunos de pós-graduação e graduação para a realização de cursos e outras atividades dirigidas ao segmento idoso (página eletrônica da Pró-Reitoria de Extensão PROEXT/UFPE).

O programa visa contribuir para a melhoria dos níveis de saúde físico-mental e social das pessoas idosas, utilizando as possibilidades existentes na instituição universitária, e hoje é reconhecida nacional e internacionalmente estabelecendo

parcerias e convênios com diversas instituições bem como parcerias com empresas privadas da área de saúde (UnATI – UERJ)

5.4 População do estudo

Pessoas com 60 ou mais anos de idade, matriculadas nos cursos ofertados pela UnATI/UFPE no segundo semestre de 2013.

5.5 Tamanho da amostra

Um total de 783 idosos efetuaram suas inscrições na ocasião da matrícula em 31 de julho de 2013. Após um mês de aulas, a organização da UnATI verificou frequência de 752 entre os matriculados.

Foi feito o cálculo do tamanho da amostra utilizando o módulo StatCalc do *Epiinfo*® versão 7.0 para estudo de corte seccional e os parâmetros de poder do estudo 80%, Intervalo de Confiança de 95% e frequência do desfecho 51,9% segundo GALATO et al (2010). Obteve-se o resultado de amostra mínima de 125 sujeitos. Para minimizar o efeito de perdas potenciais foi acrescentado 20% finalizando a amostra em 150 idosos.

5.6 Critérios de inclusão

Para a participação no estudo, foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

- Ter idade igual ou superior a 60 anos;
- Estar matriculado em curso ofertado pela UnATI/UFPE para o segundo semestre de 2013;
- Tornar-se voluntário após ser devidamente esclarecido pelo entrevistador e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A)

5.7 Questionário da pesquisa e coleta de dados

O questionário foi elaborado pela equipe da pesquisa (composta por alunos

voluntários graduandos do curso de Farmácia da UFPE, sem vínculos com a UnATI/UFPE) com três blocos de questões:

- a) referente ao perfil sócio demográfico com questões sobre idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, renda familiar, número de residentes no domicílio;
- b) sobre a medicação utilizada: nome, indicação, se possui prescrição e tempo de utilização;
- c) sobre apoio social.

Após a autorização da UnATI (ANEXO X) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPE, entrevistadores foram recrutados e treinados para a aplicação do mesmo, seguindo as etapas:

1. discussão em grupo sobre o questionário: sua linguagem, tamanho e tempo de aplicação, uma vez que, o mesmo seria utilizado para entrevistar pessoas idosas;
2. aplicação do questionário em uma amostra por conveniência fora da população de estudo para identificar possíveis dificuldades de interpretação das questões, bem como o treinamento dos entrevistadores;
3. nova revisão do questionário;
4. aplicação do questionário em uma amostra piloto por conveniência em indivíduos elegíveis ao estudo;

A pesquisa foi realizada na UnATI da UFPE entre os meses de setembro e dezembro de 2013 a alunos matriculados nos cursos ofertados na grade daquele semestre. As entrevistas aconteceram antes e após a realização das aulas sediadas na UnATI (sede), NAI (Núcleo de Apoio ao Idoso/UFPE), CECINE (Coordenadoria do Ensino de Ciências no Nordeste), Centro de Educação/UFPE, Núcleo de Educação Física, Centro Cultural Benfica e Centro de Artes/UFPE. A definição das turmas se deu por sorteio e uma vez selecionada a turma, todos os idosos eram convidados a participar do estudo. Antes da coleta de dados, os pesquisadores visitaram as turmas sorteadas alertando sobre a pesquisa e solicitando que os idosos preparassem uma lista com os medicamentos de uso contínuo ou esporádico.

Os pesquisadores seguiram as seguintes etapas para a aplicação do instrumento de coleta de dados:

- Apresentação do pesquisador;

- Explicação dos objetivos do estudo;
- Apresentação, entrega e recolhimento do TCLE;
- Aplicação do questionário estruturado (APÊNDICE B). Os pesquisadores leram as perguntas e as opções de resposta.

5.8 Variáveis do estudo

Quadro 3: Quadro de variáveis do estudo

Variáveis	Definição	Tipo / Instrumento	Análise
Polifarmácia Geral	Utilização de múltiplos (2 ou mais) medicamentos para um ou vários problemas de saúde.	Dicotômica	0 = Não 1 = Sim
Polifarmácia Menor	Utilização de 2 a 4 medicamentos.	Dicotômica	0 = Não 1 = Sim
Polifarmácia Maior	Utilização de 5 ou mais medicamentos.	Dicotômica	0 = Não 1 = Sim
Sexo	Sexo autorreferido pelo pesquisado.	Dicotômica	0 = Masculino 1 = Feminino
Idade	Tempo de vida em anos.	Categórica	0 = 60 a 70 1 = 71 ou mais
Situação conjugal	Autorreferida pelo entrevistado.	Categórica	6 = Com companheiro 7 = Sem companheiro
Com quem mora	Pessoas com as quais convive dentro de uma casa.	Categórica	0 = Com família 5 = Com outros 9 = Sozinho
Renda média declarada do domicílio	Soma total dos salários de todos os membros de uma família, em reais.	Categórica	3 = 600 a 1.000 2 = 1.001 a 3.000 1 = 3.001 a 5.000 0 = 5.001 a 20.000
Número de pessoas dependentes da renda	Pessoas que dependem do somatório das rendas dos indivíduos da casa.	Categórica	0 = 1 ou 2 1 = Mais de 2
Escolaridade	Tempo de frequência ou de permanência do indivíduo na escola em anos.	Categórica	10 = Até 1º grau 9 = 2º grau 8 = Superior
Raça/Cor	Autorreferida pelo entrevistado.	Categórica	5 = Preta ou parda 6 = Branca ou outras

Variáveis	Definição	Tipo / Instrumento	Análise
Religião que pratica ou frequenta	Autorreferida pelo entrevistado.	Categórica	0 = Católica 2 = Espírita 1 = Protestante 4 = Outra
Frequência em que vai à cerimônia/ reunião religiosa	Número de vezes que participa na semana	Categórica	7 = 3 ou mais 8 = 1 ou 2 vezes 9 = Não frequenta
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses	Número de vezes que realizou consulta com profissional médico nos últimos 12 meses.	Categórica	0 = Nenhuma 1 = 1 a 3 2 = 4 ou mais
Número de vezes que procurou serviços de saúde nos últimos 12 meses	Número de vezes que buscou serviços de saúde como PSF, UPA e Hospitais.	Categórica	0 = Não procurou 1 = 1 a 3 vezes 2 = 4 ou mais
Serviços de saúde que utiliza	Natureza do serviço de saúde procurado, se público ou privado.	Categórica	0 = SUS 1 = Convênio/Plano de saúde 2 = SUS e convênio/plano de saúde
Onde adquire medicamentos	Natureza do estabelecimento farmacêutico procurado, se público ou privado.	Categórica	0 = Farmácias exclusivas do SUS 1 = Farmácias do SUS e privadas 2 = Farmácias exclusivas da rede privada
Uso de bebida alcoólica	Repetição do ato de ingerir líquido que contenha álcool etílico.	Dicotômica	0 = Não 1 = Sim
Fumante	Repetição do ato de tragar/inspirar a fumaça do cigarro, charuto e/ou cachimbo.	Dicotômica	0 = Não 1 = Sim
Frequência da prática de atividades físicas	Número de vezes que pratica atividades físicas na semana.	Categórica	0 = 4 a 7 vezes 1 = 1 a 3 vezes 9 = Não pratica
Doenças crônicas	Presença de doenças crônicas diagnosticadas por profissional médico.	Dicotômica	0 = Não 1 = Sim
Prática da Automedicação	Ato de tomar medicamentos por conta própria ou por indicação de pessoas não profissionais.	Dicotômica	0 = Não 1 = Sim
Apoio Social	Informação que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado, e que faz parte de uma rede social com compromissos mútuos.	Dicotômica Medical Outcome Study Questions – Social Support Survey	0 = Moderado ou alto 1 = Baixo

5.9 Processamento e análise dos dados

Os dados foram processados a partir de digitação no programa *Epiinfo*® versão 7.0, e uma vez pronto o banco de dados, seguiu-se as etapas: frequência das variáveis coletadas; recodificação de variáveis contínuas em categóricas; distribuição das variáveis de polifarmácia (geral, menor e maior), análise bivariada das variáveis segundo a polifarmácia.

5.10 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE e aprovado sob o parecer de número 296.736/2013 (Anexo Y). Foi assegurada a confidencialidade dos dados fornecidos para a presente pesquisa. A equipe se comprometeu a utilizar as informações dadas exclusivamente para atender aos objetivos estabelecidos no presente estudo.

Os entrevistados assinaram o TCLE, seguindo as recomendações da Resolução 466/2012, a qual revogou a 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Também em consonância com a Resolução nº 466/2012, segundo a qual toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variados, buscou-se evitar danos (riscos ou desconfortos) previsíveis, no momento da elaboração do instrumento de pesquisa (questionário), bem como durante a entrevista, a qual foi aplicada por equipe treinada, no sentido de prevenir qualquer espécie de constrangimento aos sujeitos da pesquisa.

6. RESULTADOS

A descrição da população segundo dados sociodemográficos é apresentada na Tabela 1. Estar na faixa etária de 60 a 70 anos (62,9%) e ser do sexo feminino (95,6%) predominou entre os alunos pesquisados, bem como o fato de não possuir companheiro (71,7%) e morar com pessoas da família (61,8%). Em relação à renda média declarada dos domicílios, os valores estiveram situados entre R\$ 1.001,00 e R\$ 3.000,00 (47,9%), ou seja 1,4 a 4,4 salários mínimos de R\$ 678,00, valor vigente em 2013, sendo que 1 a 2 pessoas dependiam desta quantia (64,8%). A maioria dos indivíduos pesquisados também relatou ter o 2º grau completo (39,6%), ser preto ou pardo (52,8%), católico (66,7%) e participar da cerimônia ou reunião de sua religião com a frequência semanal de 1 ou 2 vezes (64,8%).

Tabela 1: Descrição da população segundo variáveis sociodemográficas

Variável	N= 159	%
Idade		
60 a 70 anos	100	62,9
71 ou mais anos	59	37,1
Sexo		
Masculino	7	4,4
Feminino	152	95,6
Situação conjugal		
Com companheiro	45	28,3
Sem companheiro	114	71,7
Com quem mora		
Com família	98	61,6
Com outros	16	10,1
Sozinho	45	28,3
Renda média declarada do domicílio		
600,00 a 1.000,00	37	25,3
1.001,00 a 3.000,00	70	47,9
3.001,00 a 5.000,00	25	17,1
5.001,00 a 20.000,00	14	9,6
Número de pessoas dependentes da renda		
1 ou duas	103	64,8
Mais de duas	56	35,2
Escolaridade		
Até 1º grau completo	42	26,4
Até 2º grau completo	63	39,6
Até Superior completo	54	34,0
Raça/Cor		
Preta ou parda	84	52,8
Branca ou outras	75	47,2
Religião que pratica ou frequenta		
Católica	106	66,7
Protestante	24	15,1
Espírita	18	11,3
Outra	2	1,3

Tabela 1: Descrição da população segundo variáveis sociodemográficas

Variável	N= 159	%
Frequência em que vai à cerimônia/reunião religiosa		
3 ou mais vezes	29	18,2
1 ou 2 vezes	103	64,8
Não frequenta	27	17,0

A Tabela 2 descreve a situação geral de saúde da população estudada, onde é possível observar que nos últimos 12 meses a maioria (57,9%) realizou de 1 a 3 consultas médicas e não procurou serviços de saúde do tipo emergenciais (44,7%). Os pesquisados possuíam convênio ou plano de saúde como modalidade de acesso aos serviços de saúde (54,7%), adquiriram seus medicamentos apenas em farmácias privadas (49,1%), não utilizavam bebida alcoólica (86,2%), não fumavam (98,1%), praticavam atividades físicas (73,6%) com frequência de 1 a 3 vezes por semana (40,3%). Quanto ao Apoio Social percebido, o moderado ou alto prevaleceu (86,8%). As doenças crônicas mostraram-se presentes na maior parte da amostra (85,5%), e as de maior prevalência foram a Hipertensão arterial (70,6%), o Diabetes mellitus (27,9%), a hipercolesterolemia (27,7%) e a Artrose (12,5%).

Tabela 2: Descrição da população segundo situação geral de saúde

Variável	N=159	%
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses (somente ambulatório)		
Nenhuma	6	3,8
1 a 3	92	57,9
4 ou mais	61	38,4
Número de vezes que procurou serviços de saúde nos últimos 12 meses (Ex: emergências)		
Não procurou	71	44,7
1 a 3 vezes	68	42,8
4 ou mais vezes	20	12,6
Serviços de saúde que utiliza		
SUS	47	29,6
Convênio/Plano de saúde	87	54,7
SUS e Convênio/Plano	25	15,7
Onde adquire medicamentos		
Farmácias exclusivas do SUS	17	10,3
Farmácias do SUS e privadas	64	40,3
Farmácias exclusivas da rede privada	78	49,1
Uso de bebida alcoólica		
Sim	22	13,8
Não	137	86,2
Fumante		
Sim	3	1,9
Não	156	98,1

Tabela 2: Descrição da população segundo situação geral de saúde

Variável	N=159	%
Frequência da prática de atividades físicas na semana		
4 a 7 vezes	53	33,3
1 a 3 vezes	64	40,3
Não pratica	42	26,4
Apoio Social		
Baixo	21	13,2
Moderado ou alto	138	86,8
Doença Crônica		
Sim	136	85,5
Não	23	14,5
Doenças crônicas mais prevalentes		
Hipertensão arterial	96	70,6
Diabetes	38	27,9
Hipercolesterolemia	35	25,7
Artrose	17	12,5

Na Tabela 3, estão demonstrados os resultados referentes ao uso dos medicamentos pelos alunos da UnATI, quais sejam: A maior parte da amostra não referiu tomar medicamentos por conta própria (84,3%), utilizou dois ou mais medicamentos para um ou vários problemas de saúde (78,0%), sendo que destes 62,3% utilizou de 2 a 4 produtos e 15,7%, 5 ou mais. Os principais medicamentos para doenças crônicas foram a Sinvastatina (17,6%), a Losartana potássica (16,9%), os ansiolíticos da classe dos benzodiazepínicos (BDZ) (9,4%), antidepressivos (6,9%) e o Atenolol (5,7%).

Tabela 3: Descrição da população segundo perfil de utilização de medicamentos

Variável	N=159	%
Automedicação		
Sim	25	15,7
Não	134	84,3
Polimedicação Geral		
Sim	124	78,0
Não	35	22,0
Polimedicação menor		
Sim	99	62,3
Não	60	37,7
Polimedicação maior		
Sim	25	15,7
Não	134	84,3
Principais medicamentos de uso crônico		
Sinvastatina	28	17,6
Losartana Potássica	27	16,9
Atenolol	9	5,7
Ansiolíticos (BDZ)	15	9,4

A Tabela 4 apresenta a prática da polifarmácia de acordo com as variáveis sociodemográficas, onde a faixa de idade de 60 a 70 anos foi a que mais se polimedidou (80%), principalmente com a quantidade de 2 a 4 medicamentos (79,0%), também se polimedificaram mais os idosos com companheiro (80%), os que moram na companhia da família (78,6%), os com renda domiciliar declarada variando de R\$ 1.001,00 a R\$ 3.000,00 (81,4%), os de cuja renda média dependiam ao menos mais uma pessoa (78,6%), os que concluíram o 2º grau (81%), os que se declararam pretos ou pardos (78,6%), os de religião espírita (83,3%) e os que frequentam sua igreja ou reunião religiosa de 1 a 3 vezes por semana (82,5%).

Tabela 4: Descrição da polifarmácia segundo variáveis sociodemográficas

Variável	Polimedicação							
	Sem polimedicação		Geral		Menor		Maior	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Idade								
60 a 70	20	20,0	80	80,0	63	79,0	17	21,0
71 ou mais	15	25,4	44	74,6	36	81,8	8	18,2
Sexo								
Masculino	2	28,6	5	71,4	3	60,0	2	40,0
Feminino	33	21,7	119	78,3	96	80,7	23	19,3
Situação Conjugal								
Com companheiro	9	20,0	36	80,0	27	75,0	9	25,0
Sem companheiro	26	22,8	88	77,2	72	81,8	16	18,2
Com quem mora								
Com família	21	21,4	77	78,6	58	75,3	19	24,7
Com outros	4	25,0	12	75,0	10	83,3	2	16,7
Sozinho	10	22,2	35	77,8	31	88,6	4	11,4
Renda média declarada do domicílio (R\$)								
600-1.000	11	29,7	26	70,3	19	73,0	7	27,0
1.001-3000	13	18,6	57	81,4	45	79,0	12	21,0
3001-5000	6	24,0	19	76,0	17	89,5	2	10,5
5001-20000	3	21,4	11	78,6	9	81,8	2	18,2
Nº de dependentes da renda								
1 ou duas	22	21,4	81	78,6	66	81,5	15	18,5
Mais de duas	13	23,2	43	76,8	33	76,7	10	23,3
Escolaridade								
Até 1º grau completo	12	28,6	30	71,4	23	76,7	7	23,3
Até 2º grau completo	12	19,0	51	81,0	41	80,4	10	19,6
Até Superior completo	11	20,4	43	79,6	35	81,4	8	18,6

Tabela 4: Descrição da polifarmácia segundo variáveis sociodemográficas (cont.)

Variável	Polimedicação							
	Sem polimedicação		Geral		Menor		Maior	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Raça/Cor								
Preta ou parda	18	21,4	66	78,6	51	77,3	15	22,7
Branca ou outras	17	22,7	58	77,3	48	82,8	10	17,2
Religião que pratica ou frequenta								
Católica	25	23,6	81	76,4	66	81,5	15	18,5
Protestante	5	20,8	19	79,2	15	79,0	4	21,0
Espírita	3	16,7	15	83,3	12	80,0	3	20,0
Outra	1	50,0	1	50,0	0	-	1	100,0
Frequência semanal religião								
3 ou mais vezes	10	34,5	19	65,5	14	73,7	5	26,3
1 ou 2 vezes	18	17,5	85	82,5	70	82,4	15	17,6
Não frequenta	7	25,9	20	74,1	15	75,0	5	25,0

A Tabela 5 traz a descrição da polifarmácia em relação à situação geral de saúde, possibilitando observar que a sua prática ocorreu de forma mais acentuada entre os que se consultaram 4 ou mais vezes nos últimos 12 meses (88,5%), procuraram serviços de saúde 4 ou mais vezes nos últimos 12 meses (90,0%), utilizaram convênio ou planos de saúde (83,9%), adquiriram seus medicamentos tanto em farmácias públicas quanto privadas (87,5%), declararam não ingerir álcool (79,6%), não fumar (78,8%), não praticar atividades físicas (83,3%) e possuir Apoio social de moderado a alto (78,3%).

Tabela 5: Descrição da polifarmácia segundo a situação geral de saúde

Variável	Sem Polimedicação		Com Polimedicação					
	N	%	Geral		Menor		Maior	
N			%	N	%	N	%	N
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses (somente ambulatório)								
Nenhuma	4	66,7	2	33,3	2	100,0	0	-
1 a 3	24	26,1	68	73,9	56	82,4	12	17,6
4 ou mais	7	11,5	54	88,5	41	76,0	13	24,0
Número de vezes que procurou serviços de saúde nos últimos 12 meses (Ex.: emergências)								
Não procurou	19	26,8	52	73,2	42	80,8	10	19,2
1 a 3 vezes	14	20,6	54	79,4	46	85,2	8	14,8
4 ou mais vezes	2	10,0	18	90,0	11	61,1	7	38,9
Serviços de saúde que utiliza								
SUS	12	25,5	35	74,5	25	71,4	10	28,6
Convênio	4	16,1	73	83,9	61	83,6	12	16,4
SUS e convênio	9	36,0	16	64,0	13	81,2	3	18,8
Onde adquire medicamentos								
Farmácias exclusivas do SUS	7	41,2	10	58,8	7	70,0	3	30,0
Farmácias do SUS e privadas	8	12,5	56	87,5	41	73,2	15	26,8
Farmácias exclusivas da rede privada	20	25,6	58	74,4	51	88,0	7	12,0
Uso de bebida alcoólica								
Sim	7	31,8	15	68,2	12	80,0	3	20,0
Não	28	20,4	109	79,6	87	79,8	22	20,2
Fumante								
Sim	2	66,7	1	33,3	0	-	1	100,0
Não	33	21,2	123	78,8	99	80,5	24	19,5
Frequência da prática de atividades físicas na semana								
4 a 7 vezes	12	22,6	41	77,4	33	80,5	8	19,5
1 a 3 vezes	16	25,0	48	75,0	38	79,2	10	20,8
Não pratica	7	16,7	35	83,3	28	80,0	7	20,0
Apoio Social								
Moderado ou alto	30	21,7	108	78,3	87	80,5	21	19,4
Baixo	5	23,8	16	76,2	12	75,0	4	25,0
Doenças crônicas								
Não	17	73,9	6	26,1	6	100,0	0	-
Sim	18	13,2	118	86,8	93	78,8	25	21,2

7. DISCUSSÃO

Em relação aos resultados obtidos no presente estudo, a análise dos dados sociodemográficos demonstrou que a maioria dos idosos participantes do Programa UnATI/UFPE era do sexo feminino e estava na faixa etária compreendida entre 60 e 70 anos, resultados também verificados por Lima-Barreto et al (2003) em sua pesquisa sobre o perfil sociodemográfico de mulheres idosas, também no contexto da UnATI/UFPE e por Pizzol et al (2012) que estudou o uso de medicamentos entre idosos de áreas urbanas e rurais no Sul do Brasil.

Os idosos sem companheiro foram maioria na amostra desta pesquisa (71,7%), resultado semelhante ao encontrado no estudo de Pizzol et al (2012), com 71,8%, é possível que isso ocorra porque em geral os homens falecem antes que suas esposas e as mulheres viúvas são as que mais procuram atividades como as ofertadas pela UnATI/UFPE.

No ano de 2003, Lima-Barreto et al verificaram que 17,53 % de mulheres idosas participantes da UnATI/UFPE moravam sós e possuíam renda entre 7 e 10 salários mínimos, ao passo que, no presente estudo foi possível observar um relevante aumento para 28,3% de idosos vivendo sem a companhia de familiares ou outros e uma renda familiar média relatada compreendida entre R\$ 1.001,00 e R\$ 3.000,00, equivalentes a 1,4 e 4,4 salários mínimos de R\$ 678,00, respectivamente. É possível que muitos idosos tenham relatado apenas as rendas referentes à aposentadorias e/ou pensões, não incluindo outras possíveis fontes a exemplo de ajuda de filhos, aluguéis e atividades comerciais, uma vez que, a menor parte da amostra referiu não depender do sistema público de saúde para tratar os seus problemas de saúde, e sim, convênios (mantidos de seus antigos empregos) ou Planos de saúde adquiridos através de compra.

Em relação à escolaridade dos participantes, observou-se nesta pesquisa que 39,6% possuía o segundo grau completo, seguido de 34,0% com nível superior completo, sendo que há dez anos, em seu estudo realizado no mesmo espaço, Lima-Barreto et al (2003) observou que 46,75% de sua amostra concluía o segundo grau contra 28,75% com nível superior.

Na presente pesquisa, realizada em capital nordestina, 52,8% e 47,2% da amostra se declarou respectivamente preto ou pardo e branco ou outros. Pizzol et al (2012) observou em sua pesquisa, realizada na região Sul do Brasil, que 97,6% se

autorreferiram pertencendo à raça branca e 2,4% a raça não branca. Isto se justifica pela própria configuração étnica do País.

Neves et al (2013) em seu trabalho também desenvolvido em Recife-Brasil, verificou que 64,5% dos idosos pesquisados utilizaram exclusivamente a Estratégia Saúde da Família (ESF) nos últimos 12 meses, resultado discordante do observado neste estudo, onde mais da metade (54,7%) dos idosos entrevistados declarou utilizar apenas plano de saúde ou convênio pelo igual período de 12 meses anteriores à entrevista e a procura exclusiva pelo Sistema Único de Saúde ocorreu em 29,6%. É possível pensar que a renda dos participantes da UnATI interfira no resultado, uma vez que estes teriam possibilidade de compra ou não de seguros saúde que os garante outras formas de acesso à assistência à saúde, pois na amostra de Neves et al (2013) 93,2% dos idosos declararam renda de nenhum a dois salários mínimos.

Sobre os hábitos de consumir bebida alcoólica e cigarros, respectivamente, encontramos um não uso em 86,2% e 98,1%, resultados próximos aos de Cruz et al (2006), que verificou esta não utilização em 98,5% e 87,1% de sua amostra. A relevância da interação entre Diazepam e álcool se dá pelo fato da elevação do risco de dependência deste medicamento em pessoas com história de abuso de álcool ou outras drogas. No presente estudo, a utilização dos medicamentos da mesma classe do Diazepam (BDZ), foi relatada por 9,4% da amostra deste estudo.

Cruz et al (2006), também verificou a não prática de atividades físicas em 58,5% de seus entrevistados, enquanto que no presente estudo, declararam-se não adeptos desta prática apenas 26,4%, menor parcela da amostra. Este resultado pode ser explicado pelo incentivo dado pela própria UnATI para a prática de atividade física por meio do oferecimento de cursos de atividades físicas ou esportivas como Yoga e Pilates.

A prevalência de pelo menos uma doença crônica foi observada em 85,5% da amostra desta pesquisa, corroborando com a prevalência de 88% observada na amostra do estudo de Neves et al (2013) e com outros estudos que mostram que o crescimento das doenças crônicas no País proporcional ao aumento da idade da população.

As doenças crônicas mais prevalentes no estudo de Cruz et al (2006) foram hipertensão arterial (74,2%) e Diabetes mellitus (25,7%), resultados semelhantes aos desta pesquisa, onde as mesmas doenças, na mesma sequência de importância foram as mais citadas por 70,6% e 27,9% dos entrevistados.

O fenômeno da automedicação foi vivenciado por 15,7% dos alunos entrevistados nesta pesquisa, resultado superior aos 6,7% encontrados por Neves et al (2013) e inferior aos verificados por Bortolon et al (2008) ao analisar o perfil de automedicação em mulheres brasileiras (26%) e por Barros e Sá; Barros e Oliveira Sá (2007) em que 77% de idosos do Município de Salgueiro-PE, referiram automedicar-se.

A polimedicação maior, considerada neste trabalho o uso concomitante de 5 ou mais medicamentos, foi relatada por 15,7% dos alunos entrevistados, resultado próximo aos 11% e 13,9% referidos nas pesquisas de Neves et al (2013) e de Pizzol et al (2012), respectivamente.

Entre os medicamentos de uso crônico mais utilizados pelos sujeitos da presente pesquisa, verificou-se os ansiolíticos da classe dos benzodiazepínicos com 9,4%, semelhante ao resultado de 9,3% obtido por Chaimowicz; Ferreira e Miguel (2000) em seu estudo sobre a utilização de drogas psicoativas por idosos de comunidade brasileira.

No Brasil a Portaria nº 344, de 12 maio de 1998, estabelece as regras para o comércio e a prescrição de substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, o que inclui a obrigação da Notificação de receita pelos prescritores, que será retida na farmácia ou drogaria, vetando a prática de automedicação e comércio irregular dos mesmos. Poderia ter ocorrido, nas entrevistas, a omissão dos motivos de uso dos ansiolíticos e antidepressivos, que configuram entre os mais utilizados, uma vez que, foram prescritos por profissionais médicos mediante um diagnóstico clínico.

Os idosos que mais se polimedicaram foram os de 60 a 70 anos (80%), assim como no estudo de NEVES et al (2013), em que a maioria dos praticantes de polifarmácia (14,7%) também pertenciam a esta faixa etária.

Os idosos sem companheiro utilizaram maior número de especialidades farmacêuticas (80,0%), resultado diferente do observado no estudo de Neves et al (2013), onde a maioria dos praticantes de polifarmácia não possuíam companheiro.

A relação nível de escolaridade e prática da polifarmácia neste estudo demonstrou que os idosos pertencentes ao grupo que concluiu o segundo grau/ ensino médio foram os que mais a praticaram, divergindo do resultado obtido por Neves et al (2013), onde ter de 1 a 4 anos de estudo mostrou-se o fator mais fortemente associado à esta prática, por ser a baixa escolaridade fator preditivo para a prevalência de doenças crônicas e conseqüentemente ao uso de medicamentos,

segundo os pesquisadores em questão.

Entre os idosos não praticantes de exercícios físicos, no presente trabalho, a maior parte (83,3%) por sua vez, praticava polifarmácia. Resultado também divergente do encontrado por Neves et al (2013) onde a maioria dos não adeptos a exercícios físicos (90,2%) referiram não praticar a polifarmácia.

Apesar das limitações próprias de um estudo transversal e descritivo e de não ser possível, a partir desta amostra, fazer inferências sobre o padrão de uso de medicamentos por todos os idosos de Recife, acredita-se que os dados obtidos possam contribuir para a caracterização da utilização de medicamentos pelos idosos matriculados na UnATI/UFPE, fazendo-se necessários novos estudos farmacoepidemiológicos para o segmento idoso que é o mais vulnerável ao uso irracional de medicamentos e as possíveis consequências do uso para a saúde desta população.

8. CONCLUSÃO

O perfil sociodemográfico verificado na maior parcela da amostra é constituído por idosos na faixa etária de 60 a 70 anos, do sexo feminino, sem companheiro conjugal, que moram com pessoas da família, possuem renda variando de 1,4 a 4,4 salários mínimos, até dois dependentes para esta renda, que concluíram os estudos até o segundo grau, que se declararam pretos ou pardos, de religião católica e que frequentam reunião ou celebração religiosa uma ou duas vezes semanalmente.

Sobre a situação de saúde geral, observou-se que a maioria realizou até três consultas médicas nos doze meses que antecederam esta pesquisa, não procurou serviços de saúde do tipo emergenciais, adquiriu seus medicamentos exclusivamente em farmácias privadas (drogarias), não era fumante, não ingeria bebidas alcoólicas, era usuária de planos de saúde ou convênios, era adepta à prática de atividades físicas, chegando a praticar estas atividades até três vezes por semana e possuir apoio social de moderado a alto. O convívio com problemas crônicos de saúde também foi importante e os mais citados foram a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, a hipercolesterolemia e a artrose.

No que diz respeito ao perfil de utilização de medicamentos, dos cinco medicamentos ou classes de medicamentos mais utilizados pelos respondentes, três (Sinvastatina, Losartana potássica e Atenolol) relacionaram-se com duas das quatro doenças crônicas mais referidas: a hipertensão arterial e a hipercolesterolemia. Apesar da utilização relevante dos ansiolíticos e dos antidepressivos, as respectivas doenças ansiedade e depressão não constaram entre as mais prevalentes.

A automedicação foi pouco referida pelos entrevistados, uma vez que todos tiveram acesso a serviços de saúde, principalmente por meio de convênios ou planos de saúde, mas por outro lado o fenômeno da polifarmácia ocorreu na amostra em sua quase totalidade, sendo a polifarmácia menor mais observada do que a maior.

Os resultados obtidos nesta pesquisa mostram que a maioria dos idosos participantes dos cursos do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Federal de Pernambuco fez uso de dois ou mais medicamentos para problemas crônicos de saúde e, conseqüentemente estão expostos aos possíveis efeitos indesejados causados pelo uso destes medicamentos, sejam estes inerentes ao próprio produto ou relacionados às alterações fisiológicas ocorridas no organismo com o passar dos anos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P. et al. Fatores preditores e consequências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 3, set. 1999.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL 2013. Atlas Brasil 2013. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013> Acesso em: 17/02/2014.

BARRETO, K. M. L. et al. Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no estado de Pernambuco **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 3, p. 339–54, 2003.

BARROS e SÁ, M.; BARROS, J. A. C.; OLIVEIRA SÁ, M. P. B. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 75–85, 2007.

BARROS, J. A. C. (Org.) Os Fármacos na atualidade: antigos e novos desafios. Brasília: Anvisa, 2008. 318 p.

BORTOLON, P. C. et al. Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1219–26, 2008.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 27 Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores 2008. Rio de Janeiro, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do idoso. – Brasília, 2010. 44 p.: il.- (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série pactos pela saúde 2006, v.12).

_____. Lei 5.9921/73. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/110058/lei-5991-73#art-15>> Acesso em: 08/06/2014.

_____. Portaria Nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html> Acesso em: 15/08/2014.

_____. Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>> Acesso em: 08/06/2014.

_____. Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994 Art. 2º Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm> Acesso em: 08/06/2014.

BRUNTON, L. et al. **Goodman & Gilman: manual de farmacologia e terapêutica**. 1 ed. Porto Alegre: AMGH, 2010. 1220 p.

CAMARGO JR, K. R. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.5, p. 844-46, 2013.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725–33, 2003.

CHAIMOWICZ, F.; FERREIRA, T. J. X. M.; MIGUEL, D. F. A. Use of psychoactive drugs and related falls among older people living in a community in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 631–5, 2000.

CRUZ, A. V. et al. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí-SP. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 2, n. 3, p. 259–67, 2006.

FLEITH, V. D. et al. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 13 (Sup), p.

Folder Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI). Universidade Federal de Pernambuco. Pró- Reitoria de Extensão.

Fundação Oswaldo Cruz et al. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. 324 p.

GALATO, D. et al. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2899–905, 2010.

GORZONI, M. L.; PASSARELLI, M. C. G. Farmacologia e terapêutica na velhice. In: FREITAS, E. V.; Py L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 945 p.

GORZONI, M. L. et al. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 4, p. 442–6, 2012.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE 2010. Sinopse do Censo Demográfico 2010, Pernambuco. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=26#topo_piramide> Acesso em: 30/03/2014.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 193-219.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: Aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007.

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991, 159 p.

LIMA-BARRETO, K. M. et al. Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** vol.3 n.3. Recife July/Sept. 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, usam de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735–43, 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. A epidemiologia e suas aplicações na área de geriatria e gerontologia no Brasil. **Geriatrics & Gerontology**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 34-44, 2007.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700–1, 2003 (Editorial).

LYRA JR. D. P. et al. Influência da propaganda na utilização de medicamentos em um grupo de idosos atendidos em uma unidade básica de saúde em Aracaju (SE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. 15 (Supl. 3) 3497- 3505, 2010.

LOYOLA FILHO, A. I. et al. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 545–53, 2005.

MAHER JR, R.; HANLON, J.T.; HAJJAR, E.R. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert OpinDrugSaf.*2014 January; 13(1).

MARIN, M. J. S. et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1545–55, 2008.

NEVES, S. J. F. et al. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p.759–67, 2013.

NÓBREGA, O. T.; KARNIKOWSKI, M. G. O. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 309–13, 2005.

PIZZOL, T.S.D., et al. 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, 28(1), 104–114, jan, 2012.

Prefeitura do Recife – Plano Municipal de Saúde 2010/2013. Disponível em:<<http://www2.recife.pe.gov.br/pcrservicos/saude-da-familia/#sthash.sq4deTMi.dpuf>> Acesso em: 30/03/2014

Prefeitura do Recife. Disponível em:<<http://www2.recife.pe.gov.br/o-recife/informacoes-socioeconomicas/>> Acesso em: 30/03/2014

Pró- Reitoria de Extensão (PROEXT). Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) Disponível em: <http://www.ufpe.br/proext/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=135>Acesso em: 20/02/2013

RABELO, D. F.; CARDOSO, C. M. Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. **Psico USF**, n. 12, v. 1, p. 75-81, 2007.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M. **Farmacologia**.4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. Cap5, p. 71.

RIBEIRO, A. Q. et al. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 724–32, 2008.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**.6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI/ GUANABARA KOOGAN, 2003. Cap. 16.

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, p. 717–24, 2003.

SANTOS, M.; ALMEIDA, A. Polimedicação no idoso. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, Série III, n. 2, p. 149–62, dez. 2010.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 136-40, jan-fev, 2010.

SILVA, A. L. et al. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1033-45, jun, 2012.

Universidade Aberta da terceira Idade da UERJ (Site). Disponível em: <<http://www.unatiuerj.com.br/sobre.htm>> Acesso em: 22/06/2014

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548–54, 2009.

WHO (2002) Active Ageing – A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, Spain, April, 2002.

WONG, L.L.R.; CARVALHO, J.A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **R. bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado para participar, como voluntário da pesquisa **ASSOCIAÇÃO ENTRE USO DE PSICOFÁRMACOS ANSIOLÍTICOS E ANTIDEPRESSIVOS E APOIO SOCIAL EM IDOSOS**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora NIEDJA MARIA COELHO ALVES (Rua Horácio Trajano de Oliveira, 410 CEP 58070-450, Bairro Cristo Redentor, João Pessoa-PB, (83) 8808-9921, niedjamcaf@yahoo.com.br) e orientação da professora ALBANITA GOMES DA COSTA DE CEBALLOS, telefone 2126 8550.

Após se sentir plenamente esclarecido sobre a sua participação na pesquisa e caso decida participar dela, você confirmará esta decisão assinando este documento em duas vias, ficando uma em seu poder e a outra com o pesquisador responsável. Caso decida não participar, você não terá nenhum tipo de prejuízo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Este estudo tem como objetivo Analisar a associação entre uso de psicofármacos ansiolíticos e antidepressivos e apoio social em idosos participantes da Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). A pesquisa apresentará riscos mínimos de constrangimento e como benefício a todos os interessados, respondentes ou não deste estudo, será ofertado um curso sobre o Uso Racional de Medicamentos. Os dados coletados por meio da entrevista serão armazenados no Departamento de Medicina Social (DMS) no endereço (Av. da Engenharia, s/n, Bloco "D" – 1º Andar - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50.740-600, Fone/Fax: (81) 2126-8558) pelo período mínimo de 5 anos sob responsabilidade da professora ALBANITA GOMES DA COSTA DE CEBALLOS. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email:ceppccs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, Carteira de Identidade (RG) nº _____ e CPF nº _____, abaixo assinado, declaro que fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora sobre os procedimentos envolvidos e os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Com base nestas informações e nas garantias de que a qualquer momento posso retirar meu consentimento, sem que isto me leve a qualquer penalidade ou prejuízo, e de que será mantido absoluto sigilo sobre a minha identidade pessoal quando da divulgação dos resultados, decidi concordar em participar desta pesquisa na qualidade de sujeito, prestando as informações que me forem solicitadas.

Local e data _____

Nome e Assinatura do participante ou do responsável legal: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO DO ESTUDO ASSOCIAÇÃO ENTRE USO DE PSICOFÁRMACOS ANSIOLÍTICOS E ANTIDEPRESSIVOS E APOIO SOCIAL EM IDOSOS.		Código: _____
BLOCO A – PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO (<i>Lembre-se que seus dados não serão divulgados</i>)		
01	Idade	_____
02	Sexo	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
03	Situação conjugal	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outro
04	Mora com alguém?	<input type="checkbox"/> NÃO (pular para a questão 06) <input type="checkbox"/> SIM
05	Com quem mora?	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filhos e netos <input type="checkbox"/> Cônjuge e filhos <input type="checkbox"/> Netos <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Outros
06	Renda média do domicílio	R\$ _____ <input type="checkbox"/> Não sabe ou não quis informar
07	Quantas pessoas dependem da renda	_____
08	Ocupação	<input type="checkbox"/> Empregado (seguir para questão 09) <input type="checkbox"/> Dona de casa (pular para questão 10) <input type="checkbox"/> Aposentado (pular para questão 11)
09	Qual a ocupação atual (se empregado)	_____
10	Se for dona de casa, já trabalhou antes em outra ocupação?	<input type="checkbox"/> Sim (seguir para 11) <input type="checkbox"/> Não
11	Qual a ocupação anterior principal (aquela em que trabalhou mais tempo – Pode haver mais de uma).	_____ tempo _____ _____ tempo _____ _____ tempo _____
12	Escolaridade	<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> 2º grau incompleto <input type="checkbox"/> Lê e escreve <input type="checkbox"/> 2º grau completo <input type="checkbox"/> 1º grau incompleto <input type="checkbox"/> Superior incompl. <input type="checkbox"/> 1º grau completo <input type="checkbox"/> Superior completo
13	Raça/cor	<input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Outra _____ <input type="checkbox"/> Não declarado
14	Tem Religião?	<input type="checkbox"/> NÃO (pular para a questão 18) <input type="checkbox"/> SIM
15	Qual a religião?	<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Espírita <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Outra: _____
16	Você a frequenta/pratica?	<input type="checkbox"/> NÃO (pular para a questão 18) <input type="checkbox"/> SIM
17	Com que frequência?	_____
BLOCO B – SAÚDE GERAL		
18	Sofreu queda nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> NÃO (pular para a questão 22) <input type="checkbox"/> SIM
19	Quais as consequências desta queda? OBS: Considerar a queda de maior gravidade	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Entorses <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Fratura
20	Em caso de fratura, qual(s) o(s) membro(s) mais afetado(s)?	_____, _____, _____, _____
21	Esteve internado em decorrência desta queda?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Quanto tempo _____
22	Sofreu algum acidente estando ao volante ou	<input type="checkbox"/> NÃO (pular para a questão 25)

	manuseando máquinas nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> SIM
23	Quais as consequências deste acidente?	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Entorses <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Fratura
24	Esteve internado em decorrência deste acidente?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Quanto tempo _____
25	Quantas consultas médicas realizou nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Nenhuma vez <input type="checkbox"/> 4 a 6 vezes <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> Mais de 6 vezes <input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes
26	Quantas vezes procurou os serviços de saúde nos últimos 12 meses? (PSF, UPA, Hospital, Laboratórios...)	<input type="checkbox"/> Nenhuma vez <input type="checkbox"/> 4 a 6 vezes <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> Mais de 6 vezes <input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes
27	Quais os Serviços de Saúde que utiliza?	<input type="checkbox"/> Serviços do SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Convênio/ Serviços do SUS
28	Onde adquire seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Farmácias exclusivas do SUS <input type="checkbox"/> Farmácias do SUS e privadas <input type="checkbox"/> Farmácias exclusivas da rede privada
29	Faz uso de bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (pular para a questão 31)
30	Com que idade começou?	_____
31	Fumante?	<input type="checkbox"/> Sim Frequência _____ <input type="checkbox"/> Não (pular para a questão 33)
32	Com que idade começou?	_____
33	Pratica atividades físicas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (pular para a questão 36)
34	Com que frequência pratica? (Vezez por semana)	_____
35	Qual ou quais atividades físicas pratica?	_____ _____ _____

DEPRESSÃO (ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – GDS-15)

		SIM	NÃO
36	Está satisfeito (a) com sua vida?		
37	Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?		
38	Sente que a vida está vazia?		
39	Aborrece-se com frequência?		
40	Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?		
41	Teme que algo ruim possa lhe acontecer?		
42	Sente-se feliz a maior parte do tempo?		
43	Sente-se frequentemente desamparado?		
44	Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?		
45	Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?		
46	Acha que é maravilhoso estar vivo agora?		
47	Vale a pena viver como vive agora?		
48	Sente-se cheio (a) de energia?		
49	Acha que sua situação tem solução?		
50	Acha que tem muita gente em situação melhor?		

ANSIEDADE (ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK – BECK-A)

	0	1	2	3
	Ausente	Suave , não me incomoda muito	Moderado , é desagradável mas consigo suportar	Severo , quase não consigo suportar

51	Dormência e formigamento				
52	Sensações de calor				
53	Tremor nas pernas				
54	Incapaz de relaxar				
55	Medo de acontecimentos ruins				
56	Confuso ou delirante				
57	Coração batendo forte e rápido				
58	Inseguro (a)				
59	Apavorado (a)				
60	Nervoso (a)				
61	Sensação de sufocamento				
62	Tremor nas mãos				
63	Trêmulo				
64	Medo de perder o controle				
65	Dificuldade de respirar				
66	Medo de morrer				
67	Assustado (a)				
68	Indigestão ou desconforto abdominal				
69	Desmaios				
70	Rubor facial				
71	Sudorese (não devido ao calor)				
DOENÇAS CRÔNICAS					
72	Algum médico já lhe disse que o (a) Sr (a) possui Doença (s) Crônica (s) (DC)? (MAIS DE 6 MESES)	<input type="checkbox"/> NÃO (pular para a questão 74) <input type="checkbox"/> SIM			
73	Qual é (Quais são) esta (s) DC ? Caso haja mais de 5 doenças, anotar no final do questionário				
73.1	DC 1:				
73.2	DC 2:				
73.3	DC 3:				
73.4	DC 4:				
73.5	DC 5:				
74	O (a) Sr (a) possui Outra (s) Doença(s)(OD) menos graves ou não crônicas?	<input type="checkbox"/> NÃO (pular para a questão 76) <input type="checkbox"/> SIM			
75	Qual é (são) esta (s) OD ? Caso haja mais de 3 doenças, anotar no final do questionário				
75.1	OD 1:				
75.2	OD 2:				
75.3	OD 3:				
BLOCO C – MEDICAMENTOS					
76	Medicamentos para Doenças Crônicas (MDC), Tempo de uso (T), Quem prescreveu (P) e Eventual queixa sobre o medicamento (Q) (Caso não use medicamentos para DC, pular para questão 77) OBS: Quem prescreveu refere-se a especialidade médica (ex: clínico geral, cardiologista, psiquiatra)				
76.1	Medicamentos para Doença Crônica 1(MDC1)				
76.1a	MDC1 a: _____ T _____ P _____ Q _____				
76.1b	MDC1 b: _____ T _____ P _____ Q _____				
76.1c	MDC1 c: _____ T _____ P _____ Q _____				
76.1d	MDC1 d: _____ T _____ P _____ Q _____				
76.1e	MDC1 e: _____ T _____ P _____ Q _____				
76.1f	MDC1 f: _____ T _____ P _____ Q _____				
76.2	Medicamentos para Doença Crônica 2(MDC2)				
76.2a	MDC2 a: _____				

	T _____ P _____ Q _____
76.2	MDC2 b: _____
b	T _____ P _____ Q _____
76.2c	MDC2 c: _____
	T _____ P _____ Q _____
76.2	MDC2 d: _____
d	T _____ P _____ Q _____
76.2e	MDC2 e: _____
	T _____ P _____ Q _____
76.2f	MDC2 f: _____
	T _____ P _____ Q _____
76.3	Medicamentos para Doença Crônica 3(MDC3)
76.3a	MDC3 a: _____
	T _____ P _____ Q _____
76.3	MDC3 b: _____
b	T _____ P _____ Q _____
76.3c	MDC3 c: _____
	T _____ P _____ Q _____
76.3	MDC3 d: _____
d	T _____ P _____ Q _____
76.3e	MDC3 e: _____
	T _____ P _____ Q _____
76.3f	MDC3 f: _____
	T _____ P _____ Q _____
76.4	Medicamentos para Doença 4(MDC4)
76.4a	MDC4 a: _____
	T _____ P _____ Q _____
76.4	MDC4 b: _____
b	T _____ P _____ Q _____
76.4c	MDC4 c: _____
	T _____ P _____ Q _____
76.4	MDC4 d: _____
d	T _____ P _____ Q _____
76.4e	MDC4 e: _____
	T _____ P _____ Q _____
76.4f	MDC4 f: _____
	T _____ P _____ Q _____
76.5	Medicamentos para Doença Crônica 5(MDC5)
76.5a	MDC5 a: _____
	T _____ P _____ Q _____
76.5	MDC5 b: _____
b	T _____ P _____ Q _____
76.5c	MDC5 c: _____
	T _____ P _____ Q _____
76.5	MDC5 d: _____
d	T _____ P _____ Q _____
76.5e	MDC5 e: _____
	T _____ P _____ Q _____
76.5f	MDC5 f: _____
	T _____ P _____ Q _____
77	Medicamentos para Outras Doenças (MOD), Tempo de uso (T), Quem prescreveu (P) e Eventual queixa sobre o medicamento (Q) (Caso não use medicamentos para ODC, pular para questão 78) OBS: Quem prescreveu refere-se a especialidade médica (ex: clínico geral, cardiologista, psiquiatra)
77.1	Medicamentos para Outras Doenças 1(MOD1)
77.1a	MOD1 a: _____
	T _____ P _____ Q _____
77.1	MOD1 b: _____

b	T _____ P _____ Q _____
77.1c	MOD1 c: _____ T _____ P _____ Q _____
77.2	Medicamentos para Outras Doenças 2(MOD2)
77.2a	MOD2 a: _____ T _____ P _____ Q _____
77.2 b	MOD2 b: _____ T _____ P _____ Q _____
77.2c	MOD2 c: _____ T _____ P _____ Q _____
77.3	Medicamentos para Outras Doenças 3(MOD3)
77.3a	MOD3 a: _____ T _____ P _____ Q _____
77.3 b	MOD3 b: _____ T _____ P _____ Q _____
77.3c	MOD3 c: _____ T _____ P _____ Q _____
78	Que outros medicamentos você usa frequentemente? (MF) Motivo do uso (MU), Tempo de uso (T), Quem prescreveu (P) e Eventual queixa sobre o medicamento (Q)
78.1	MF1: _____ MU _____ T _____ P _____ Q _____
78.2	MF2: _____ MU _____ T _____ P _____ Q _____

BLOCO D – APOIO SOCIAL

Medical Outcome Study Questions – Social Support Survey

Com que frequência você tem apoio, quando precisa, nas seguintes situações:

		<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Sempre</i>
79	Alguém que o ajuda quando está acamado					
80	Alguém que você conta para escutar você quando você quer falar					
81	Alguém que lhe dá conselho sobre algum problema					
82	Alguém que lhe acompanha para o médico quando você precisa					
83	Alguém que lhe mostra amor ou afeto					
84	Alguém com quem você se diverte					
85	Alguém que lhe dá informações para que você possa entender diferentes situações					
86	Alguém que confia ou fala sobre si mesmo ou seus problemas					
87	Alguém que lhe abraça					
88	Alguém que possa sentar com você e juntos possam relaxar					
89	Alguém que prepara suas refeições se você não pode					
90	Alguém de quem o conselho você realmente quer					
91	Alguém que faz algo com você para ajudar você a se distrair					
92	Alguém que faça sua tarefa diária quando você está doente					
93	Alguém que compartilha de suas preocupações e seus medos					
94	Alguém que dá conselho para um problema particular					

95	Alguém com quem você faz coisas agradáveis					
96	Alguém que entende os seus problemas					
97	Alguém que lhe ama e lhe faz sentir amado					

Muito obrigado (a) pela sua colaboração.

OBSERVAÇÕES

--

ANEXOS

ANEXO X

Universidade Federal de Pernambuco
Pró-Reitoria de Extensão

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora NIEDJA MARIA COELHO ALVES, a desenvolver o seu projeto de pesquisa ASSOCIAÇÃO ENTRE USO DE PSICOFÁRMACOS ANSIOLÍTICOS E ANTIDEPRESSIVOS E APOIO SOCIAL EM IDOSOS, que está sob a orientação da Professora Doutora ALBANITA GOMES DA COSTA DE CEBALLOS, cujo objetivo é Analisar a associação entre uso de psicofármacos ansiolíticos e antidepressivos e apoio social em idosos, neste local: Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

A aceitação está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Recife-PE, em 02 / 04 / 2013.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ana Paula de Oliveira Marques', is written over a horizontal line.

ANA PAULA DE OLIVEIRA MARQUES

 Profª Ana Paula de Oliveira Marques
Coordenação do Programa do Idoso
PROIDOSO/PROEXT/UFPE
SIAPE 1121032

ANEXO Y

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Associação entre uso de psicofármacos ansiolíticos e antidepressivos e apoio social em idosos.

Pesquisador: Niedja Maria Coelho Alves

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15235013.3.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 296.736

Data da Relatoria: 05/06/2013

Apresentação do Projeto:

O documento intitulado *ASSOCIAÇÃO ENTRE USO DE PSICOFÁRMACOS ANSIOLÍTICOS E ANTIDEPRESSIVOS E APOIO SOCIAL EM IDOSOS* trata-se de projeto de dissertação de mestrado de NIEDJA MARIA COELHO ALVES Do Programa De Pós-Graduação Integrado Em Saúde Coletiva *PPGISC*, sob orientação da Prof^a. Doutora Albanita Gomes da Costa de Ceballos.

De acordo com os autores, o processo de envelhecimento é acompanhado de uma maior demanda por serviços de saúde e medicamentos, o que predispõe grandemente a população geriátrica aos efeitos adversos de medicamentos, seja pela prática da polifarmácia (uso simultâneo de vários medicamentos) ou da automedicação. Os idosos, de acordo com a farmacocinética clínica, apresentam uma série de alterações que interferem diretamente nos processos de absorção, distribuição, metabolização e eliminação dos medicamentos e dentre esses parâmetros, talvez a distribuição e a metabolização sejam os mais afetados pelo envelhecimento do organismo, o que torna algumas categorias de medicamentos impróprias para uso nesta faixa etária, seja por falta de eficácia terapêutica ou por um risco aumentado de efeitos adversos que supera seus benefícios quando comparados com outras categorias de medicamentos. Desta forma este trabalho se propõe a estudar a frequência de uso de medicamentos na população idosa que compõe a Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Contratante do Projeto: 266.738

particularmente os psicofármacos ansiolíticos e antidepressivos, e sua associação com apoio social. A população idosa foi escolhida por ser a parcela mais utiliza medicamentos; Estes duas classes de medicamentos por possuírem alguns representantes constando entre os medicamentos de uso inapropriado para idosos. O apoio social, por sua vez, devido a sua importância na associação com processos de saúde/doença, o qual se relaciona com a saúde mental influenciando diretamente nos níveis de ansiedade e depressão.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Analisar a associação entre uso de psicofármacos ansiolíticos e antidepressivos e apoio social em idosos participantes da Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

OBJETIVO SECUNDÁRIOS

1. Descrever os medicamentos mais utilizados e sua frequência entre os idosos.
2. Descrever a frequência de uso de psicofármacos ansiolíticos e antidepressivos entre idosos.
3. Conhecer a percepção do idoso sobre o seu apoio social.
4. Analisar a associação entre uso de psicofármacos ansiolíticos e antidepressivos e apoio social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os pesquisadores a pesquisa apresenta riscos mínimos de constrangimento. E como benefício será oferecido um curso de Uso Racional de Medicamentos a todos os idosos participantes da UNATI/UFPE, independentemente de participar do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será realizado um Estudo de Corte Transversal ou de Prevalência na população de pessoas idosas com 60 anos e mais, participantes das atividades ofertadas pela Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Federal de Pernambuco (UnATI/UFPE) em Recife, Brasil. Será aplicado um questionário para avaliar a) Perfil sócio demográfico com questões sobre idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, renda familiar, residentes do domicílio; b) Saúde geral: doenças auto referidas e percepção do estado de saúde (depressão, ansiedade e qualidade de vida). Para avaliação de depressão, ansiedade e qualidade de vida, utilizar-se-á respectivamente os seguintes instrumentos validados: a) Escala de Depressão Geriátrica-GDS-15 (Yesavage, 1983), Escala de Ansiedade de Beck -BECK-A (Beck e Epstein, 1988) e WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1998). c) Medicação utilizada: nome, indicação e tempo de utilização; d) Apoio social, o qual será medido

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (011)2126-6588 Fax: (011)2126-6588 E-mail: cepps@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 266.738

pelo Medical Outcome Study Questions & Social Support Survey (Sherbourne e Stewart, 1988). Os questionários serão armazenados no Departamento de medicina Social (DMS) por um prazo de 5 anos, ficando sob a responsabilidade da orientadora deste projeto. Os critérios de inclusão estão definidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam na documentação carta de anuência do UNATI assinado pela Coordenadora do Programa do Idoso e os currículos dos pesquisadores. O orçamento será por conta dos pesquisadores. O TCLE está em forma de convite, está simples e bem estruturado.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto bem elaborado e sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, através da PLATAFORMA BRASIL ou por meio de ofício impresso emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFPE.

RECIFE, 07 de Junho de 2013

Assinado por:

GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-900
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-6588 Fax: (81)2126-6588 E-mail: cepeca@ufpe.br