



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

ALAMISNE GOMES DA SILVA

**UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS ACAMADOS EM
DOMICÍLIO ASSISTIDOS PELO DISTRITO SANITÁRIO IV, RECIFE – PE**

RECIFE

2017

ALAMISNE GOMES DA SILVA

**UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS ACAMADOS EM DOMICÍLIO
ASSISTIDOS PELO DISTRITO SANITÁRIO IV, RECIFE – PE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Orientador: Prof. Doutor Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo

Co-orientadora: Profa. Doutora Adriana Falangola Benjamin Bezerra

RECIFE

2017

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

S586u Silva, Alamisne Gomes da.
Utilização de medicamentos por idosos acamados em domicílio assistidos pelo distrito sanitário IV, Recife – PE / Alamisne Gomes da Silva. – 2017.
47 f.: il.; 30 cm.

Orientador: Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, 2017.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Uso de medicamentos. 2. Idoso. 3. Assistência domiciliar. 4. Polimedicação. I. Santo, Antônio Carlos Gomes do Espírito (Orientador). II. Título.

610 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2017-175)

**PARECER DA COMISSÃO EXAMINADORA DE DEFESA DE
DISSERTAÇÃO**

TÍTULO: “Utilização de Medicamentos por Idosos Acamados em Domicílio no Distrito Sanitário IV, Recife-PE”.

MESTRANDA: ALAMISNE GOMES DA SILVA

ORIENTADOR: Prof. Dr. Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo
DATA DA DEFESA: 15 de maio de 2017.

A Comissão Examinadora composta pelos professores abaixo, sob a presidência do professor orientador, deliberou e concedeu a mestranda a menção de: **APROVADA**.

Recife, 15 de maio de 2017.

ASSINATURA DA BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo
(Orientador/PPGERO)

Profa. Dra. Ana Paula de Oliveira Marques
(Membro Titular Interno/PPGERO)

Profa. Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti
(Membro Titular Externo/Depto Enfermagem - UFPE)

Aos meus avôs, José e Francisco, os quais perdi durante esta jornada de dois anos, e que foram meus maiores estímulos na busca do conhecimento para me tornar mestre em Gerontologia. A vocês, o meu eterno agradecimento!

Agradecimentos

Durante esses dois anos, agradeço a todos que passaram pelo meu caminho e que com certeza deixaram um pouco de si.

A Deus, que me deu capacidade para ir além.

A minha família, que sempre foi meu alicerce e maior incentivo (Orlando, Lucia, Alex, Alainne e Anderson).

Aos amigos, que me deram suporte nos momentos difíceis.

Ao meu Orientador, Antônio Carlos, por acreditar que eu era capaz e pela orientação cheia de ensinamentos (pessoais e acadêmicos). Tenho orgulho de ter sido sua orientanda!

Ao programa de Pós-graduação em Gerontologia da UFPE, que além de um programa que me proporcionou conhecimento impar, foi um lar.

A todos, serei eternamente grata, pessoas imprescindíveis para a realização e conclusão deste trabalho.

RESUMO

As doenças crônicas e a promoção do bem estar na idade tardia passaram a se constituir novos desafios para a saúde pública global com o processo de envelhecimento da população. A elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis faz dos idosos grandes consumidores de medicamentos, cuja prescrição tem se constituído em um dos itens mais presentes na pauta de cuidados dispensada a esse segmento populacional. Quando o idoso encontra-se em prolongada permanência no leito domiciliar, sua condição de incapacidade e de dependência eleva o risco de aparecimento de problemas relacionados aos medicamentos, por apresentar uma baixa funcionalidade e doenças limitantes, situação que requer um olhar diferenciado e ações específicas para seu atendimento. Assim, o objetivo deste estudo é analisar o uso e administração de medicamentos utilizados por idosos acamados, assistidos pelas Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário IV do Recife. Trata-se de um estudo transversal, de natureza quantitativa e de campo, com delineamento descritivo. As informações de interesse para o estudo foram coletadas por meio de instrumentos, onde as variáveis dependentes foram: o grau de compreensão dos cuidadores sobre a administração de medicamentos e os medicamentos potencialmente inapropriados para o idoso e variáveis independentes, como dados sociodemográficos e condições de saúde dos idosos. As entrevistas para aplicação dos instrumentos, foram realizadas mediante visita domiciliar previamente agendada com os Agentes Comunitários de Saúde das USF correspondentes a microrregião 4.1. Foram coletadas informações de 101 cuidadores e 101 idosos acamados, onde o cuidador era a figura que respondia às questões no momento da entrevista. O perfil predominante dos cuidadores foi o de pessoas do sexo feminino, adultos na faixa etária de 41 a 60 anos, sendo baixas a escolaridade e a renda. A maioria trabalha no lar e possuíam bom conhecimento acerca da administração de medicamento. Relativo aos idosos acamados, a maioria pertencia ao sexo feminino, com idade superior a 75 anos, sendo baixas a escolaridade e renda. Foram identificadas doenças do aparelho circulatório como principal motivo relacionado à permanência no leito, assim como elevada prevalência de uso de medicamento potencialmente inapropriado para o idoso, sendo os mais comuns os que atuam no sistema cardiovascular. Mais da metade dos idosos eram polimedicados e foram identificados como fatores associados à polimedicação a presença de 4 ou mais comorbidades e a idade acima de 75 a 84 anos. Conclui-se que os aspectos relacionados às condições de saúde do idoso acamado requerem a utilização de estratégias interdisciplinares, como a Estratégia de Saúde da Família, que possam garantir apoio aos cuidadores, em sua grande maioria, familiares, um melhor acompanhamento das prescrições e da utilização de medicamentos, a fim de minimizar os problemas relacionados com o uso de medicamentos inapropriados, e assim, diminuir custos e contribuir na melhora da qualidade de vida desta população.

Palavras-chave: Uso de Medicamentos. Idoso. Assistência Domiciliar. Polimedicação.

ABSTRACT

Chronic diseases and the promotion of well-being in the later age becomes the new challenges for global public health have emerged with the process of population aging,. The high prevalence of chronic non-communicable diseases makes the elders a major consumer of medicine, which makes the prescription one of the most present items in the list of health care dispensed to this population segment. When the elderly are in prolonged stay in bed, their condition of incapacity and dependence raises the risk of the appearance of problems related to medications, due to their low functionality and limiting diseases, a situation that requires a differentiated look and specifications for their attendance. Thus, the objective of this study is to analyze the use and administration of medications used by bedridden elderly, assisted by the Family Health Units (USF) of the Sanitary IV District of Recife. This is a cross-sectional study, of quantitative nature and field study, with a descriptive delineation. The information of interest to the study was collected through instruments, where the dependent variables were: the degree of comprehension of caregivers on the administration of medications and drugs potentially inappropriate for the elderly and independent variables such as sociodemographic data and health conditions of the elders. The interviews for application of the instruments were performed through a home visit previously scheduled with the Community Health Agents from the USF corresponding to the micro-region 4.1. Information was collected from 101 caregivers and 101 bedridden elderly, where the caregiver was the one answering the questions at the time of the interview. The predominant profile of the caregivers was adult females in the age group from 41 to 60 years old, with low educational level and income. Most of them work in the home and have good knowledge about medication administration. Relative to the bedridden elders, the majority belonged to the female sex, over 75 years old, being low the schooling and income. Circulatory diseases have been identified as the main reason related to prolonged stay in bed, as well as a high prevalence of potentially inappropriate drug use for the elderly, with the most common being those that work in the cardiovascular system. More than half of the elders were poly medicated and the presence of 4 or more comorbidities and the age of 75 to 84 years were identified as factors associated with the polypharmacy. Indeed, the aspects related to the health conditions of the bedridden elders require the use of interdisciplinary strategies, such as the Family Health Strategy, that can guarantee support to the caregivers, mostly family members, a better monitoring of prescriptions and medication use, in order to minimize problems related to the use of inappropriate medicines and this reduce costs and contribute to the improvement of the quality of life of this population.

key-words: Drug Utilization. Aged. Home Nursing. Polypharmacy.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1	Fragilidade em Idoso	11
2.2	Polifarmácia e Medicamentos Potencialmente Inapropriados Para Idosos	13
3	OBJETIVOS	15
3.1	Objetivo Geral	15
3.2	Objetivo Específico	15
4	MÉTODOS	15
4.1	Local do estudo	15
4.2	Delineamento e população	16
4.3	Coleta de Dados	16
4.4	Análise dos Dados	18
4.5	Considerações Éticas	18
5	RESULTADOS	19
6	DISCUSSÃO	26
7	CONCLUSÃO	33
	REFERÊNCIAS	35
	APÊNDICE A	40
	APÊNDICE B	41
	APÊNDICE C	42
	APÊNDICE D	43
	ANEXO A	44
	ANEXO B	45

1. INTRODUÇÃO

O mundo está envelhecendo rapidamente. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a população mundial de idosos corresponderá a 2 bilhões até 2050, sendo considerado idoso o habitante de país em desenvolvimento com 60 anos ou mais e o habitante de país desenvolvido com 65 anos ou acima desta idade. No Brasil, a população estimada, segundo os dados do último censo demográfico, é de cerca de 204.450.649. Destes, 23 milhões corresponde à população idosa e a tendência é que este número cresça cada vez mais, chegando a 32 milhões em 2025. (BRASIL, 2015).

O fenômeno do envelhecimento enfrentado pela população brasileira pode ser explicado por alterações significativas nos níveis e padrões de fecundidade e mortalidade, experimentados em todas as regiões do país e que vem alterando-se de forma acelerada nas últimas décadas. (SILVA, 2015). Até a década de 50, as características demográficas do país indicavam uma população bastante jovem. A partir de então, houve redução nas taxas de fecundidade e mortalidade, fazendo com que os grupos de mais idade, naturalmente os mais idosos, experimentassem um aumento proporcional em relação aos mais jovens (VASCONCELOS, 2012).

Este processo de rápido envelhecimento populacional veio acompanhado de uma transição epidemiológica caracterizada pelo acentuado aumento da prevalência de doenças degenerativas crônicas (TEMPORÃO, 2012). Além deste processo está ocorrendo, em tempo relativamente curto, o aumento da expectativa de vida, está se dando sem uma real melhoria das condições de vida. Isto porque os idosos convivem mais tempo com doenças crônicas típicas da idade e, nos países em desenvolvimento, como no Brasil, sem uma organização das áreas sociais que se mostre compatível com a magnitude do problema. Isso leva ao aumento das demandas por atenção e cuidado, acarretando em novos desafios para os sistemas de saúde, com implicações política e econômica.

A elevada prevalência de doenças crônicas gera maior probabilidade de desenvolvimento de incapacidades associadas ao envelhecimento. Com isso, espera-se o crescimento do número de idosos acamados, fragilizados e com elevado grau de dependência, apresentando capacidade afetada para a realização de várias necessidades básicas (GAUTÉRIO, 2012).

A soma de desconfortos como o aumento da probabilidade de ocorrência de doenças, a suscetibilidade às transformações físicas e sociais e até mesmo o abandono por parte daqueles que constituem seus núcleos familiares, amplia a busca por atendimento de saúde e faz dos

idosos grandes consumidores de medicamentos.

A OMS considera que mais de 50% dos medicamentos utilizados por esta parcela da população, são prescritos ou dispensados de forma inadequada e que 50% dos pacientes usam medicamentos de maneira incorreta, levando a elevados índices de morbidade e mortalidade. Os tipos mais comuns de uso irracional de medicamentos estão relacionados com a utilização da polifarmácia, com o uso potencialmente inapropriado de medicamento e com a automedicação (SILVA et al, 2013).

Nesta conjuntura, o conhecimento sobre estes aspectos fez com que os estudos farmacoepidemiológicos ganhassem cada vez mais importância. Identificar as características e os fatores associados ao consumo de medicamentos pelos idosos pode auxiliar no planejamento de ações para promoção do uso racional de medicamentos e, conseqüentemente, favorecer uma melhor qualidade de vida para este grupo etário, uma vez que metade dos indivíduos que fazem uso de cinco ou mais fármacos, recebem as prescrições de três ou mais médicos diferentes, aumentando os fatores associados, como possibilidade de interações medicamentosas nocivas, desarticulação entre as condutas e complexidade do regime terapêutico prescrito (ACURCIO, 2009; BARBOSA, 2009).

Quando o idoso encontra-se acamado, as dificuldades relacionadas à terapia medicamentosa aumentam, pois há maior declínio cognitivo, diminuição da compreensão das instruções, déficit de comunicação, aumento das limitações físicas, perda de autonomia e, em muitos casos, a total dependência, o que torna ainda mais difícil a adesão ao tratamento e o uso apropriado dos produtos prescritos (CALDAS, 2003).

O problema suscita maiores preocupações no caso dos idosos em permanência prolongada no leito, em situação de incapacidade e com riscos aumentados. Estes necessitam de um olhar diferenciado e ações específicas em seu atendimento pois, quando acamados em domicílio, apresentam extensas limitações físicas sendo, por vezes, totalmente dependentes, o que provoca modificação na rotina dos outros membros da família com uma sobrecarga emocional e física (BEZERRA, 2010).

Cada um dos membros da família tem que fazer alterações no seu papel e em suas funções e todas essas mudanças podem gerar insegurança e desentendimentos. Por isso é importante o apoio da equipe de saúde no planejamento do cuidado domiciliar, para preparar o núcleo familiar, seja por meio de material e/ou apoio psicológico, afim de que a família seja co-responsável no processo de cuidado ao idoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Outra grande preocupação das famílias de idosos acamados é a condição econômica.

O custo financeiro se torna elevado no tratamento destes pacientes e quando mal conduzidos, pode levá-los a óbito. Logo, é importante identificar se a prática de utilização de medicamentos se dá de forma correta, para evitar gastos desnecessários, além de obter rendimento mais adequado na utilização dos produtos farmacêuticos, evitando riscos à saúde.

Alguns estudos têm pesquisado o uso de medicamentos e a presença de polifarmácia em idosos em Instituições de Longa Permanência (ILPI) ou em hospitais (LUCCHETTI, 2010; MARIN, 2010). Entretanto, no ambiente domiciliar, o número de pesquisas desta natureza se mostra bem mais reduzido, porém com uma tendência evolutiva de crescimento. A relevância da produção de conhecimento nesta área está diretamente relacionada ao fato de que a utilização de medicamentos no ambiente domiciliar não controlado, predispõe ao surgimento de problemas que devem ser considerados para o estabelecimento de uma terapia farmacológica segura e racional.

Por isso, o objetivo desta pesquisa é analisar as necessidades dos idosos em permanência prolongada no leito domiciliar assistidos pelas Unidades de Saúde da família do Distrito Sanitário IV do Recife, investigando o uso e administração dos medicamentos. Acredita-se que este estudo poderá subsidiar ações específicas no atendimento a essa população, o que justifica a realização do mesmo.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Fragilidade em Idosos

Envelhecer é um processo natural que implica mudanças graduais e inevitáveis relacionadas à idade. Em relação à saúde do idoso, existem os seguintes aspectos: o envelhecer como um processo progressivo da diminuição de reserva funcional – a senescência – e o desenvolvimento de uma condição patológica por estresse emocional, acidente ou doenças – a senilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Ambos exigem intervenções dos profissionais de saúde, com atuações focadas nesse segmento populacional.

O envelhecimento da população tem elevado a possibilidade de o idoso ser acometido por doenças crônicas não transmissíveis, as quais produzem alterações diretamente associadas à senilidade. Além disso, a influência dos maus hábitos de vida, também age acarretando o declínio da capacidade funcional e a dependência na realização das atividades da vida diária (BRASIL, 2007; PAPALEO NETTO, 2002). Por sua vez, a dificuldade ou inaptidão do idoso

em realizar tais atividades associa-se ao aumento do risco de mortalidade, hospitalização, necessidade de cuidados prolongados e elevado custo para os serviços de saúde (VERAS, 2009).

O acúmulo de alterações fisiológicas pode levar a uma limitação de capacidades físicas e cognitivas no idoso e essas limitações trazem como principal complicação a síndrome da imobilidade, definida por Chaimowicz e colaboradores (2009) como “conjunto de sinais e sintomas decorrentes da imobilidade, por restrição a uma poltrona ou leito, por tempo prolongado, associada a múltiplas causas e com implicações físicas e psicológicas que pode levar a óbito [...]” Não envolve apenas os fatores biológicos, mas também psicológicos e sociais no curso de vida individual e culmina em um estado de maior vulnerabilidade.

Entretanto, as alterações que causam total dependência obedecem a um processo dinâmico cuja evolução pode ser modificada, prevenida e/ou reduzida (CALDAS, 2003), o que justifica a importância da atuação da equipe multidisciplinar, de modo a prestar assistência qualificada aos idosos, com foco voltado para a qualidade de vida.

Dos idosos que vivem na comunidade, estima-se que de 10 a 25% dos que têm acima dos 65 anos, chamados idosos jovens e 46% daqueles acima dos 85 anos, considerados idosos mais velhos, sejam frágeis, o que lhes confere alto risco de desenvolver desfechos clínicos adversos (BRASIL, 2007). Percebe-se que, os idosos mais velhos são aqueles que têm maior tendência a apresentar estágios mais avançados de fraqueza e enfermidade, estando sujeitos a um risco aumentado de ficar acamado. Em outras palavras, de serem acometidos pela síndrome da imobilidade, o que torna os grupos de pessoas idosas em velhice avançada, prioritários na organização da atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Segundo Nunes e Porella (2003), para os idosos fragilizados em permanência prolongada no leito domiciliar, há grande necessidade de cuidador permanente. É preciso, acima de tudo, uma abordagem sistêmica dos cuidados de saúde prestados por este agente de cuidados. Faz-se necessário uma estratégia que possa valorizar a sua importância, para que a pessoa acamada sinta-se amparada em suas necessidades básicas, proporcionando segurança e um ambiente acolhedor, proporcionado pelo convívio familiar, o que reduz as complicações decorrentes de longas internações hospitalares (BRASIL, 2008). Isto, porém, não dispensa a avaliação e adequação das políticas de saúde e da rede de suporte social como um todo, para possibilitar um satisfatório planejamento assistencial e execução de ações voltadas a pessoa idosa.

Tanto a qualidade da assistência como o ambiente adequado, são necessários para modificar, reduzir e/ou prevenir o processo dinâmico que é o estado de dependência da pessoa idosa. Para isso, tem sido enfatizada a instrumentalização das Equipes de Saúde da Família (ESF) como uma das principais medidas preventivas para atuar no contexto familiar em que se encontram os idosos com declínio da capacidade funcional, por meio de uma abordagem interdisciplinar e multidimensional (AIRES, PAZ, 2008). A ESF deve identificar os idosos acamados e desenvolver ações voltadas para suas principais necessidades, além de orientar seus cuidadores. Deste modo, estará proporcionando maior vínculo entre estes e os pacientes acamados, o que amplia a participação de ambos juntamente com as equipes de saúde, gerando uma responsabilidade compartilhada e a construção conjunta de intervenções sobre o processo saúde-doença (MENDES et al, 2011).

O que se depreende dos trabalhos citados é que, sendo as demandas de atenção ao idoso acamado muitas e complexas, é necessária a existência de espaços de discussões críticas e reflexivas pela equipe de saúde, no sentido de repensar as atividades centradas na família, a qual pode ser responsável pela continuidade da assistência dada pela equipe, tornando-se assim, elemento terapêutico no processo de reabilitação.

2.2 Polifarmácia e Medicamentos Potencialmente Inapropriados Para Idosos

Segundo a literatura, o idoso fragilizado apresenta muitas comorbidades, as quais estão associadas às perdas relacionadas ao envelhecimento. O dano contínuo da função de órgãos e sistemas biológicos favorece o surgimento de doenças. Para o autor Alves (2008), não menos de 85% dos idosos apresentam no mínimo uma doença crônica e mais de 10% referem pelo menos cinco dessas enfermidades. Uma maior prevalência de doenças crônico-degenerativas simultâneas provoca incapacidade funcional e/ou dependência dos que envelhecem.

A presença de múltiplos problemas aumenta a frequência de consultas feitas idosos a inúmeros especialistas, o que faz deles constantes usuários dos serviços de saúde e de medicamentos. Para Cacaes (2008) acresce ainda o fato de que os idosos praticam a automedicação, geralmente para problemas de saúde que consideram simples. Esta conduta seria motivada pela dificuldade de acesso a um serviço de saúde e muitas vezes é estimulada por amigos e familiares.

Os idosos têm sido identificados como o grupo etário mais medicalizado, constatando-se, com frequência, entre eles, o uso simultâneo de vários produtos farmacêuticos

(CAUDELL, 2011; GALATO et al., 2010; HEUBERGER). Esta condição favorece a polimedicação, definida como a utilização contínua de cinco ou mais medicamentos (PATTERSON et al, 2012). No entanto, dependendo do tipo de medicamento, a utilização de apenas dois fármacos simultaneamente já pode ser um grave problema (CABRERA, 2011; LOJODUCI, et al, 2010). Ao contrário do que se pensa, a utilização de vários medicamentos não garante maior benefício ao paciente, pois junto com as vantagens das possibilidades terapêuticas, surge o risco de utilização de medicamento inadequado. Em outras palavras, a terapia farmacológica se constitui um processo de intervenção poderoso para propiciar melhora do estado de saúde do idoso, desde que racionalmente utilizada (PINTO, 2012). O fato dos idosos tomarem frequentemente muitos medicamentos pode favorecer práticas inseguras, quando o tratamento é realizado no ambiente domiciliar, onde nem sempre há uma assistência adequada (JESSICA et al, 2011).

Para Fernandes (2013), a complexidade dos esquemas medicamentosos, juntamente com as alterações fisiológicas que geram mudanças em alguns parâmetros farmacocinéticos e farmacodinâmicos dos fármacos, contribui para que haja grande quantidade de erros na administração de medicamentos. Esta realidade torna os idosos mais vulneráveis a interações medicamentosas, devido ao número de fármacos ingeridos diariamente e também os torna passíveis a eventos adversos decorrentes das mudanças fisiológicas próprias do envelhecimento.

A incidência de eventos adversos também é exacerbada pela prescrição inadequada de medicamentos, que pode ocasionar mais impactos negativos na capacidade funcional do idoso, segundo assinala Varallo (2012).

Em 1991, uma lista de MPI foi criada e publicada por Beers e colaboradores, baseada na frequência de fármacos que deveriam ser evitados por idosos asilados, através de critérios estabelecidos por especialistas dos Estados Unidos e Canadá. Critérios estes que foram revisados e atualizados em 1997, 2003, 2012 e mais recentemente em 2015 (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2015). São aceitos como estratégia útil na prática clínica e têm sido referenciados como um padrão de prescrição para identificar o uso inadequado de medicamentos, inclusive em sistemas de saúde privados. Os critérios devem servir como um guia e indicam a necessidade de monitoramento quando algum medicamento da lista é prescrito para um idoso (VARALLO, 2012).

Portanto, a relevância dos medicamentos na manutenção e recuperação da saúde é inquestionável, estando da mesma forma estabelecido que, quando mal utilizados, podem

desencadear complicações sérias para a saúde, além de aumento desnecessário dos custos individuais e governamentais. Assim, tem-se como de importância fundamental o monitoramento apropriado dos procedimentos terapêuticos, principalmente quando o idoso se encontra no leito domiciliar, sendo necessário o apoio à família referente aos cuidados a serem prestados.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Analisar o uso e administração de medicamentos por idosos acamados em domicílio assistidos pelas Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV, Microrregião 4.1 do Recife.

3.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar os idosos e seus cuidadores segundo as variáveis sociodemográficas;
 - Identificar as comorbidades do idoso acamado bem como a disponibilidade e utilização dos serviços de saúde;
 - Identificar os medicamentos potencialmente inapropriados, de acordo com os critérios de Beers;
 - Verificar o grau de compreensão do cuidador em relação à tomada de medicamentos;
- 2.2.5 - Verificar os fatores associados ao grau de compreensão dos cuidadores e uso de medicamentos por idosos acamados.

4. MÉTODOS

4.1 Local do estudo

O município de Recife encontra-se dividido em oito Regiões Político-Administrativas (RPA), que por sua vez são subdivididas em oito Distritos Sanitários (DS), como mostra a figura 1. O estudo foi realizado no DS IV, microrregião 4.1, que compreende os bairros do Cordeiro, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre e Zumbi, cobertos por cinco

Unidades de Saúde da Família (USF), a saber: Vila União, Sítio Cardoso, Casarão do Cordeiro, Skylab e Caranguejo.

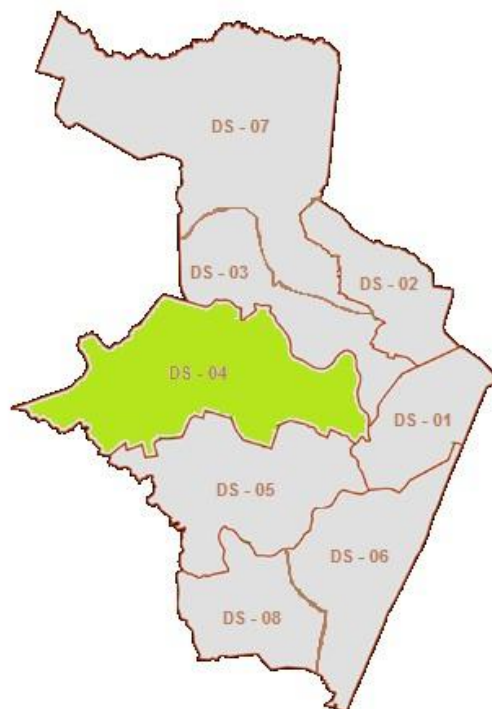


Figura 1. Recife. Distritos Sanitários de Saúde.

4.2 Delineamento e população

Trata-se de estudo transversal de campo, sendo de natureza quantitativa, com delineamento descritivo. A população alvo foi composta por 101 idosos acamados acima de 60 anos, de ambos os sexos, residentes na área de abrangência dos serviços de atenção básica à saúde do município de Recife e seus cuidadores, correspondente também a 101. Os participantes foram recrutados mediante lista fornecida pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pertencendo ao universo de idosos acamados residentes na Microrregião 4.1.

4.3 Coleta de Dados

Foi realizada de março a agosto de 2016, por meio de visitas domiciliares previamente agendadas com os ACS. Na oportunidade, foram efetuadas entrevistas, estas apenas com os cuidadores dos idosos acamados para coleta de informações de ambos. Correspondendo, portanto, a um total de 101 cuidadores e 101 idosos acamados. Aquelas não realizadas, pelo

fato do responsável pelo idoso não estar presente no momento da visita ou após três tentativas de agendamento com ACS em dias e horários diferentes, foram consideradas perdas/recusas. Os instrumentos utilizados foram aplicados pela própria pesquisadora em caráter privativo, presentes apenas os entrevistados.

As variáveis sociodemográficas referentes aos idosos e cuidadores foram: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda e número de moradores na casa (Apêndices A e B). Quanto às informações sobre as condições de saúde do idoso, as variáveis coletadas foram: motivo e tempo de acamado no domicílio, disponibilidade dos serviços de saúde (público ou privado), tipo e número de comorbidades (Apêndice C). Também foram coletadas informações sobre a utilização de medicamentos pelos idosos (Apêndice D) onde foram incluídos tanto os medicamentos prescritos como aqueles não-prescritos, ou seja, usados por iniciativa própria, por recomendação ou indicação de outros que não um profissional médico. Sempre que possível, foi solicitado bula, embalagens ou prescrições médicas a fim de comprovar o nome e evitar omissão de algum medicamento, em geral por esquecimento.

Para a identificação do princípio ativo foi utilizado o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas. A classificação dos medicamentos seguiu o Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC) adotado pela OMS. Os princípios ativos dos medicamentos foram agrupados conforme preconiza essa classificação, que considera o grupo anatômico ou sistema em que o medicamento atua, além de suas propriedades químicas, terapêuticas e farmacológicas.

Outro instrumento utilizado foi o conjunto dos Critérios de Beers para identificar medicamentos potencialmente inapropriados dentro da lista daqueles encontrados no momento da entrevista. Este instrumento é baseado em uma lista realizada por meio de ampla revisão sistemática na literatura, na qual especialistas buscaram evidências científicas sobre os medicamentos que deveriam ser evitados em idosos, devido à insegurança, ou à incidência de Reações Adversas dos Medicamentos (RAM) e à falta de evidências sobre eficácia.

Por fim, e não menos importante, utilizou-se o instrumento Med Take para avaliar o grau de compreensão em relação à tomada/administração dos medicamentos. O instrumento original para este teste é baseado no conhecimento do próprio paciente e neste estudo foi utilizado o Med Take modificado (Anexo A), pelo qual foi analisado o conhecimento do cuidador responsável pela administração dos medicamentos utilizados pelo idoso acamado. Neste instrumento, já aplicado na pesquisa de Dewlf (2010), se incluiu na análise a avaliação do conhecimento do paciente relativo ao nome do medicamento em uso.

No momento da entrevista foi solicitada a apresentação dos medicamentos em uso pelo idosos, sendo registrada a descrição das informações prestadas pelo entrevistado relativas à medicação prescrita. O entrevistador avaliava o conhecimento do cuidador acerca do nome, dose, indicação, interação com alimentos e escala de tomada dos medicamentos apresentados. Assim, o conhecimento relativo a cada medicamento prescrito e avaliado recebeu um escore de 0 a 100%. Nos casos em que o cuidador não sabia relatar nenhuma informação a respeito da medicação, recebeu a pontuação mínima, ou seja, "zero". Para cada informação correta foi atribuído um valor de 20%, podendo totalizar o máximo de 100% para cada medicamento. Após o cálculo da porcentagem do conhecimento para cada medicamento, foi realizada a média relativa a todos os fármacos utilizados pelo idoso acamado.

4.4 Análise dos Dados

Para análise dos dados, foi construído um banco na planilha eletrônica Microsoft Excel, sendo os dados exportados para o software SPSS, versão 18, a partir do qual foi realizada a análise. Para avaliar o perfil sociodemográfico dos cuidadores, e o grau de compreensão na administração de medicamentos, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequência dos fatores avaliados. Foi ainda utilizada a distribuição de frequência para avaliar o perfil sociodemográfico, disponibilidade do serviço de saúde e condições de saúde dos idosos acamados. Para comparar os percentuais encontrados nos níveis das variáveis do estudo, foi aplicado o teste do Qui-quadrado para comparação de proporções. Para avaliação dos fatores que influenciam no grau de compreensão do cuidador sobre a administração de medicamentos aos idosos, foi aplicado o teste do Qui-quadrado para independência, o mesmo ocorrendo na avaliação das variáveis de perfil pessoal e de condições de saúde dos idosos associados ao aumento do número de medicamentos utilizados (polifarmácia). Nos casos em que as suposições do teste não foram satisfeitas, aplicou-se o teste Exato de Fisher. Todas as conclusões foram tiradas considerando o nível de significância de 5%.

4.5 Considerações Éticas

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos exigidos pela resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 466/2012 do Ministério de Saúde, que estabelece normas para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos, e aprovada pelo

Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), CAAE: 51475715.2.0000.5208. O termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B) foi assinado por todos os voluntários que aceitaram participar da pesquisa.

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico e grau de compreensão dos cuidadores sobre administração de medicamentos

Na tabela 1, são apresentados os dados sociodemográficos e grau de compreensão desses cuidadores acerca da administração de medicamentos utilizados pelos idosos. Verifica-se que a maioria dos cuidadores eram do sexo feminino (87,1%), possuía idade de 41 a 60 anos (52,4%), era solteiro (49,5%), estudou até o ensino fundamental (66,3%), não possuía renda ou possuía renda de 1 a 2 SM (42,6% e 43,6%, respectivamente), tinha ocupação do lar (50,5%), era cônjuge ou filho do idoso acamado (75,3%) e possuía boa compreensão sobre o medicamento utilizado pelo idoso (71,3%). Além de ser encontrada maior prevalência deste perfil descrito, o teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados, uma vez que o p-valor mostrou-se menor do que 0,05, indicando que o perfil acima é, de forma relevante, o mais presente no grupo em estudo.

Fatores associados ao grau de compreensão do cuidador quanto à administração de medicamentos

Para efeito do teste estatístico na análise bivariada, a distribuição do grau de compreensão dos cuidadores acerca do uso de medicamentos pelos idosos, já descrito na tabela acima, foi agrupada em duas categorias: pouco/regular e bom. Verificou-se maior prevalência de pouco/regular conhecimento no grupo de cuidadores do sexo masculino (30,8%), com idade maior do que 60 anos (54,2%), casado (31,1%), analfabeto (60,0%), possui de 1 a 2 SM (38,6%), que é aposentado (42,9%) e que trabalha como cuidador formal (42,9%). Mesmo sendo verificada maior prevalência de pouca/regular compreensão neste grupo descrito de cuidadores (Gráfico 1), o teste de independência foi significativo apenas no fator idade (p-valor = 0,006), indicando que, cuidadores acima de 60 anos é fator determinante, ou seja, está associado estatisticamente ao grau de compreensão sobre a tomada

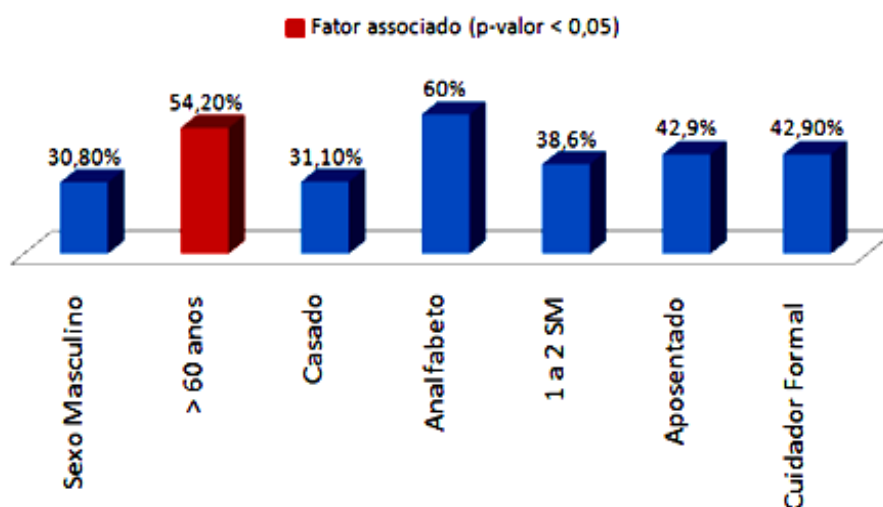
de medicamento, portanto, quanto mais idoso, maior o risco do cuidador ter pouco/regular conhecimento.

Tabela 1. Distribuição de variáveis sociodemográficas e do grau de compreensão dos cuidadores sobre a administração de medicamentos.

Fator avaliado	n	%	p-valor
Sexo			
Masculino	13	12,9	<0,001
Feminino	88	87,1	
Idade			
19 a 40	24	23,8	<0,001
41 a 60	53	52,4	
> 60	24	23,8	
Estado Civil			
Solteiro	50	49,5	<0,001
Casado	45	44,6	
Viúvo	6	5,9	
Escolaridade			
Analfabetos	10	9,9	<0,001
Ensino fundamental	67	66,3	
Ensino médio	12	11,9	
Ensino superior	12	11,9	
Renda – Salários Mínimos (SM)			
Sem renda	43	42,6	<0,001
<1 SM	9	8,9	
1 a 2 SM	44	43,6	
2 a 4 SM	5	4,9	
Ocupação			
Aposentado	28	27,7	<0,001
Do lar	51	50,5	
Autônomo	10	9,9	
Empregados	12	11,9	
Tipo de Vínculo com o Idoso			
Cônjuge/ Filhos	76	75,3	<0,001
Outro parentesco/ Amigos	18	17,8	
Cuidadores Formais	7	6,9	
Grau de compreensão sobre tomada de medicamento			
0% - Sem conhecimento	0	0,0	<0,001
0% --- 25% - Muito pouco conhecimento	4	4,0	
25% --- 50% - Pouco conhecimento	6	5,9	
50% --- 75% - Regular conhecimento	19	18,8	
75% --- 100% - Bom conhecimento	72	71,3	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor < 0,05 os percentuais dos níveis do fator avaliado difere significativamente).

Gráfico 1. Prevalência das variáveis categóricas Pouco/Regular grau de compreensão dos cuidadores quanto à administração de medicamentos



Perfil sociodemográfico relacionado à disponibilidade de serviços, das condições de saúde e do uso de medicamentos dos idosos acamados

Na tabela 2, referente as variáveis sociodemográfica e disponibilidade de serviços de saúde, verifica-se que a maioria era do sexo feminino (73,3%), possuía idade de 75 a 84 anos (37,6%), era viúvo (47,5%), analfabeto ou estudou apenas até o ensino fundamental (49,0% e 42,9%, respectivamente), era aposentado (99,0%), com renda de 1 a 2 SM (95,0%), morava com 2 a 3 pessoas (43,6%) e utilizava apenas o SUS nas demandas de serviço de saúde (86,1%). O teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados, indicando que prevalece na distribuição, de forma relevante, o idoso com o perfil descrito acima, exceto no que diz respeito ao fator idade, onde os números de pacientes com idade nas três faixas etárias 60 a 74, 75 a 84 e 85 ou mais revelaram proximidade.

Tabela 2. Distribuição de variáveis sociodemográficas e disponibilidade de serviços de saúde de idosos acamados atendidos pelas Unidades de Saúde da Família do distrito sanitário IV, microrregião 4.1.

Fator avaliado	n	%	p-valor
Sexo			
Masculino	27	26,7	<0,001
Feminino	74	73,3	
Idade			
60 a 74	29	28,7	<0,547
75 a 84	38	37,6	
85 e mais	34	33,7	
Estado Civil			
Solteiros	20	19,8	<0,003
Casados	33	32,7	
Viúvos	48	47,5	
Escolaridade			
Analfabetos	48	47,5	<0,001
Ensino fundamental	42	41,6	
Ensino médio	3	3,0	
Ensino superior	5	5,0	
Não sabe	3	3,0	
Renda – Salários mínimos			
< 1 SM	2	2,0	<0,001
1 a 2 SM	96	95,0	
2 a 4 SM	1	1,0	
Não sabe	2	2,0	
Ocupação			
Aposentados	100	99,0	<0,001
Não sabe	1	1,0	
Arranjo familiar do idoso			
1 pessoa	34	33,7	<0,038
2 a 3 pessoas	44	43,6	
4 ou mais pessoas	23	22,8	
Serviços de saúde			
Apenas SUS	87	86,1	<0,001
SUS + Suplementar	14	13,9	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor < 0,05 os percentuais dos níveis do fator avaliado difere significativamente).

Em relação às condições de saúde dos idosos, foram coletadas informações relativas ao tempo de acamado, foi verificado que a maioria se achava acamado a menos de 2 anos (31,7%) ou a mais de 5 anos (30,7%). Quanto aos motivos que levaram o idoso a esse estado, foram identificados cinco principais, agrupados de acordo com a classificação Internacional de Doenças (CID), observada maior prevalência nas Doenças do Aparelho Circulatório (21,8%), seguido de Transtornos mentais e comportamentais (17,8%), Causas externas de

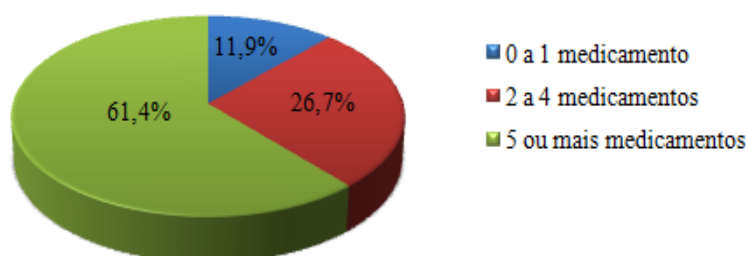
morbidade e de mortalidade (13,9); Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (9,9%) e Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (6,9%).

Ainda sobre as condições de saúde foi verificado que a maioria dos idosos apresentou 4 ou mais comorbidades (33,7%), sendo identificadas cinco principais na amostra estudada. A hipertensão apresenta-se como a comorbidade mais freqüente (81,2%), seguido por demência/Alzheimer (53,5%), diabetes (37,6%), depressão (32,7%) e acidente vascular cerebral (25,7%).

Quanto à distribuição da quantidade de medicamentos utilizados pelos idosos, observa-se no gráfico 2, que a maioria dos pacientes eram polimedicados, consumindo 5 ou mais fármacos diariamente (61,4%). O teste de comparação de proporção foi significativo (p -valor $< 0,001$), indicando ser relevantemente maior o número de idosos que consomem 5 ou mais medicamentos quando comparado com o número de idosos que consomem 0 a 1 medicamentos e 2 a 4 medicamentos.

Gráfico 2.

Distribuição da quantidade de uso de medicamentos por idosos



Fatores associados ao número diário de medicamentos utilizados pelos idosos

Uma vez traçado o perfil dos idosos acamados, descrito na tabela 2, realizou-se teste estatístico a fim de verificar a associação entre o número diário de medicamentos utilizados, segundo o perfil pessoal, disponibilidade dos serviços de saúde e condições de saúde do idoso. Para efeito deste teste, a variável uso diário de medicamento foi agrupada nas categorias: até 4 medicamentos e 5 ou mais.

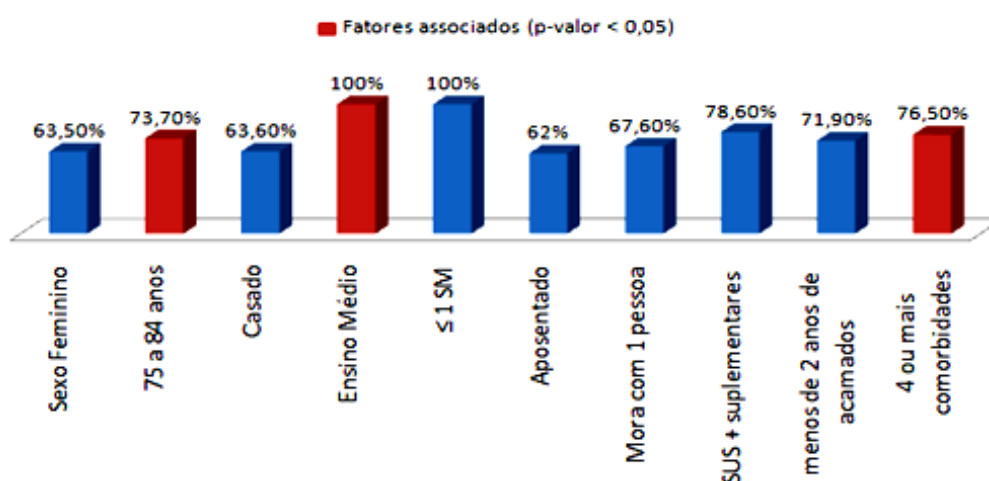
Constatou-se maior prevalência do uso de 5 ou mais medicamentos no grupo de idosos do sexo feminino (63,5%), com idade de 75 a 84 anos (73,7%), casados (63,6%), que possuíam ensino médio (100,0%), aposentados (62,0%), com renda menor ou igual a 1 SM

(100,0%), que moravam com apenas uma pessoa (67,6%) e que utilizavam simultaneamente serviços do SUS e suplementares (78,6%).

Mesmo sendo encontrada maior prevalência do uso de 5 ou mais medicamentos neste grupo descrito (Gráfico 3), o teste de independência foi significativo apenas para o fator idade (p-valor = 0,032) e escolaridade (p-valor = 0,008), indicando que, estatisticamente, idosos entre 75 e 84 anos e que estudaram até o ensino médio, se mostraram mais propensos ao uso da polifarmácia.

Referente à distribuição do número diário de medicamentos utilizados pelos idosos segundo o tempo de acamado e o número de comorbidades, verificou-se que a maior prevalência do uso de 5 ou mais medicamentos foi no grupo de idosos com menos de 2 anos de acamados (71,9%) e que possuía 4 ou mais comorbidades (76,5%). Entretanto, o teste de independência foi significativo apenas para o fator número de comorbidades (p-valor = 0,020), indicando que a quantidade de doenças que o paciente possui e não o tempo de acamado, é o fator determinante para aumentar o número de medicamentos consumidos.

Gráfico 3. Prevalência do uso diário de 5 ou mais medicamentos por idosos acamados



Para este grupo de idosos pesquisados, foi prescrito um total de 571 medicamentos em uso, com repetições. Na Tabela 3 encontra-se a distribuição mais freqüente dos grupos e subgrupos anatômico-terapêuticos (ATC) dos medicamentos utilizados. Pode-se perceber que os fármacos mais prescritos pertencem aos sistemas cardiovascular, nervoso e do trato alimentar/metabolismo, assim como as principais doenças-motivo que levaram ao estado de acamado e as comorbidades presentes nos idosos, que foram classificadas nestes mesmos grupos.

Tabela 3. Distribuição das frequências de uso e quantidade de medicamentos, por grupos e subgrupos anatômico-terapêuticos, por idosos acamados.

Grupos anatômicos e terapêuticos	Total	(%)
A: Trato alimentar/Metabolismo		
A02: Antiácidos, fármacos para tratamento de úlcera péptica e flatulência	29	5,1
A03: Fármacos para tratamento de distúrbios funcionais do trato gastrointestinal	7	1,2
A04: Antieméticos e antinauseantes	3	0,5
A06: Laxativos	4	0,7
A07: Antidiarréicos, agentes antiinflamatórios e antiinfeciosos intestinais	1	0,2
A10: Hipoglicemiantes	54	9,5
A11: Vitaminas	16	2,9
A12: Suplementos minerais	4	0,7
Subtotal	118	20,7
B: Sangue e órgãos formadores de sangue		
B01: Agentes trombolíticos	47	8,3
B02: Anti-hemorrágicos	1	0,2
B03: Antianêmicos	5	0,9
Subtotal	53	9,2
C: Sistema cardiovascular		
C01: Terapia cardíaca	9	1,6
C02: Anti-hipertensores	3	0,5
C03: Diuréticos	51	9,1
C04: Vasodilatadores periféricos	1	0,2
C05: Vasoprotetores	4	0,7
C07: Agentes β-bloqueadores	14	2,5
C08: Bloqueadores dos canais de cálcio	29	5,1
C09: Agentes do sistema renina-angiotensina	65	11,3
C10: Hipolipemiantes	36	6,3
Subtotal	212	37,2
G: Sistema geniturinário e hormônios sexuais		
G04: Fármacos urológicos	2	0,4
Subtotal	2	0,4
H: Preparações hormonais sistêmicas		
H02: Corticóides de uso sistêmico	4	0,7
H03: Terapia para tireóide	4	0,7
Subtotal	8	1,4
J: Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico		
J01: Antibacterianos para uso sistêmico	10	1,8
J02: Antimicóticos para uso sistêmico	1	0,2
J05: Antivirais para uso sistêmico	1	0,2
Subtotal	12	2,1
L: Agentes antineoplásicos e imunomoduladores		
L04: Agentes imunossupressores	1	0,2
Subtotal	1	0,2
M: Sistema musculoesquelético		
M01: Anti-inflamatórios e anti-reumáticos	11	1,9
M03: Relaxantes musculares	4	0,7
M04: Preparados antigotosos	1	0,2
M05: Medicamentos para tratamento de doenças ósseas	1	0,2
Subtotal	17	3,0
N: Sistema nervoso		
N02: Analgésicos	25	4,4
N03: Antiepiléticos	41	7,2
N04: Antiparkinsonianos	6	1,1
N05: Psicolépticos	19	3,3
N06: Psicoanalépticos	29	5,1
N07: Outros medicamentos do sistema nervoso	6	1,1
Subtotal	126	22,1
R: Aparelho respiratório		
R01: Preparados para uso nasal	1	0,2
R03: Antiasmáticos	2	0,4
R05: Preparados contra a tosse e resfriados	1	0,2
R06: Anti-histamínicos para uso sistêmico	2	0,4
Subtotal	6	1,1
S: Órgãos dos sentidos		
S01: Produtos oftalmológicos	14	2,5
S03: Produtos oftalmológicos e otológicos	2	0,2
Subtotal	16	2,6
Total	554	

Foi verificado que 69 dos idosos, o que equivale a 68,3% da amostra, faziam uso de fármacos considerados potencialmente inapropriados para idosos, segundo os Critérios de Beers (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2015). Na tabela 4, verifica-se que os mais prescritos foram Clonazepam e Fenobarbital (29,2%), seguidos por Lansoprazol e Omeprazol (24,3%) e Glibenclamida (12,6%). Constata-se que dos MPI mais utilizados, quase metade são fármacos que atuam sobre o sistema nervoso, seguido respectivamente dos que agem sobre o trato alimentar/metabolismo, sistema cardiovascular, Sistema musculo-esquelético, Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico e os que atuam sobre o Aparelho respiratório.

Tabela 4. Frequência de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) de acordo com os critérios de Beers, 2015.

Grupos anatômicos e terapêuticos	Medicamentos	n	%
A: Trato alimentar/Metabolismo			
A02: Antiácidos, fármacos para tratamento de úlcera péptica e flatulência	Lansoprazol, Omeprazol	25	24,3
A07: Antidiarréicos, agentes antiinflamatórios e antiinfecciosos intestinais	Dimedrinato, Escopolamina	3	2,9
A10: Hipoglicemiantes	Glibenclamida	13	12,6
C: Sistema cardiovascular			
C01: Terapia cardíaca	Digoxina	1	1,0
C02: Anti-hipertensores	Doxazosina, Metildopa	2	1,9
C08: Bloqueadores dos canais de cálcio	Nifedipina	2	1,9
J: Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico			
J01: Antibacterianos para uso sistêmico	Nitrofurantoína	2	1,9
M: Sistema musculo-esquelético			
M01: Anti-inflamatórios e anti-reumáticos	Ibuprofeno	1	1,0
M03: Relaxantes musculares	Carisoprodol, Orfenadrina	3	2,9
N: Sistema nervoso			
N03: Antiepilépticos	Clonazepam, Fenobarbital.	30	29,2
N05: Psicolépticos	Risperidona, Lorazepam, Diazepam, levomepromazina.	12	11,7
N06: Psicoanalépticos	Amitriptilina	7	6,8
R: Aparelho respiratório			
R06: Anti-histamínicos para uso sistêmico	Dexcloferinamina	2	1,9
Total		103	100,0

Nota: MPI usados por 69 (68,3%) idosos.

DISCUSSÃO

Diante dos resultados apresentados, tem-se que a faixa etária predominante dos cuidadores é de adultos na faixa etária de 41 a 60 anos, os quais se constituem em mais da metade da amostra. Em geral, pessoas nesta faixa etária assumem a responsabilidade

pelos longevos fragilizados, uma vez que os mais jovens estudam ou trabalham fora, ficando quase sempre isentos da tarefa de cuidar dos doentes da casa. Entretanto, destaca-se que, mesmo a frequência de cuidadores acima de 60 anos (23,8%) não tendo prevalecido neste estudo, é um dado a merecer atenção, uma vez que a tendência confirmada até então nas pesquisas, é de que pessoas idosas cuidem de idosos (GAIOLI et al, 2012).

No presente estudo, verificou-se a associação entre idade e grau de compreensão sobre a administração de medicamentos, indicando que exatamente os cuidadores idosos acima de 60 anos possuem pouca/regular compreensão. Em geral, estes cuidadores são aposentados, têm baixa escolaridade e também são doentes ou susceptíveis ao surgimento de doenças. Pelo fato de estarem envelhecendo, o papel de cuidar se torna um grande desafio, chegando a não ser suficientemente cumprido em muitos casos. Tal condição justifica a necessidade da colaboração de outras pessoas e maior assistência da equipe de saúde, a fim de oferecer suporte e apoio no cuidado aos doentes acamados. Isto porque além da fragilização natural do próprio idoso que cuida, o estado acamado do paciente requer mais atenção, força física e a presença assistencial por longos períodos (GAIOLI et al, 2012).

Ainda sobre os cuidadores, o fato de a maioria pertencer ao sexo feminino, corrobora com pesquisa de Araújo (2013), para o qual a justificativa está no papel da mulher do lar como cuidadora traço cultural ainda predominante. É forçoso reconhecer as modificações nas últimas décadas ocorridas nos arranjos familiares com uma composição diferenciada e a possibilidade de realização de novas tarefas assumidas por elas, como sua maior participação no mercado de trabalho. Ainda assim, é a figura masculina aquela que ainda está tradicionalmente associada ao trabalho fora do lar. Dessa forma, enquanto é atribuída à mulher a responsabilidade pelos cuidados da casa e dos membros sadios ou em situação de fragilidade, do homem se espera uma rotina de sair para o trabalho, responsabilizando-se pelo aporte financeiro para o sustento de todos. Com isso, o homem, quando participa do cuidado ao idoso o faz, via de regra, de forma secundária.

Quanto à escolaridade, esta foi predominantemente baixa, assim como em outros estudos com cuidadores (CARVALHO, ESCOBAR, 2015; RIBEIRO et al, 2008), nos quais a maioria possuía ensino fundamental. Nesta pesquisa, o fator em questão não apresentou significância quando correlacionado com o grau de compreensão, mas permite a reflexão de que as mulheres antes de serem cuidadas, cuidam. E por isso

muitas vezes renunciam às suas escolhas e adiam seus projetos, abdicando da continuidade dos estudos para cuidar do outro.

Araújo (2013) ratifica que o nível de escolaridade influencia no processo de cuidar, dada à relação direta que teria com a compreensão acerca do estado de saúde do idoso acamado. Uma provável explicação, no presente estudo, para obtenção do resultado bom para 71,3% dos cuidadores relativo ao grau de compreensão neste estudo, mesmo a maioria possuindo tão somente o ensino fundamental, foi extraída de alguns diálogos durante a realização de entrevista com os participantes. Foi possível notar que o tempo de experiência do cuidador é um fator que pode contribuir positivamente, pois o hábito de cuidar capacita o cuidador ao longo da jornada, por vezes é cansativa. A convivência com o idoso acamado proporciona, segundo os entrevistados, aprendizado para reconhecer as dificuldades e necessidades relacionadas às tarefas diárias prestadas ao paciente.

Quanto à situação conjugal dos cuidadores, pode-se dizer que a amostra estava igualmente dividida entre solteiros e casados. Cuidadores casados, além de se responsabilizarem pela atenção à saúde do idoso, possuem tarefas outras, como cuidar da casa, preparar refeições, assistir os filhos. Situação que pode resultar em sobrecarga e causar impacto na vida social, física e econômica. Pesquisa realizada por Mendonça (2008) revelou que em muitas situações há o isolamento social do cuidador, problemas físicos por esforço demasiado, além da privação de realizar atividades financeiras fora do lar.

Relativo aos cuidadores solteiros, os que fizeram parte desta pesquisa, eram filhos (as) e a maioria tem como ocupação no lar ou possuem trabalho autônomo. Segundo alguns autores, o filho tornar-se cuidador é uma obrigação socialmente imposta. Mais que isso, é uma forma encontrada por eles para retribuir o cuidado recebido dos pais (BRAZ, CIOSEK, 2009; MENDONÇA et al, 2008). Entretanto, tornar-se cuidador familiar é uma tarefa que provoca muitas mudanças na vida de quem assume essa função, onde os filhos e filhas em muitos casos são obrigados a interromper suas atividades profissionais e seus estudos para se dedicar aos cuidados com o idoso em leito domiciliar por longos períodos, restando-os apenas a realização de atividades no lar e/ou um trabalho autônomo do qual provém seu sustento.

Vale ressaltar o papel dos serviços de saúde e do Estado em apoiar o cuidador familiar em suas necessidades e a importância de uma política de proteção que seja efetiva, a fim de prevenir situações de risco e potencializar o desempenho desta função.

O atendimento domiciliário prestado pela Equipe de Saúde da Família é uma das estratégias que ajuda no suporte às famílias e cuidadores, no sentido de conscientizar, desde a primeira visita, sobre o papel de cuidar da pessoa idosa, negociando cada aspecto desse cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Ainda sobre o tipo de vínculo observado, tem-se que apenas 7 (6,9%) dos entrevistados eram cuidadores formais, ou sejam, eram pagos pelos serviços prestados. Isso mostra que, devido às dificuldades financeiras enfrentadas pelas famílias de baixa renda, elas não podem contar com serviços de cuidado domiciliar especializado. Este pressuposto deve ser considerado ao observar que a maioria dos cuidadores familiares, assim como os idosos, possuía renda entre 1 a 2 salários mínimos e grande parte dos cuidadores familiares não possuía renda. Com isso, o próprio familiar exerce o cuidado como atividade não remunerada, vivendo com a renda da família proveniente das pensões e benefícios dos idosos. Esta condição acaba se tornando um fator gerador de conflitos, com o familiar-cuidador sentindo-se sobrecarregado e financeiramente desmotivado.

Quanto ao perfil dos idosos acamados, observou-se também a prevalência de pessoas do sexo feminino. Esse predomínio permite inferir a existência, na população, de maior proporção de mulheres do que de homens com idade avançada, o que caracteriza a feminização da velhice. As mulheres constituem a maioria dos idosos em todas as regiões do mundo, e as estimativas são de que vivam, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens (NICODEMO, GODOI, 2010). Entretanto, viver mais pode não ser sinônimo de viver melhor. Isto pode ser observado na própria situação dos idosos acamados desta pesquisa, totalmente dependentes, em sua maioria.

À mulher é atribuída, no transcurso de sua vida, uma série de responsabilidades na família e na sociedade em geral, que as tornam mais vulneráveis. Com a velhice surgem as doenças crônicas e muitas necessidades de atenção ou cuidado, agravando sua condição de saúde, o que leva à incapacidade e declínio da qualidade de vida. Em contrapartida, as mulheres idosas procuram mais os serviços de saúde e se cuidam mais (LEVORATO, 2014; RIBEIRO 2005), e quando apresentam doença grave, têm mais chance de sobrevida, comparado aos homens idosos, que quando adoecem ficam fragilizados e logo morrem.

Quanto à situação conjugal, chama a atenção a proporção de idosas viúvas, o que pode ser explicado pela maior longevidade da mulher, como já mencionado. Quanto ao nível de escolaridade, a maioria dos acamados eram analfabetos ou possuíam o ensino

fundamental, porém vale ressaltar que 5 dos idosos tiveram acesso ao nível superior. Sousa e Silver (2008) destacam que se deve levar em consideração o fato de que as idosas de hoje, tinham difícil acesso à educação no período em que nasceram. Inclusive devido à proibição dos pais, descritas em alguns relatos das entrevistadas.

O arranjo familiar é outro fator que se deve dar importância e que também foi observado nesta pesquisa. O esperado é que quanto mais pessoas convivem com o idoso, mais fácil se torna o cuidado, visto que as tarefas podem ser divididas entre os membros, havendo, desta forma, mais opções de pessoas para ajudar no cuidado. Entretanto, na fala dos cuidadores, pôde-se observar a presença da pessoa que detém o poder na tomada de decisão quando se trata das questões que envolvem o grupo familiar, entre elas as questões relativas à saúde. Esta pessoa assume, em geral, a responsabilidade total pelo idoso dependente, o que muitas vezes a sobrecarrega, obrigando-a a cumprir rotinas árduas, gerando desgaste físico/emocional, assim como enfrentamentos com os demais membros da família, acusados de não colaborar com o cuidado ao idoso.

Outros aspectos relevantes foram aqueles relacionados aos motivos que levaram estes idosos ao acamamento, à relação entre as comorbidades e a qualidade de vida, além do regime de aquisição e utilização dos medicamentos.

No que se refere à patologia de base que determinou a condição de perda da mobilidade, tornando o idoso acamado, destacaram-se as doenças do aparelho circulatório. Corroborando com o estudo de Figueiredo e colaboradores (2008), o AVC foi a causa mais freqüente dentro desta classe de doenças, implicando numa condição crônica a comprometer sensivelmente a autonomia e independência do idoso. Outros estudos que não se tratam apenas da condição de acamado, mostraram que doenças do aparelho circulatório também foram a causa base de óbito e de diagnóstico principal das internações hospitalares de idosos (GÓIS, 2010; LOYOLA FILHO et al, 2004).

Seguindo as doenças cardiovasculares, tem-se como segunda causa básica para acamamento os transtornos mentais e comportamentais. Destes, a demência/Alzheimer foi o mais frequentemente relatado. Como terceira causa mais freqüente estava as causas externas e dentre estas destacaram-se as quedas, cuja alta incidência tem levado a uma crescente preocupação em populações geriátricas, merecendo atenção principalmente na atenção à saúde dos idosos mais velhos (CABRERA, 2007; FERREIRA, 2010; MATHIAS, 2006). As causas mais comuns que levaram ao acamamento entre os idosos corresponderam a doenças cuja ocorrência e agravamento,

podem ser minimizados com adoção individual de novos hábitos de vida, seja por meio de dieta com baixo teor de gordura e/ou sódio; prática rotineira de atividade física e/ou por intervenções dos serviços de saúde com atividades educativas e atendimento domiciliar, entre outras.

Uma limitação merece ser ressaltada referente às causas bases para adequada extrapolação destes resultados. O grupo de doenças classificadas como causadoras do estado de acamado dos idosos, foi obtido mediante informação do cuidador, não sendo conferidos laudos médicos que comprovassem estas causas, o que pode, em alguns casos, mascarar o real motivo para o acamamento. Com isso, ressaltamos a importância do aprofundamento de estudos a respeito destas condições.

Uma vez acamados, as principais comorbidades identificadas nos idosos, corresponderam a hipertensão, demência/ Alzheimer e diabetes. Além disso, a maioria destes idosos apresentava 4 ou mais comorbidades associadas, o que reflete em uma maior probabilidade de agravos e à grande fragilidade desta população, que geralmente se torna totalmente dependente e com baixa qualidade de vida.

O número de comorbidades dos idosos acamados refletiu diretamente no número diário de medicamentos utilizados. Confirma-se, portanto, a comorbidade como um fator que predispõe os idosos ao maior uso de medicamentos, além do próprio envelhecimento como fator determinante, uma vez que os idosos com idade superior a 75 anos, utilizam mais medicamentos. Neste estudo, mais da metade dos idosos eram polimedicados, consumindo 5 ou mais medicamentos por dia. A literatura cita que, na medida em que os idosos apresentam as doenças próprias do envelhecimento, estes passam a aderir à farmacoterapia. Dessa forma, os idosos constituem o grupo de indivíduos na sociedade mais exposto à polifarmacoterapia (BORTOLON, 2008).

Com o surgimento de doenças crônicas, os longevos procuram assistência de vários médicos, o que favorece o recebimento de várias prescrições medicamentosas, algumas até conflitantes, além da automedicação, que é outro fator que propicia o uso excessivo e irracional de fármacos. Este resultado merece atenção, pois o risco de interações medicamentosas pode ser proporcional ao número de fármacos utilizados, além disso, a terapêutica com múltiplos medicamentos torna-se uma questão bastante complexa já que muitos destes podem, inclusive, ser contra-indicados para a população geriátrica (SECOLI, 2010).

Quanto aos tipos de medicamentos utilizados, o resultado obtido foi semelhante a outro estudo, com destaque para os medicamentos que atuam sobre o

sistema cardiovascular, sistema nervoso e trato alimentar/ metabolismo (SILVA, 2012). Este achado reflete o perfil de doenças crônicas mais prevalentes entre os idosos, culminado, em parte, pela falta de prevenção e cuidado com a saúde quando mais jovens.

Diante deste resultado, é possível observar que os grupos de medicamentos mais frequentemente utilizados estavam diretamente relacionados e de acordo com as principais morbidades apresentadas. Entretanto, foram identificados medicamentos potencialmente inapropriados utilizados por 68,3% da população estudada. Isto mostra que, além da probabilidade aumentada do uso de MPI em pacientes polimedicados (CARVALHO, 2012), existe a falta de conhecimento do profissional que trata o idoso quanto aos critérios clínicos, como o de Beers, que minimizem o número de prescrições inapropriadas (FAUSTINO et al, 2011).

Nos EUA, os problemas relacionados com os medicamentos representam a quinta causa de morte, estando muitos destes problemas relacionados ao uso de MPI (FICK et al, 2003). No Brasil, estudos em ambiente hospitalar ou domiciliar, vêm revelando a alta prevalência de uso destes medicamentos, acompanhada por um aumento no risco de eventos adversos, bem como elevados gastos estimados com assistência (CASSONI et al, 2012; COELHO, 2004; NETO, 2011).

Como já citado, no grupo de idosos pesquisados, os MPI mais prescritos foram os relacionados ao sistema nervoso e, dentre estes, os antiepilépticos Clonazepam e Fenobarbital, aos quais está associado o risco de comprometimento cognitivo, delírio, quedas e fraturas. Além disto, aumentam a proporção dos casos de dependência física, tolerância na indução do sono e risco de superdosagem mesmo quando administrados em doses baixas (OLIVEIRA et al, 2016).

Em outro grupo de MPI que aparece na pesquisa com elevada frequência de utilização, o daqueles que atuam sobre o trato alimentar/metabolismo, os antiácidos Omeprazol e Lansoprazol apresentam potencial para desenvolvimento de osteoporose ou fratura, demência e insuficiência renal no caso de uso prolongado. Ainda dentro deste grupo, o hipoglicemiante glibenclamida é associado, segundo a American Geriatrics Society (2015) com o aumento do risco de hipoglicemia prolongada grave em idosos.

Diante destas evidências, entende-se as recomendações no sentido de evitar o uso de MPI por idosos como uma importante estratégia de saúde pública. Em muitos países, os instrumentos para detecção desta utilização se mostraram fundamentais para

aperfeiçoamento da postura de prescrição apropriada e redução dos desfechos negativos relacionados à farmacoterapia na população de idosos, a exemplo de reações adversas a medicamentos preveníveis, hospitalizações, incapacidades, acamamento e morte (SÖNNICHSEN et al, 2016). Desse modo, os critérios de Beers, não se constituem apenas uma lista de medicamentos a serem evitados por esta população, mas ferramentas que auxiliam na detecção de eventos adversos e na prevenção de iatrogenias.

CONCLUSÃO

As evidências obtidas nesta investigação salientam a importância da busca de conhecimento acerca das condições de saúde dos idosos acamados, o que pode subsidiar ações que promovam a melhoria da qualidade de vida e a prevenção de agravos que levam idosos a ficarem ou permanecerem neste estado. Isto porque os motivos mais frequentes de acamamento são morbidades que podem surgir ainda na juventude sendo, portanto, capazes de ser prevenidas, evitando o aumento do número de idosos fragilizados e dependentes, do ponto de vista físico e cognitivo.

Os dados revelam ainda as diversas faces da fragilidade, caracterizada neste estudo por uma condição de maior vulnerabilidade e dependência, que é o estado de acamamento. Estado este que não se pode dimensionar apenas pela sua repercussão física, mas por uma multiplicidade de aspectos, como os de natureza epidemiológica, social, econômica, cultural e psicológica.

Como tem sido exaustivamente comprovado, o envelhecimento populacional do Brasil, um país em desenvolvimento, está configurado em um aumento da expectativa de vida. Da mesma maneira, a máxima de que viver mais não significa viver com qualidade, tem se tornado lugar comum na literatura pertinente. Os resultados desta investigação sobre o idoso acamado na comunidade vêm confirmar a necessidade de estratégias assistenciais, com caráter multi e interdisciplinar, viabilizadas mediante a formação de uma rede de apoio que envolva o setor saúde, previdência e assistência social, capazes de proporcionar maior suporte às famílias, de modo a reduzir as limitações e dependências devidas às complicações de doenças crônicas. Estas, por sua vez, implicam no aumento dos agravos associados ao estado de acamamento, significativo redutor da autonomia e independência dos idosos, minando a qualidade de vida e onerando os custos das famílias e dos governos com a assistência à saúde.

À luz das informações aportadas por esta pesquisa, é indispensável concordar com as recomendações feitas por Fernandes e Soares (2012) a respeito da necessidade do cuidado integral, com o desenvolvimento de ações articuladas que visem à promoção, prevenção e recuperação da saúde do idoso dentro do contexto em que se acham inseridos, além da proteção às famílias por meio de políticas públicas que assegurem apoio assistencial e orientação a grupos de cuidadores de idosos.

Com base na constatação de que a polimedicação é um problema que oferece riscos ao idoso, principalmente quando este se encontra acamado, concordamos com Caldas (2008) quando defende que o treinamento dos profissionais quanto à prescrição e indicação de medicamentos para longevos é imprescindível, sendo necessária uma rede com pessoal capacitado para atender o idoso, desde a atenção básica até a assistência hospitalar e dentro, deste contexto, a existência da equipe multiprofissional destacando a presença do geriatra como profissional importante dentro da rede, pois este contribui na qualificação dos médicos generalistas e coordena a ação dos diferentes especialistas que atendem o idoso, principalmente no que diz respeito à prescrição. Ressalta-se ainda, que a educação continuada dos médicos, associada ao uso de evidências científicas e de critérios simples como o de Beers, podem diminuir o número de prescrições inadequadas.

Por fim, a realização de estudos abrangentes sobre as condições de saúde e utilização de medicamentos por idosos acamados em domicílio, como o presente trabalho, constitui uma lacuna importante a ser preenchida na produção científica do país. Além de estudos voltados ao mapeamento da situação deste grupo, justificativas dada a heterogeneidade das condições sanitárias e sócioeconômicas presentes nas diversas regiões do território nacional, cabe a proposição de desenhos metodológicos voltados para a avaliação da efetividade das políticas dirigidas a impactar os aspectos aqui abordados, haja visto o distanciamento frequentemente apontado nas discussões entre os instrumentos normativos e a sua aplicabilidade.

REFERÊNCIAS

- ACURCIO, Francisco de Assis et al. Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. **Rev Assoc Med Bras**, v. 55, n. 4, p. 468-74, 2009.
- AIRES, Marinês; PAZ, Adriana Aparecida. Necessidades de cuidado aos idosos no domicílio no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 83, 2008.
- ALVES, Luciana Correia; LEITE, Iúri da Costa; MACHADO, Carla Jorge. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1199-207, 2008.
- AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. American Geriatrics Society 2015, Updated Beers Criteria.
- AQUINO, Daniela Silva de. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 733-736, 2008.
- ARAUJO, Jeferson Santos et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 16, n. 1, p. 149-158, 2013.
- BARBOSA, Maira Tonidandel. Os idosos e a complexidade dos regimes terapêuticos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 4, p. 364-365, 2009.
- BEZERRA, S. M. G. **Prevalência de úlceras por pressão em pacientes acamados e cuidados dispensados no domicílio. 2010.** 2010. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí.
- BORTOLON, Paula Chagas et al. Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. 2008.
- BRASIL, I. B. G. E. Censo demográfico, 2010. **Acesso em**, v. 13, 2015.
- BRAZ, Elizabeth; CIOSAK, Suely Itsuko. O tornar-se cuidadora na senescência. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 2, p. 372-7, 2009.
- CABRERA M. Polifarmácia e adequação do uso de medicamentos. **Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan**, p. 1055-9, 2011.
- CABRERA, Marcos Aparecido Sarria; ANDRADE, S. M.; WAJNGARTEN, Maurício. Causas de mortalidade em idosos: estudo de seguimento de nove anos. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 1, n. 1, p. 12-8, 2007.
- CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família Aging with dependence: family needs and responsibilities. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003.

CARVALHO, Maristela Ferreira Catão et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo-Estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 4, p. 817-827, 2012.

CASCAES, Edézio Antunes; FALCHETTI, Maria Luiza; GALATO, Dayani. Perfil da automedicação em idosos participantes de grupos da terceira idade de uma cidade do sul do Brasil. **Arq Cat Med**, v. 37, n. 1, p. 63-39, 2008.

CASSONI, Teresa Cristina Jahn et al. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 8, p. 1708-1720, 2014.

CHAIMOWICZ, Flávio. Saúde do idoso. 2009.

DE CARVALHO, Jair Antonio; DO AMARAL ESCOBAR, Karin Alves. GAC: Uma reflexão sobre as contribuições do grupo de apoio ao cuidador da associação dos aposentados e pensionistas de volta redonda-aap-vr. 2015.

DE FREITAS MATHIAS, Thais Aidar; DE MELLO JORGE, Maria Helena Prado; DE ANDRADE, Oséias Guimarães. Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 17-24, 2006.

DE FREITAS RIBEIRO, Marco Túlio et al. Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. **Ciência & saúde coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1285-1292, 2008.

DE GÓIS, A. L.; VERAS, Renato Peixoto. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2859-69, 2010.

DEWULF, Nathalie de Lourdes Souza. **Contribuição da atenção farmacêutica ao tratamento de pacientes com doenças inflamatórias intestinais**. 2010. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

FAUSTINO, Christine Grützmann; MARTINS, Milton de Arruda; JACOB FILHO, Wilson. Potentially inappropriate medication prescribed to elderly outpatients at a general medicine unit. **Einstein (São Paulo)**, v. 9, n. 1, p. 18-23, 2011.

FERNANDES, Izabelly Dutra. Prevalência da automedicação em idosos hipertensos e diabéticos cadastrados em uma unidade básica de saúde da família de Campina Grande-PB. 2013.

FERREIRA, Denise Cristina de Oliveira; YOSHITOME, Aparecida Yoshie. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2010.

FICK, Donna M. et al. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. **Archives of internal medicine**, v. 163, n. 22, p. 2716-2724, 2003.

FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes et al. Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio. 2008.

GAIOLI, Cheila Cristina Leonardo de Oliveira et al. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 150-157, 2012.

GALATO, Dayani; SILVA, Eduarda Souza da; TIBURCIO, Letícia de Souza. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. **Ciênc saúde coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2899-905, 2010.

GAUTÉRIO, Daiane Porto et al. Caracterização dos idosos usuários de medicação residentes em instituição de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1394-1399, 2012.

GOMES TEMPORÃO, J. Sistemas universales de salud en el mundo en transformación. **Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad**, 2012.

GOMES, Haroldo Oliveira; CALDAS, Célia Pereira. Uso inapropriado de medicamentos pelo idoso: polifarmácia e seus efeitos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 7, n. 1, 2008.

HEUBERGER, Roschelle A.; CAUDELL, Karly. Polypharmacy and nutritional status in older adults. **Drugs & aging**, v. 28, n. 4, p. 315-323, 2011.

VINK J, MORTON D, FERRERI S. Pharmacist identification of medication-related problems in the home care setting. **Consult Pharm.** Jul 2011; 26 (7):477-84.

LEVORATO, Cleice Daiana et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, 2014.

LOJUDICE, Daniela Cristina. **Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados**. 2010. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

LOYOLA FILHO, Antônio Ignácio de et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 13, n. 4, p. 229-238, 2004.

LUCCHETTI, Giancarlo et al. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 13, n. 1, p. 51-58, 2010.

MARIN, Maria José Sanches et al. Nursing diagnoses of elderly patients using multiple drugs. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p. 47-52, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. In: **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, Fernanda de Freitas et al. Cuidador familiar de seqüelados de acidente vascular cerebral: significado e implicações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 143-158, 2008.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: caderno de atenção básica nº 19. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno de Atenção Básica. **Brasília: Ministério da**, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. Guia prático do cuidador. 2008.

NETO, Obreli; ROQUE, Paulo; CUMAN, Roberto Kenji Nakamura. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos e sua presença no SUS: Avaliação das listas padronizadas. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 14, n. 2, p. 285-294, 2011.

NICODEMO, Denise; GODOI, Marilda Piedade. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, p. 40-53, 2010.

NUNES, Lilian Maria; PORTELLA, Marilene Rodrigues. O idoso fragilizado no domicílio: a problemática encontrada na atenção básica em saúde. **Bol Saúde**, v. 17, n. 2, p. 109-21, 2003.

OLIVEIRAA, Márcio Galvão et al. **Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos**. 2016.

PAPALÉO NETTO, Matheus. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 2-12, 2002.

PINTO, Mauro Cunha Xavier; FERRÉ, Felipe; PINHEIRO, Marcos Luciano Pimenta. Potentially inappropriate medication use in a city of Southeast Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 48, n. 1, p. 79-86, 2012.

Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **Journal compilation**. **63:2227–2246, 2015**.

RIBEIRO, MIRIAN MARTINS. Utilização de serviços de saúde no Brasil: Uma investigação do padrão etário por sexo e cobertura por plano de saúde. **Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR. Dissertação de Mestrado**, 2005.

SECOLI, Silvia Regina et al. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 136-140, 2010.

SILVA, Annelisa Farah da et al. Problemas relacionados aos medicamentos em idosos fragilizados da Zona da Mata Mineira, Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 16, n. 4, p. 691-704, 2013.

SILVA, Eliana Mesquita da. **Perfil sociodemográfico dos idosos nas capitais do Nordeste e a mortalidade por doenças crônico-degenerativas desse segmento populacional em Natal (RN)**. 2015. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

SÖNNICHSEN, Andreas et al. Polypharmacy in chronic diseases–Reduction of Inappropriate Medication and Adverse drug events in older populations by electronic Decision Support (PRIMA-eDS): study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 17, n. 1, p. 57, 2016.

SOUSA, Ana Inês; SILVER, Lynn Dee. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, p. 706-716, 2008.

VARALLO, Fabiana Rossi et al. Assessment of pharmacotherapeutic safety of medical prescriptions for elderly residents in a long-term care facility. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 48, n. 3, p. 477-485, 2012.

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Forte. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

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

VERAS, Renato; PARAHYBA, Maria Isabel. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado Anachronic health care models for the elderly: challenges for the private sector. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, 2007.

APÊNDICE A - Formulário de Identificação do Cuidador/ Fatores Sociodemográficos	
Nome:	Telefone:
Cuidador: () Formal () Informal	
Data de Nascimento:	Endereço:
N ^a do CARTÃO SUS:	N ^a do Prontuário/ Cadastro:
Sexo: Masculino () Feminino ()	
Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Separado/ Divorciado	
Ocupação: () Aposentado () Trabalhador autônomo () Desempregado () Do lar () Trabalhador com vínculo empregatício () Outros _____	
Escolaridade: () Não analfabetizado () Fundamental incompleto () Pós-graduação () Sabe ler e escrever () Superior incompleto () Não sabe () Fundamental completo () Superior completo	
Rendimento mensal individual: () Sem renda () Menos de 1 salário mínimo (até R\$ 788,00) () De 1 a 2 salários mínimos (de R\$ 788,00 a R\$ 1.576,00) () De 2 a 4 salários mínimos (de R\$ 1.576,00 a R\$ 3.152,00) () Mais de 4 salários mínimos (mais de R\$ 3.152,00)	
Grau de parentesco:	

APÊNDICE B - Formulário de Identificação do Acamado/ Fatores Sociodemográficos	
Data da Visita:	Telefone:
Nome do(a) Idoso Acamado (a):	Sexo: Masculino () Feminino ()
Data de Nascimento:	Idade:
ACS responsável:	Unidade de Saúde:
Endereço:	
N ^a do CARTÃO SUS:	N ^a do Prontuário/ Cadastro:
Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Separado/ Divorciado	
Ocupação: () Aposentado () Trabalhador autônomo () Desempregado () Do lar () Trabalhador com vínculo empregatício () Outros _____	
Escolaridade: () Não alfabetizado () Fundamental incompleto () Pós-graduação () Sabe ler e escrever () Superior incompleto () Não sabe () Fundamental completo () Superior completo	
Rendimento mensal individual: () Sem renda () Menos de 1 salário mínimo (até R\$ 788,00) () De 1 a 2 salários mínimos (de R\$ 788,00 a R\$ 1.576,00) () De 2 a 4 salários mínimos (de R\$ 1.576,00 a R\$ 3.152,00) () Mais de 4 salários mínimos (mais de R\$ 3.152,00)	
Mora com quem: () Sozinho () Esposo/Companheiro () Filho ____ () Neto ____ () outros _____	

APÊNDICE C - Formulário de Condições de Saúde	
Plano privado de Saúde: () sim () não Sistema Único de Saúde: () sim () não Ambos: () sim () não	
Motivo pelo qual está acamado: () Doenças do AP circulatório () Doenças do sistema nervoso () Doenças do sistema osteomuscular () Causas externas de morbididades () Outras doenças:	
Hospitalizações:	Tempo de acamado:
Comorbidades: () Hipertensão () AVC () Escaras () Úlcera de pressão () Diabetes () Depressão () Demência/Alzheimer () Doença de Parkinson () Obesidade () Transtorno Mental () Hanseníase () Tuberculose () Câncer () Outras Doenças:	

APÊNDICE D - Utilização de Medicamentos

Nome_____Dose_____Posologia_____Prescritor:_____Serv. Saúde_____Val_____

Nome_____Dose_____Posologia_____Prescritor:_____Serv. Saúde_____Val_____

Nome_____Dose_____Posologia_____Prescritor:_____Serv. Saúde_____Val_____

Nome_____Dose_____Posologia_____Prescritor:_____Serv. Saúde_____Val_____

Nome_____Dose_____Posologia_____Prescritor:_____Serv. Saúde_____Val_____

Nome_____Dose_____Posologia_____Prescritor:_____Serv. Saúde_____Val_____

Nome_____Dose_____Posologia_____Prescritor:_____Serv. Saúde_____Val_____

Nome_____Dose_____Posologia_____Prescritor:_____Serv. Saúde_____Val_____

Nome_____Dose_____Posologia_____Prescritor:_____Serv. Saúde_____Val_____

Nome_____Dose_____Posologia_____Prescritor:_____Serv. Saúde_____Val_____

Aquisição do Medicamento: () Rede Pública_____() Rede Privada_____

ANEXO A

Med Take modificado utilizado para avaliar o conhecimento sobre o tratamento medicamentoso (RAEHL et al, 2002).

Nome e descrição de como o paciente toma a medicação	Nome (1=correto, 0=incorreto) (20%)	Dose (1=correto, 0=incorreto) (20%)	Indicação (1=correto, 0=incorreto) (20%)	Interações com alimento (1=correto, 0=incorreto) (20%)	Escala de tomada (1=correto, 0=incorreto) (20%)	Escore para cada medicação 0-100%
1						
2						
3						
Escore da prescrição	---	---	---	---	---	Calcular média da coluna

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: **Caracterização da Utilização de Medicamentos por Idosos Acamados em Domicílio no Distrito Sanitário IV, Recife – PE**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Alamisne Gomes da Silva, Endereço Rua Alagoinha Nº 156, Paulista - PE e CEP 53415-140 – (081) 99731-1061 e e-mail misnegomes@yahoo.com para contato do pesquisador responsável (inclusive ligações a cobrar) e está sob a orientação de: Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo para contato: (081) 99941-2676, e-mail ag.santo@yahoo.com.br. Também participam desta pesquisa: Adriana Falangola Benjamin Bezerra, Telefones: (081)99962-2571.

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Descrição da pesquisa: **Objetivo.** Investigar o uso e administração de medicamentos por idosos acamados assistidos pelas Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV do Recife. **População de Estudo.** A população alvo será constituída por pessoas de ambos os sexos, acima de 60 anos, acamados e que fazem parte da área de abrangência das Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV, microrregião. Serão realizadas entrevistas com os idosos acamados e seus cuidadores, por meio de questionários que serão aplicados no momento da visita domiciliar, previamente agendada com o ACS da equipe de saúde da família e o voluntário da pesquisa. A duração da entrevista será de aproximadamente 2 (duas) horas.

- O presente estudo não envolve nenhum método ou procedimento de intervenção, portanto, os possíveis riscos aos entrevistados são mínimos. Poderão ocorrer constrangimentos em responder a alguma das questões formuladas, entretanto, salienta-se que nenhum dos entrevistados será identificado e todos os resultados serão apresentados na forma de dados agregados. Os questionários serão armazenados de forma segura na residência da pesquisadora responsável, por um período de 5 anos.
- Benefícios: Esta pesquisa, ainda preliminar, poderá subsidiar novos estudos mais aprofundados a cerca da farmacoterapia de idosos acamados, favorecendo melhor compreensão da utilização de medicamentos neste grupo etário e uma assistência adequada para melhoria da qualidade de vida desta população.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações, entrevistas, fotos), ficarão armazenados em pastas de arquivo em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço Rua Alagoinha N° 156, Paulista - PE, pelo período mínimo de 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

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 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo Caracterização da Utilização de Medicamentos por Idosos Acamados em Domicílio no Distrito Sanitário IV, Recife – PE, como voluntário (a). Fui devidamente informado

(a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura: