

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

**USO DE PSICOFÁRMACOS POR IDOSOS CADASTRADOS
EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DO RECIFE**

LEILA MONTEIRO NAVARRO MARQUES DE OLIVEIRA

RECIFE

2009

LEILA MONTEIRO NAVARRO MARQUES DE OLIVEIRA

**USO DE PSICOFÁRMACOS POR IDOSOS CADASTRADOS
EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Ana Paula de Oliveira Marques

RECIFE

2009

Oliveira, Leila Monteiro Navarro Marques de
Uso de psicofármacos por idosos cadastrados
em unidade de saúde da família da cidade do Recife /
Leila Monteiro Navarro Marques de Oliveira. – Recife
: O Autor, 2009.
90 folhas : fig., tab. e quadros.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal
de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2009.

Inclui bibliografia, anexos e apêndices.

1. Psicofármacos. 2. Idosos. 3. Prevalência.
4. Medicalização. I. Título.

615.214
615.788

CDU (2.ed.)
CDD (22.ed.)

UFPE
CCS2009-134



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E
PÓS-GRADUAÇÃO



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A)
MESTRAND(O)A

LEILA MONTEIRO NAVARRO MARQUES DE OLIVEIRA

No dia 14 de agosto de 2009, às 9:00 horas, no auditório do NUSP – Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Ana Paula de Oliveira Marques (DO – do Departamento de Medicina Social da UFPE – Orientador) Membro Interno, José Augusto Cabral de Barros (DO – do Departamento de Saúde Coletiva da UFPE) Membro Externo e Thália Velho Barreto de Araújo (DO – do Departamento de Medicina Social da UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, arguíram o(a) mestrando(a) Leila Monteiro Navarro Marques de Oliveira, sobre a sua Dissertação intitulada: ***"Uso de Psicofármacos por Idosos Cadastrados em Unidade de Saúde da Família da Cidade do Recife"***. Ao final da arguição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Profª. Drª. Ana Paula de Oliveira Marques Aprovado

Prof. Dr. José Augusto Cabral de Barros APROVADO

Profª. Drª. Thália Velho Barreto de Araújo APROVADA

Ana Paula de Oliveira Marques
Profª. Drª. **Ana Paula de Oliveira Marques**

José Augusto C. Barros
Prof. Dr. **José Augusto Cabral de Barros**

Thália Velho Barreto de Araújo
Profª. Drª. **Thália Velho Barreto de Araújo**

Dedico este trabalho a **Aristides**,
com quem desejo continuar envelhecendo.

AGRADECIMENTOS

A Aristides, por tudo que temos e somos juntos;

A Guilherme e Débora, filhos amados, por existirem;

À minha querida mãe e irmãos, pelo amor que me dedicam;

A Ana Paula de Oliveira Marques, por se dispor a ser minha orientadora e pelas orientações oportunas na construção deste trabalho;

Aos que compõem o Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva;

À professora Thália Velho Barreto de Araújo, pelo que me ensinou além da Epidemiologia;

Ao professor José Augusto Cabral de Barros pelas preciosas contribuições a este trabalho;

A Moreira, pela paciência e amizade, cafezinhos e risos;

A Angélica, Fernanda, Luciana e Pollyanna, amigas “duradouras”;

A Eronildo Felisberto, Ana Cláudia Figueiró e os demais componentes do Grupo de Estudos de Avaliação e de Gestão em Saúde (Geas/Imip), pelo apoio e incentivo no decorrer do Mestrado;

Às incríveis amigas de sala de aula que chegaram com o Mestrado e permanecerão em minha vida para além dele;

Um agradecimento especial àquelas com quem compartilhei momentos desse caminhar que excederam as dificuldades inerentes ao processo e nos quais nos apoiamos; Marcella Abath, Elisabete Pereira e, claro, Andréa Lobo, parceira de madrugadas na internet, amiga de todas as horas literalmente;

Aos profissionais da Unidade de Saúde da Família João Rodrigues, em especial àqueles que demonstraram boa vontade em colaborar na coleta dos dados;

Aos entrevistadores, pela seriedade e compromisso com que desenvolveram o trabalho de campo;

Aos idosos entrevistados, por sua generosidade, disponibilidade e confiança, A eles, meu agradecimento, respeito e desejo que esse estudo contribua de alguma forma para melhorar a atenção à saúde desse subgrupo populacional;

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq – pelo apoio financeiro, viabilizando a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*No percurso deste trabalho contei com o apoio de alguém
que foi muito mais que um coorientador, sem ao menos sê-lo.
Meu agradecimento especial a **Paulo Germano de Frias**,
pelo respeito, confiança e incentivo incondicional
antes e durante este caminhar.*

*“...Pedras no caminho?
Guardo todas, um dia vou construir um castelo”...
(Fernando Pessoa)*

RESUMO

O consumo de psicofármacos vem apresentando crescimento nas últimas décadas, em todo o mundo. Por tratar-se de substância psicoativa, seu uso na população idosa exige cuidados redobrados, uma vez que as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas comuns na velhice acentuam os riscos de reações adversas. Resulta desse fato a importância de estudos sobre o assunto, de forma a propiciar o uso racional dessa classe terapêutica na população geriátrica. O objetivo desse estudo foi conhecer a prevalência de uso, padrão de consumo destes psicofármacos e sua associação com fatores demográficos e socioeconômicos, condições de saúde e utilização de serviços de saúde na população residente em área de abrangência da Estratégia Saúde da Família da cidade do Recife. O estudo foi do tipo transversal, de base populacional; a amostra foi composta de 310 idosos selecionados por sorteio aleatório simples e a coleta dos dados feita através de entrevista domiciliar. O questionário foi elaborado com base no instrumento multidimensional *Brazil old age Schedule* – Boas. A prevalência de uso de psicofármacos encontrada nesse estudo foi de 20%. O grupo de psicofármacos mais consumido foi o dos benzodiazepínicos; os idosos, em sua maioria (66,1%), não tiveram dificuldade para adquirir o medicamento; a prescrição, na maioria das vezes, foi feita por especialista (59,7%), e a insônia foi o problema de saúde para o qual houve maior frequência de prescrição. Quanto ao tempo de uso, 79,0% dos idosos consomem o psicofármaco há pelo menos um ano. Na análise das associações entre o uso de psicofármacos e as demais variáveis independentes foi verificada associação estatisticamente significativa com sexo, situação previdenciária, avaliação de saúde comparada com as pessoas da mesma idade, número de doenças referidas, tempo em que apresenta a doença, consultas médicas realizadas nos últimos seis meses e número de consultas médicas nesse período. Os resultados reforçam a preocupação com o uso de psicofármacos por essa população e demonstram a necessidade de um olhar mais aguçado sobre seus problemas de saúde, de modo a considerar suas dores psíquicas, muitas vezes traduzidas em desconfortos físicos, e a possibilidade da utilização de outras formas de tratamento em detrimento da terapêutica medicamentosa.

Palavras-chave: psicofármacos; idosos; prevalência; medicalização.

ABSTRACT

The consumption of psychotropic drugs has been showing growth during the last decades worldwide. Being a psychoactive substance its use in the elderly population requires intensive (or special) care since the pharmacokinetic and pharmacodynamic alterations, which are common in old age, accentuate the risks of adverse reactions. As a consequence it is very important that such studies be performed in order to promote the rational use of that therapeutic class in the geriatric population. The present study has aimed at knowing the prevalence of use, consumption pattern and association with demographic and socioeconomic factors, health state and the utilization of health services in the population residing in the all-embracing area of the Family Health Strategy in the city of Recife. The study is a transversal or cross-sectional one and was population-based; the sample was made up of 310 elderly people selected through simple random raffle and the data collection was done through home interview. The questionnaire was elaborated based on the multidimensional instrument *Brazil old age Schedule* – Boas. The prevalence of psychopharmacs use found in this study was of 20%. The most consumed psychopharmac group was the benzodiazepiness; most of the elderly (66.1%) did not face difficulties in acquiring the medicine; the prescription, most part of times, was done by a specialist (59.7%), and insomnia was the health problem to which there were more prescriptions. Concerning the length of time, 79.0% of the elderly have consumed the psychopharmac for at least one year. In the analysis of the associations between the use of psychopharmacs and the other independent variables it was verified a statistically significant association with sex, previdenciary situation, health evaluation compared to people of the same age, number of referred conditions, condition duration, medical appointment made during the last six months as well as the number of medical appointments in that period. The findings reinforce the preoccupation with the use of psychopharmacs by that population and demonstrate the necessity of a sharper look on their health problems, in order to consider their psychic pain, several times mistaken as physical discomfort, as well as the possibility of using other forms of treatment instead of medical therapeutic.

Key-words: psychopharmacs; elderly; prevalence; medicalization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Página
Figura 1 - Mapa da microrregião 6.1 da cidade do Recife.	32
Quadro 1 - Descrição das variáveis utilizadas no instrumento de coleta e suas respectivas categorias, por seção.	37

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1 - Distribuição dos idosos cadastrados na Unidade de Saúde da Família João Rodrigues, por sexo. Recife/ PE, 2008.....	33
Tabela 2 - Distribuição dos participantes da amostra por sexo. Recife/ PE, 2008.....	34
Tabela 3 - Caracterização da amostra de idosos entrevistados, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Recife/PE, 2008.....	43
Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo condições de saúde. Recife/PE, 2008...	45
Tabela 5 - Caracterização da amostra de idosos quanto à utilização de serviços de saúde. Recife/PE, 2008.....	46
Tabela 6 - Distribuição da amostra quanto ao uso de psicofármacos nos 15 dias que antecederam a entrevista. Recife/PE, 2008.....	47
Tabela 7 - <i>Odds ratio</i> (OR) bruta e Intervalo de Confiança para a associação entre o uso de psicofármaco e características demográficas e sócio-econômicas dos idosos que declararam ter utilizado psicofármacos. Recife/PE, 2008	49
Tabela 8 - <i>Odds ratio</i> (OR) bruta e Intervalo de Confiança para a associação entre o uso de psicofármaco e condições de saúde dos idosos que declararam ter utilizado psicofármacos. Recife/PE, 2008.	50
Tabela 9 - <i>Odds ratio</i> (OR) bruta e Intervalo de Confiança para a associação entre o uso de psicofármaco e utilização de serviços de saúde dos idosos que declararam ter utilizado psicofármacos. Recife/PE, 2008	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
AF	-	Assistência Farmacêutica
Anvisa	-	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Boas	-	Brazil Old Age Schedule
BPC	-	Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social
CBO	-	Classificação Brasileira de Ocupações
CCS	-	Centro de Ciências da Saúde
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisas
CID	-	Código Internacional de Doenças
ESF	-	Equipe de Saúde da Família
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MR	-	Microrregião
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
PNSI	-	Política Nacional de Saúde do Idoso
PSF	-	Programa de Saúde da Família
Siab	-	Sistema de Informação de Atenção Básica
SMS	-	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
SVS	-	Secretaria de Vigilância em Saúde
USF	-	Unidade de Saúde da Família
RPA	-	Região Político-Administrativa
SPSS	-	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	-	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 MARCO TEÓRICO	15
2.1 O envelhecer: algumas considerações	15
2.2 Transição demográfica e epidemiológica: o caso brasileiro	16
2.3 Medicalização da sociedade: o papel dos medicamentos	21
2.4 Psicofármacos e seu uso pela população idosa	25
3 JUSTIFICATIVA	29
4 OBJETIVOS	30
4.1 Geral	30
4.2 Específicos	30
5 MATERIAL E MÉTODOS	31
5.1 Desenho do Estudo	31
5.2 Área do Estudo	31
5.3 População de referência e período de coleta dos dados	33
5.4 Cálculo da Amostra	33
5.5 Seleção da Amostra	34
5.6 Elenco de variáveis	35
5.7 Instrumento de Coleta de Dados	36
5.8 Coleta de Dados	40
5.9 Processamento e Análise dos Dados	41
5.10 Considerações Éticas	42
6 RESULTADOS	43
7 DISCUSSÃO	52
8 CONCLUSÃO	63
9 RECOMENDAÇÕES	65
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICES	77
ANEXOS	89

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional brasileiro é hoje uma realidade. E, a exemplo dos demais países em desenvolvimento que vivenciam esse processo, o Brasil não se preparou para enfrentar as consequências dele decorrentes. O desafio que ora se apresenta é responder as demandas que emergem desse grupo etário, nas diversas esferas, especialmente na saúde, frente às suas especificidades, à escassez de recursos financeiros e de profissionais qualificados no cuidado à saúde dessa população.

A medicalização da sociedade, definida como o excesso de aparatos tecnológicos utilizados no combate às morbidades, promoveu mudanças comportamentais importantes no que se refere ao binômio saúde-doença, que resultaram em perda da autonomia das pessoas no enfrentamento de doenças e dores tanto físicas como psíquicas. O saber científico passa a ser hegemônico e os demais perdem seu valor. Os medicamentos, por sua vez, foram incorporados à cultura de consumo vigente, deixando de ser insumos utilizados na cura de doenças para se transformar em mercadorias consumidas com base na promessa de fim dos sofrimentos os mais variados.

Assim, na atualidade, um dos problemas de saúde pública de maior relevância nesse grupo etário é o alto consumo de produtos farmacológicos, utilizados como alternativa prioritária no combate às doenças que surgem em decorrência do envelhecimento. Entre as classes terapêuticas mais prescritas e consumidas estão os psicofármacos.

Os benefícios promovidos pelos avanços da psicofarmacologia são inegáveis; porém, a aparente irracionalidade de seu uso se configura como um motivo de preocupação. Na população geriátrica a utilização dos psicofármacos exige cuidados redobrados visto que as pessoas idosas apresentam alterações bioquímicas e fisiológicas capazes de potencializar os efeitos maléficos desses medicamentos que, não raro, resultam em graves consequências para o idoso, sua família e o sistema de saúde.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 O envelhecer: algumas considerações

O envelhecimento é definido por muitos autores como um processo contínuo, gradual e irreversível, resultante da interação entre fatores biológicos, psíquicos e sociais que promovem alterações de naturezas diversas em quem o vivencia (ZIMERMAN, 2000; LITVOC, BRITO, 2004).

É na velhice que as transformações ocorridas gradualmente durante o passar dos anos ficam mais evidentes. As modificações biológicas são mais exteriorizadas, se revelam no surgimento das rugas da pele, cabelos brancos, arqueamento corporal, entre outras, exigindo de quem envelhece uma adaptação de autoimagem. As fisiológicas se relacionam às alterações das funções orgânicas e as bioquímicas estão diretamente ligadas às transformações das reações químicas que se processam no organismo. As modificações psicológicas ocorrem quando, ao envelhecer, o ser humano precisa adaptar-se a uma nova autoimagem, à presença de limitações e também defrontar-se com a probabilidade de morte (NERI, 2001). Já as modificações sociais ocorrem quando as relações se alteram em função da diminuição da produtividade e, principalmente, do poder físico e econômico (ZIMERMAN, 2000).

Do ponto de vista da fisiologia do envelhecimento, não há consenso, na literatura especializada, quanto ao início desse processo. Segundo alguns autores, ele começa já na fase da concepção do ser humano, outros admitem que ocorre entre a segunda e a terceira décadas da vida e outros o situam em idades mais avançadas da existência humana. Entretanto, há, entre eles, uma concordância quanto à heterogeneidade desse processo. A forma como as pessoas envelhecem é individualizada e varia de acordo com os aspectos internos e externos (LITVOC, BRITO, 2004).

Essa multiplicidade de fatores dificulta a tarefa de conceituar com mais precisão o período da vida denominado velhice; e, nesse contexto, definir quem é ou não idoso. Apesar disso, a idade cronológica tem sido largamente utilizada como marcador do início dessa fase da vida

e, mesmo contemplando apenas um dos aspectos envolvidos no envelhecimento, é considerada um parâmetro aceitável, uma vez que torna possível a comparação entre dados (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; PAPALÉO NETTO, 2002).

A Organização das Nações Unidas - ONU, na Assembleia sobre o Envelhecimento Mundial, realizada em Viena, em 1982, definiu 65 anos como limite mínimo de idade para que uma pessoa seja considerada idosa, nos países desenvolvidos, e 60 anos, nos países em desenvolvimento (ONU, 1982). No Brasil, o ponto de corte que define o início da velhice aos 60 anos de idade é referendado pela Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1998) e pelo Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

2.2 Transição demográfica e epidemiológica: o caso brasileiro

O aumento do contingente de pessoas idosas é hoje um fenômeno mundial e tem como resultado o envelhecimento da população (CARVALHO; GARCIA, 2003; LIMA-COSTA, 2003). Estima-se que, em 2050, uma em cada cinco pessoas no mundo terá mais de 60 anos, sendo essa proporção ainda menor nos países industrializados: uma em cada três pessoas (PEREIRA; CURIONI, 2002; VERAS, 2003). Esse processo, conhecido como transição demográfica, teve início no século XIX, nos países da Europa, em consequência da melhoria das condições de vida e de saúde dessas populações decorrentes da revolução industrial (RAMOS, 2002; VERAS, 2002). Mais recentemente o envelhecimento populacional também vem ocorrendo nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil.

A forma e velocidade com que ele acontece diferem de população para população uma vez que apresenta relação direta com o contexto sócioeconômico existente (LIMA-COSTA, 2003). Segundo Chaimowicz (1997), esse processo ocorreu de maneira lenta e gradual nos países economicamente desenvolvidos. A França, por exemplo, precisou de 115 anos para elevar o número de idosos em sua população, a Suécia 85 e os Estados Unidos 66 anos. Nas nações em desenvolvimento, entre elas o Brasil, o crescimento desse grupo etário tem ocorrido de forma acelerada, se comparado aos países desenvolvidos; decorre disso uma redução das possibilidades de enfrentamento das demandas que emergem com essa população, sobretudo no campo da saúde e da economia (PAIVA; WANJMAN, 2005).

A transição demográfica brasileira teve início na década de 1940, com a queda da mortalidade pela redução das doenças infecciosas e parasitárias como causa de óbitos. A natalidade, entretanto, manteve-se alta, resultando em um aumento do contingente populacional, uma vez que produziu ganhos em termos de anos de vida para todas as idades. A partir da segunda metade da década de 1960 começou a se reduzir a taxa de fecundidade, fator fundamental que, associado ao aumento da expectativa de vida, alterou a estrutura etária do país e promoveu seu envelhecimento (LIMA-COSTA, 2003).

No início do século XX as pessoas idosas representavam 4% da população brasileira. Em meados dos anos de 1990 esse percentual já havia duplicado (IBGE, 1991). Atualmente, 18.761.039 brasileiros têm 60 anos ou mais de idade, representando aproximadamente 10% da população do país (IBGE, 2008). O Brasil, que outrora foi um país predominantemente jovem, apresenta os primeiros sinais de envelhecimento.

As desigualdades sócio-econômicas existentes entre suas regiões contribuem para que o país apresente uma proporção de idosos com variação inter-regional significativa (VERAS, 2003). Em 2002, os idosos representavam 10,2% da população da Região Sudeste, 10,0% da população da Região Sul, 9,3% da região Norte, 8,9% da população do Nordeste e 7,2% da população do Centro-Oeste (IBGE, 2005). O mesmo ocorre com a expectativa de vida. Enquanto na Região Nordeste a expectativa de vida em alguns estados não chega a atingir 60 anos, na Região Sul ela é superior a 70 anos (RODRIGUES; RAUTH, 2002). Assim, nas regiões que apresentam melhores condições de vida tanto o contingente quanto o tempo de vida da população idosa são maiores.

O processo de envelhecimento da população brasileira apresenta-se também desigual quanto ao gênero. Segundo Lyod-Sherlock (2002) mesmo que não seja possível afirmar que a velhice é universalmente feminina, é inegável que possui forte componente de gênero. A proporção maior de mulheres em relação aos homens nesse grupo populacional determina a chamada feminização da velhice (NERI, 2001; PEREIRA; CURION; VERAS, 2002).

Por ocasião do Censo 2000 e da PNAD 2001, realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, as mulheres representavam 55,8% dos 14 milhões de idosos existentes no país. Projeção feita pelo mesmo Instituto, em 2004, estima que, em 2020, a população

brasileira contará com 25 milhões de pessoas idosas, sendo 60% desse contingente representado pelo sexo feminino (15 milhões de mulheres) (IBGE, 2005).

Entre os fatores apontados por Lima-Costa (2003) como determinantes dessa sobrevivência feminina está a maior percepção de doenças pelas mulheres, e em consequência, a maior busca por serviços de saúde; o menor consumo de álcool e tabaco e uma menor exposição ao risco de acidentes de trânsito, homicídios e suicídios.

Entretanto, a maior expectativa de vida apresentada pelas mulheres se traduz mais em risco do que em vantagem, uma vez que são física e socialmente mais frágeis do que os homens e vivenciam o envelhecimento em piores condições e com menor qualidade de vida (CAMARANO, 2002; ATTÍAS-DONFUT, 2004; PAPALÉO NETTO; YUASO; KITADAI, 2005).

As transformações demográficas ocorridas em uma população, associadas em geral a transformações sociais e econômicas promovem, de forma paralela, modificações nos padrões de morbidade e mortalidade, caracterizando a chamada transição epidemiológica. No Brasil não foi diferente. Passadas algumas décadas, o país exibe um quadro epidemiológico com modificações importantes. O aumento no número de anos vividos deslocou a carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os de idades mais avançadas; as doenças infectocontagiosas deixaram de ser a principal causa básica de morte, dando lugar às doenças não transmissíveis, e ainda, houve a mudança de um panorama no qual predominava a mortalidade para um em que a morbidade é dominante (GORDILHO *et al*, 2000; BARRETO; CARMO, 2000).

As doenças crônico-degenerativas tornaram-se prevalentes, todavia as transmissíveis não deixaram de existir e ainda acarretam problemas significativos para o sistema de saúde pública do país. Há, portanto, nos dias atuais, um perfil epidemiológico caracterizado por uma dupla carga de doenças e agravos, ao invés da substituição de velhos por novos problemas de saúde (GORDILHO *et al*, 2000).

Diferentemente das condições agudas, as crônicas apresentam manifestação gradual, duração prolongada, prognóstico usualmente incerto e resultam na necessidade de cuidados, ao invés

de cura. Silva Junior *et al* (2003) afirmam que esse tipo de enfermidade foi responsável por 76,7% dos gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) com internações hospitalares, em 2002.

A presença de múltiplas patologias na pessoa idosa não raramente dificulta a interpretação dos sinais e sintomas dessas morbidades, resultando em um maior risco de indicações terapêuticas errôneas (MONAME; AVORN, 1996; CHAIMOWICZ, 2000).

Dentre as doenças crônico-degenerativas que compõem o quadro de morbidades prevalentes na velhice estão a hipertensão, doenças do aparelho circulatório e a diabetes. Além dessas, e não menos importantes pelo prejuízo psicossocial que representam, estão os transtornos psíquicos (RODRIGUES; DIOGO; BARROS, 1996).

Fatores de estresse como o surgimento de doenças, a morte do cônjuge ou pessoas próximas, a falta de perspectivas de futuro e a solidão, podem somar-se às perdas inerentes à idade, favorecendo o surgimento de quadros de depressão ou outras manifestações psíquicas (STOPPE; LOUZÃ, 1999).

A depressão e demência são as doenças psíquicas mais prevalentes e estão entre as principais causas de perda de anos vividos, uma vez que levam, com frequência, a dependência e perda da autonomia (LIMA, 1999; GORDILHO, 2000). Não raramente a depressão é negligenciada como indicador de uma doença que resulta em severos danos à qualidade de vida do idoso e sua família, ao mesmo tempo em que representa um custo elevado para os serviços de saúde e a sociedade em geral. A prevalência de demência varia de acordo com a idade, correspondendo a aproximadamente 1% a partir dos 60 anos, dobrando a cada 5 anos, até atingir 30% a 50%, a partir dos 85 anos (VERAS, 1994).

A ansiedade está frequentemente associada a transtornos depressivos e a doenças físicas de decurso crônico ou de maior gravidade, como o diabetes e o câncer. A avaliação dos transtornos da ansiedade em idosos deve levar em consideração que doenças clínicas e a associação de medicações utilizadas nesta fase da vida podem produzir quadro sintomático semelhante (SHEIKH, 1999).

Os transtornos do sono, também prevalentes na velhice, não raro estão associados a outras morbidades como demência, ansiedade e depressão, mas muitas vezes ocorrem devido próprio

processo de envelhecimento, que altera a quantidade e qualidade do sono. Entre os fatores que contribuem para seu surgimento estão: dor ou desconforto físico, fatores ambientais, desconfortos emocionais e o uso de medicamentos psicoativos (GEIB *et al*, 2003).

A doença de Parkinson e o mal de Alzheimer também costumam estar presentes nas idades mais avançadas (ZIMERMAN, 2000). Essas doenças, quando não assistidas de forma adequada, promovem sequelas que, com frequência, comprometem a independência e a autonomia do idoso (PAPALÉO NETTO; PONTE, 1996).

Diante da complexidade das doenças que afetam preferencialmente as pessoas de idades mais avançadas e os problemas sociais decorrentes do panorama demográfico e epidemiológico atualmente existente, é possível afirmar que o envelhecimento da população transformou a velhice em uma questão social e de saúde pública de grande relevância, colocando-a entre as prioridades das sociedades modernas.

O aumento do contingente de idosos em uma população influencia o modo de gerir a atenção à saúde, visto que faz surgir a necessidade de adequação de valores culturais, das políticas sociais e de saúde, de forma a atender as demandas que emergem desse subgrupo populacional (STEVENSON *et al*, 1997).

A velocidade e o contexto de grandes desigualdades no qual se processou o envelhecimento da população brasileira e as transformações dele decorrentes, tornaram urgente a implementação de políticas públicas que respondessem às necessidades inerentes a essa nova realidade. Os primeiros passos rumo a uma atenção integral à saúde do idoso foram dados com a aprovação da Política Nacional de Saúde do Idoso - PNSI, cuja finalidade primordial é promover o envelhecimento saudável através da prevenção de doenças, da recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência da pessoa idosa (BRASIL, 1999).

O Estatuto do Idoso, no que se refere à saúde dispõe que a prevenção e manutenção serão efetivadas por meio de: cadastramento da população idosa em base territorial; atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatorios, unidades geriátricas de referência com profissionais especializados, assistência domiciliar incluindo a internação para o idoso que esteja impossibilitado de deslocar-se para atendimento nos serviços de saúde. Ainda, estabelece o fornecimento gratuito, pelo poder público, de medicamentos, especialmente os de

uso continuado, assim como prótese, órtese e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação (BRASIL, 2003).

No âmbito do SUS, a vigilância à saúde dos idosos é destacada como responsabilidade dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família. A eles cabe identificar precocemente alterações patológicas, estimular a participação da família e da sociedade no cuidado à pessoa idosa e a conscientização sobre a importância de mantê-la na sociedade, de forma a contribuir para a manutenção de seu equilíbrio físico e psíquico (BRASIL, 2000).

Faz-se necessário, ainda destacar a contribuição oferecida pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF, aprovada em maio de 2004, e que define a Assistência Farmacêutica (AF) como uma prática que tem como insumo primordial os medicamentos e, como objetivo, garantir uma farmacoterapia racional, segura e custo-efetiva (BRASIL, 2001; NOVAES, 2007). Como parte integrante da atenção à saúde no âmbito do SUS é, sem dúvida, um dos aspectos relevantes no que se refere à assistência dos idosos em seus problemas de saúde.

A elaboração desses instrumentos legais trouxe avanços no cuidado à pessoa idosa; contudo, salienta-se que a saúde envolve múltiplos aspectos e para que os idosos possam ter minimizados seus problemas nessa área, é imprescindível que sejam implementadas políticas públicas capazes de responder a essa diversidade que, de forma indireta, determina a qualidade da saúde e de vida da população.

2.3 Medicalização da sociedade: o papel dos medicamentos

O termo medicalização foi empregado primeiramente por Ivan Illich, em meados dos anos de 1970 para descrever o excesso crescente de cuidados e aparatos tecnológicos utilizados no combate às doenças ou em sua prevenção, independente se sua origem era fisiológica ou resultante de problemas econômicos e sociais. De acordo com este autor, a medicalização da vida ocorrida na sociedade contemporânea promoveu a perda da autonomia das pessoas diante de problemas como doenças, dor e envelhecimento, fazendo aparecer formas de iatrogenia ou danos à saúde (ILLICH, 1975 apud BARROS, 2002).

Barros (1984) define a medicalização como a dependência crescente da sociedade da tecnologia médico-assistencial, que, favorecida pela lógica capitalista, transforma bens e serviços em mercadorias com o objetivo de produzir lucro. A mercantilização da medicina faz com que experiências que outrora eram vivenciadas como naturais, a exemplo da gravidez, parto, envelhecimento ou mesmo tristeza, sejam hoje avaliadas como doenças, demandando, portanto, procedimentos médicos e utilização de produtos farmacológicos, não interessando muitas vezes que o resultado seja apenas paliativo (BARROS, 2002; 2008).

Na visão de Tesser (2006) a medicalização promove o que o autor denominou de “epistemicídio de saberes e práticas não científicos”. Os saberes populares, anteriormente utilizados como lastro para ações autônomas dos indivíduos no que se refere ao processo saúde-doença, são desconsiderados e substituídos pelo saber biomédico que gera consumo abusivo de serviços de saúde e de produtos farmacológicos, além de dependência e alienação.

Os medicamentos representam peça essencial nesse processo na medida em que deixaram de ser um insumo no combate às doenças para constituir um bem de consumo anunciado em propagandas que acentuam suas vantagens e prometem o fim dos mais variados sofrimentos (BARROS, 2002, 2008). Ainda segundo Barros (2008) a indústria farmacêutica se apropriou do discurso científico como estratégia para aumentar a venda de seus produtos utilizando os mais variados meios de divulgação (revistas, encartes publicitários, internet). Em estudo realizado por Findlay em 2000 nos Estados Unidos, foi observado que as propagandas de medicamentos que necessitam de receita médica para serem adquiridos sofreram um incremento de 212% entre os anos de 1996 e 2000. Observou ainda que as grandes empresas farmacológicas elevaram seus gastos com propagandas e eventos promocionais a cada ano. Em 1993, nos Estados Unidos foram patrocinados 70 mil eventos “educativos”; em 1999 foram 280 mil e em 2000 esse número chegou a 314 mil eventos.

O modelo biomédico vigente nas últimas décadas influenciou a patologização atualmente existente. Esse termo foi empregado primeiramente por Taylor (1979) para definir a transformação de condições fisiológicas anteriormente vistas como naturais (parto, menopausa, tristeza etc) em doenças. A patologização faz surgir uma demanda de consumo de produtos e insumos tecnológicos relacionados à saúde aumentando assim a venda de serviços e medicamentos e conseqüentemente, reforçando o processo de medicalização.

Os medicamentos ocupam, indiscutivelmente, lugar de destaque na assistência à saúde dos indivíduos e em especial na vida dos portadores de enfermidades crônicas. Seu uso na manutenção e principalmente, na recuperação da saúde, se fortalece em um modelo de assistência medicalizado e mercantilizado, como o atualmente existente no país, satisfazendo, ao mesmo tempo, os interesses da sociedade capitalista e do modelo de saúde hegemônico mecanicista, e medicalizante vigente (BARROS, 1984; BERMUDEZ; BONFIM, 1999; GORDILHO *et al*, 2000).

A Organização Mundial de Saúde – OMS define medicamento como qualquer substância usada para modificar ou explorar sistemas fisiológicos ou estados patológicos em benefício do receptor (WHO, 1998). Sua contribuição no combate e prevenção às doenças é indiscutível. Conforme esclarecem Pepe e Castro (2000), os produtos farmacêuticos produzem curas, prolongam a vida e retardam o surgimento de complicações associadas às doenças, além de facilitar o convívio entre o indivíduo e sua enfermidade. Entretanto, a irracionalidade de sua prescrição se configura em motivo de preocupação no âmbito da saúde pública, tanto no que se refere aos gastos excessivos como aos efeitos indesejáveis que podem resultar de seu mau uso.

Aquino (2008) afirma que os medicamentos são responsáveis por 27% das intoxicações ocorridas no Brasil e por 16% dos casos de morte por intoxicações. O consumo inadequado dessas substâncias resulta em um gasto hospitalar de 15 a 20% de seus orçamentos para lidar com as complicações decorrentes desse mau uso.

As doenças degenerativas, múltiplas e de longa duração, prevalentes na velhice, se constituem em solo fértil para a utilização de medicamentos (ROZENFELD, 2003), fazendo com que os idosos se configurem como o grupo etário que mais consome produtos farmacológicos (MOSEGUI *et al*, 1999; ROSENFELD, 2003; BLAZER, 2003). Bardel *et al* (2000), por sua vez, afirmam que os efeitos advindos desse uso começam a se fazer sentir mesmo antes dos 60 anos, uma vez que a chance de utilização de fármacos aumenta a partir da quarta década de vida.

É indiscutível a necessidade de uso de medicamentos no tratamento de muitas das doenças prevalentes nas idades mais avançadas; contudo, ao mesmo tempo em que são ferramentas importantes na assistência à saúde do idoso, esses produtos, quando não utilizados de forma

racional e com cautela redobrada, constituem uma ameaça à saúde e qualidade de vida, uma vez que são utilizados por pessoas biológica e fisiologicamente mais suscetíveis. O desgaste natural ocorrido com o passar dos anos de vida promove, no organismo humano, alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas que interferem diretamente nos processos de absorção, distribuição, metabolização e eliminação dos medicamentos. O metabolismo hepático, homeostático, a capacidade de filtração e de excreção renal sofrem redução, dificultando a eliminação de metabólitos e favorecendo o acúmulo de substâncias tóxicas (ROZENFELD, 2003).

Os medicamentos, mesmo quando utilizados em doses habituais e adequadas, podem produzir efeitos tóxicos e reações medicamentosas adversas indesejáveis (KATZUNG, 2002, HUF; LOPES; ROZENFELD, 2000; COUTINHO; SILVA, 2002; ROZENFELD, 2003). Segundo Chaimowicz, Ferreira e Miguel (2000), enquanto, na fase adulta, 10% dos pacientes desenvolvem algum tipo de reação a medicamentos, nos idosos, essa possibilidade pode alcançar 25% após os 80 anos (RUIZ; BARROS; CARANDINA, 1998; CHAIMOWICZ; FERREIRA; MIGUEL, 2000). Soma-se a este fato o risco resultante da interação medicamentosa devido ao elevado número e variedade de produtos farmacêuticos frequentemente utilizados em idades mais avançadas.

A preocupação com o uso irracional de medicamentos pela população de idosos inspirou a formulação de listas de fármacos que deveriam ser evitados ou usados apenas em circunstâncias excepcionais, com atenção especial para as doses, frequência e duração do tratamento (BEERS, 1997).

A prevalência de uso de medicamentos na população idosa encontrada nos diversos estudos varia de 80 a 92%, e o número médio de fármacos consumidos de 2 a 3,69. As mulheres são as maiores consumidoras. Os estudos demonstram que elas utilizam mais produtos farmacológicos do que os homens, em todas as faixas etárias (VERAS, 1994; FLORES, BENVEGNU, 2008; TEIXEIRA; LEFEVRE, 2001; BERTOLDI *et al.*, 2004; FLORES, MENGUE, 2005; CARVALHO; GARCIA, 2003). Quanto às classes de medicamentos mais utilizadas pelos idosos, destacam-se as que atuam sobre o aparelho circulatório, o sistema nervoso central e os analgésicos e antiinflamatórios (COELHO *et al.*, 2004; FLORES; BENVEGNU, 2008).

2.4 Psicofármacos e seu uso pela população idosa

A psicofarmacologia moderna ganhou impulso a partir da década de 1940, quando surgiram os fármacos psicoativos. Os primeiros psicofármacos foram utilizados como substitutos dos meios mecânicos de contenção de pacientes psiquiátricos portadores de transtornos graves. Dez anos após o mercado já contava com cinco grupos de drogas capazes de promover efeitos clínicos em portadores desse tipo de transtorno (GORENSTEIN; SCAVONE, 1999).

O impacto positivo da introdução dessa classe terapêutica no tratamento de transtornos mentais é inegável. A consequência mais imediata foi a desocupação de leitos hospitalares, com a redução do número de admissão e do tempo de permanência de pacientes psiquiátricos nos hospitais. Com isso, houve uma diminuição dos custos no setor saúde, ao mesmo tempo em que possibilitou a manutenção dos pacientes no convívio familiar evitando a exclusão social a que eram submetidos (GORENSTEIN; SCAVONE, 1999).

Os psicofármacos são substâncias medicamentosas que agem sobre o Sistema Nervoso Central aliviando ou eliminando temporariamente a dor, reduzindo tensões e ansiedades, induzindo o sono ou mesmo estimulando a atividade vigil. Utilizados no combate ou como meros agentes para debelar ou aliviar sintomas das doenças psíquicas e neurovegetativas, os psicofármacos têm sido apontados como uma das especialidades farmacêuticas mais prescritas em todo o mundo.

Também chamados de psicotrópicos ou substâncias psicoativas, os psicofármacos são medicamentos sujeitos a controle especial para dispensação. Fazem parte das listas de medicamentos constantes da Portaria SVS/MS nº 344/98, elaborada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998). Por interferirem no funcionamento das funções do Sistema Nervoso Central necessitam de receituário especial para ser adquiridos, sendo por essa razão, comumente conhecidos como medicamentos controlados.

Segundo Aguiar (2004) até meados de 1980 esse tipo de medicamento era utilizado na prática clínica como um potencializador das psicoterapias que, naquele momento eram o principal elemento do processo terapêutico. Entretanto, os interesses capitalistas e a mercantilização da medicina, entre outros fatores, transformaram a utilização dos psicofármacos em um modo de

cuidado, sendo a psicoterapia atualmente, na maioria das vezes, utilizada como um tratamento coadjuvante.

Para Lefèvre (1991) a produção dessa classe terapêutica pela indústria farmacêutica apresenta relação direta com a demanda por um padrão de saúde da sociedade no qual o medicamento tem o significado de segurança, equilíbrio e pertencimento. Os psicofármacos representam o acesso para o fim das angústias, e o alcance da felicidade, exigência atualmente posta, uma vez que ceder aos sofrimentos psíquicos representa fracasso.

O aumento do consumo de psicofármacos na população em geral tem sido atribuído a diversos fatores, entre eles: a introdução de novos psicofármacos no mercado farmacêutico, em especial os antidepressivos; uma maior frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos, possivelmente causada, entre outros motivos, pelo prolongamento da vida, e a diversidade de indicações terapêuticas dos psicofármacos já existentes como, por exemplo, o Alprazolam, que, nos anos subsequentes ao seu surgimento no mercado farmacêutico, passou a ser prescrito também para o tratamento do transtorno do pânico (PINCUS *et al.*, 1998; RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006).

A garantia de acesso aos psicofármacos para os portadores de transtornos mentais e de analgésicos derivados do ópio para os portadores de câncer é de extrema relevância, porém, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, seu uso abusivo configura-se nos dias atuais como um problema de saúde pública a ser enfrentado (WHO, 2000).

No caso específico das pessoas idosas os produtos farmacêuticos em geral, e mais especificamente os medicamentos psicoativos, são utilizados como mecanismo de defesa, na medida em que adquirem um significado simbólico de algo que as protege do estigma da velhice como a fase do desenvolvimento humano na qual deixam de ser produtivas levando-as frequentemente à exclusão e ao distanciamento social (MENDONÇA *et al.*, 2008).

A idade e o sexo feminino são apontados nos estudos como principal preditor de sua utilização (MARI, 1993; LIMA, 1995; FERNÁNDEZ *et al.*, 1997). Os problemas de saúde, em sua maioria crônicos e muitas vezes limitantes, com os quais precisam conviver à medida que a idade avança (LIMA, 1995; OHAYON *et al.*, 2002) e a utilização de outras classes terapêuticas no combate a essas doenças (BARBUI, 2001; SLEATH, 2003) também

contribuem, segundo vários autores para o consumo crescente de psicofármacos. As perdas ocorridas nessa fase da vida; os preconceitos e a exclusão social de que muitas vezes os idosos são vítimas (LIMA, 1995; OLFSON, 2002) também são apontados como fatores que predispõe ao uso desses medicamentos.

Entre os psicofármacos mais utilizados em todas as faixas etárias e, em especial, nas mais avançadas, estão os ansiolíticos, que têm como principal representante as benzodiazepinas e a buspirona. Essa classe terapêutica tem sido apontada como responsável pelo aumento de quedas e fraturas graves em idosos (CHAIMOVICZ, 2000; COUTINHO; SILVA, 2002; ROZENFELD; CAMACHO; VERAS, 2003). A atividade sedativa e o bloqueio alfa-adrenérgico são as propriedades das benzodiazepinas responsáveis pelo aumento do risco de quedas nos idosos. A primeira promove alterações psicomotoras enquanto a segunda aumenta a probabilidade de hipotensão postural. Os agentes hipnóticos-sedativos de meia vida longa (agem no sistema nervoso central por um tempo mais prolongado) podem causar sedação residual durante o dia nos idosos, tornando-os mais suscetíveis a apresentar tonteiras, confusão, ataxia, aumentando consideravelmente a possibilidade de queda.

Os antidepressivos, por sua vez, revolucionaram o tratamento da depressão a partir do momento em que a Fluoxetina se tornou disponível no mercado, em meados de 1988. Esse fármaco não apresenta muitos dos efeitos colaterais dos grupos anteriormente utilizados; entretanto, no tratamento de idosos suas desvantagens ganham grandes proporções, uma vez que têm meia vida longa, o que significa que sua ação no organismo ocorre por um espaço de tempo maior em todas as idades e, em especial, nas mais avançadas. Seus efeitos são potencializados significativamente quando utilizados em associação a outros antidepressivos (SADOCK; SADOCK; SUSSMAN, 2007).

Os antipsicóticos, também conhecidos como neurolépticos, são utilizados no tratamento das psicoses (esquizofrenia, manias, psicoses orgânicas). Apresentam elevado número de efeitos colaterais advindos de seu uso, exigindo, portanto, acompanhamento sistemático, em especial no caso dos idosos (DAVIDSON, 1999, SADOCK; SADOCK; SUSSMAN, 2007).

A prevalência de consumo de psicofármacos encontrada na literatura varia de 13,0% a 22,0% (ALMEIDA, COUTINHO e PEPE, 1994; CHAIMOWICZ *et al*, 2000; COELHO FILHO, MARCOPITO e CASTELO, 2004; FLORES, MENGUE, 2005).

A possibilidade de ausência ou intensificação dos efeitos farmacológicos esperados, a dependência provocada por alguns medicamentos pertencentes a essa classe terapêutica, assim como a associação entre seu uso e a ocorrência de quedas têm sido alguns dos efeitos indesejáveis apontados em estudos sobre o tema (NEUTEL; PERRY; MAXWELL, 2002; CHAIMOWICZ; FERREIRA; MIGUEL, 2000; FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JUNIOR, 2004).

3 JUSTIFICATIVA

O aumento da expectativa de vida fez crescer também o número de doenças crônicas e degenerativas, associadas ao envelhecimento que, por sua vez, tornaram imprescindível a utilização de medicamentos como insumos estratégicos na assistência à saúde do idoso, possibilitando a essas pessoas vivenciar os anos acrescidos à vida, com independência e autonomia.

Os psicofármacos são medicamentos que promoveram ganhos importantes no que se refere aos transtornos psíquicos graves, favorecendo a desospitalização de pacientes psiquiátricos e sua reinserção no convívio familiar. Todavia, a prescrição e consumo dessa classe terapêutica são influenciados por diversos fatores que merecem ser discutidos para que se possa avaliar melhor a racionalidade de seu uso, em especial na população idosa.

Apesar da importância do tema, ainda é pequeno o número de publicações sobre ele. A escassez de estudos, tanto na literatura mundial como na brasileira é o aspecto mais amplo a ser mencionado como justificativa para a realização deste trabalho. Entretanto, outros mais específicos, igualmente relevantes, podem aqui ser apontados: obter informações, mesmo que de forma indireta, sobre a prevalência de transtornos psíquicos na população estudada; conhecer os fatores que influenciam o consumo, com vistas a intervir sobre os mesmos; e fornecer informações sobre o consumo da população, de forma a subsidiar uma reflexão acerca do modelo de assistência à saúde prestada ao idoso, mais especificamente no que se refere aos seus sofrimentos psíquicos.

Assim, o presente trabalho tem como proposta, estimar a prevalência e o padrão de consumo dos psicofármacos por idosos atendidos no âmbito da atenção básica, investigando a possível associação entre seu uso e variáveis sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Descrever a prevalência, padrão de consumo e fatores associados ao uso de psicofármacos por idosos residentes em área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, na cidade do Recife.

4.2 Específicos

- Estimar a prevalência de consumo de psicofármacos na população estudada;
- Descrever o padrão de consumo dos psicofármacos pelos idosos;
- Verificar a existência da associação entre o uso de psicofármacos e características demográficas e socioeconômicas dos idosos, condições de saúde e utilização de serviços de saúde.

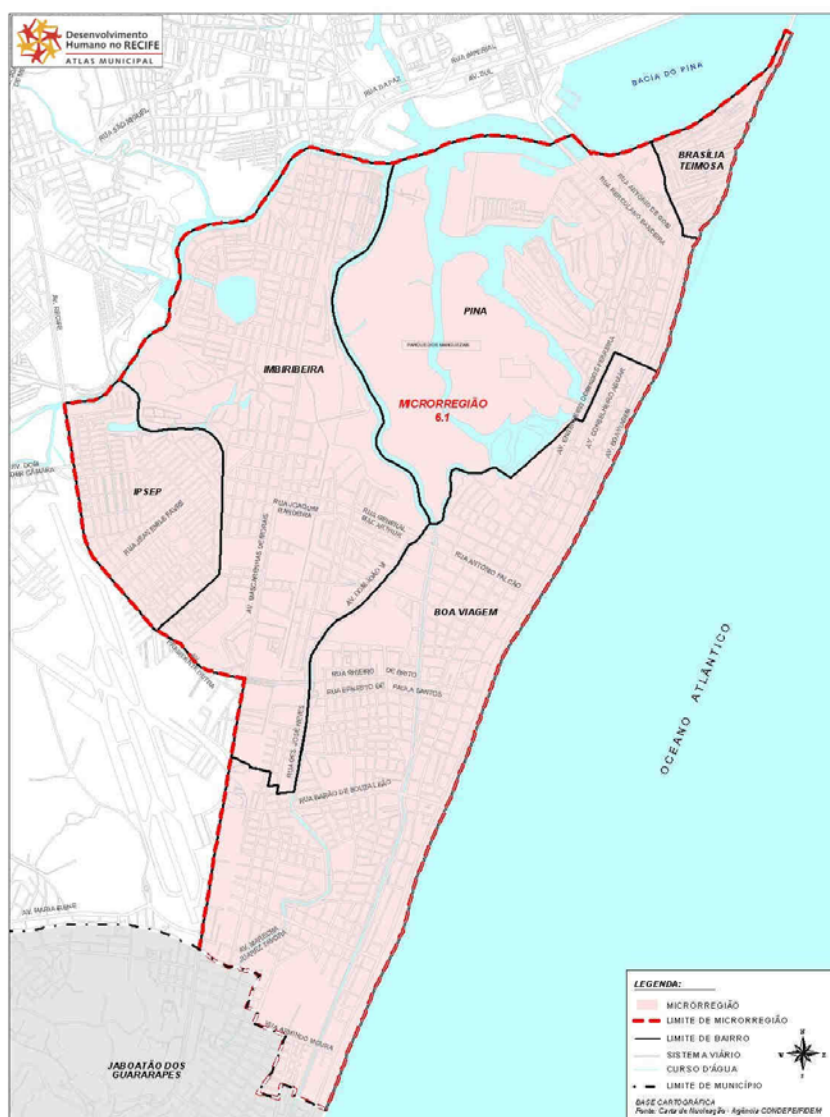
5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo de delineamento transversal e análise quantitativa. A escolha do desenho levou em consideração o custo reduzido, a simplicidade analítica e seu alto poder descritivo. Os estudos transversais, também chamados de seccionais, são de grande utilidade, por sua capacidade de determinar o diagnóstico da situação de saúde da população estudada a partir de dados individuais, fornecendo assim indicadores globais de saúde desse grupo (BARROS, VICTORA, 1998). Por ser um estudo de delineamento transversal a força de associação é medida em um único momento histórico, o que dificulta determinar o que é causa e efeito no evento estudado (PEREIRA, 2006; ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

5.2 Área do Estudo

O estudo foi realizado no bairro do Pina, mais especificamente na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família - USF João Rodrigues, que atende a uma parte da população residente no bairro. O Pina possui uma área territorial de 6,2 Km² e está localizado na microrregião (MR) 6.1, pertencente à região político-administrativa (RPA) 6, na área sul da cidade do Recife (Figura 1). De acordo com informações do Censo de 2000 a população do bairro do Pina é de 27.422 habitantes, sendo a densidade demográfica de 4.422,9 hab/Km². Do total de pessoas que residem no bairro, 2.548 têm idade igual ou superior a 60 anos (IBGE, 2002). O bairro apresentou uma taxa média de crescimento anual de 0,26%, no período de 1991 a 2000. A taxa de analfabetismo variava de 7,1, na faixa etária de 15 a 17 anos, a 19,7, na faixa etária dos 7 aos 14 anos. A renda per capita média de 58,8% da população era de até dois salários mínimos. No que se refere ao acesso a serviços básicos, 68,4% das residências dispõem de água encanada enquanto a coleta de lixo é realizada em 87,0% dos domicílios urbanos (RECIFE, 2005).



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife, 2000.

Figura 1 - Mapa da microrregião 6.1 da cidade do Recife

Na Unidade de Saúde da Família – USF João Rodrigues atuam quatro Equipes de Saúde da Família – ESF, sendo cada uma composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde - ACS.

A escolha da área de estudo se deu por conveniência da pesquisadora em termos de acessibilidade à unidade e aos seus dados.

5.3 População de referência e período de coleta dos dados

Foram elegíveis para o estudo pessoas de ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes na área de abrangência da USF João Rodrigues.

Na tabela 1 encontra-se descrita a distribuição dos idosos cadastrados na USF, segundo o sexo, no ano de 2008.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos cadastrados na Unidade de Saúde da Família João Rodrigues, por sexo. Recife, 2008

SEXO	TOTAL (n)	TOTAL (%)
Masculino	551	34,9
Feminino	1031	65,1
TOTAL	1582	100,0

Fonte: Prontuário Familiar (Ficha A) da USF João Rodrigues, Distrito Sanitário VI. Recife, 2008

A coleta dos dados teve início na primeira quinzena de agosto de 2008 e foi concluída no final do mês de outubro do mesmo ano.

5.4 Cálculo da Amostra

Para a determinação do tamanho amostral utilizou-se uma prevalência esperada do evento investigado de 50,0%, valor este que maximiza o tamanho da amostra. Optou-se por esse valor considerando que os estudos encontrados sobre o tema não apresentam populações com características semelhantes à que seria estudada. Definiu-se o poder de estudo em 95,0% e uma margem de erro de 5,0%.

A forma de cálculo utilizada para determinação do tamanho amostral foi:

$$m = \frac{z^2 p_e (1 - p_e)}{e^2}$$

$$n = \frac{m}{1 + \frac{m-1}{N}}$$

onde:

m = Tamanho amostral

z = valor da curva normal relativa à confiabilidade (1,96);

p_e = Proporção esperada igual a 50,0%.

e = 0,05 (5,0%).

N = tamanho populacional igual a 1582 idosos cadastrados.

O tamanho da amostra correspondeu a 310 idosos. O processo de seleção foi a amostragem aleatória simples, respeitando-se a proporcionalidade existente na população de origem segundo a distribuição por sexo. (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos participantes da amostra, por sexo. Recife/ PE, 2008

SEXO	TOTAL (n)	TOTAL (%)
Masculino	107	34,5
Feminino	203	65,5
TOTAL	310	100,0

5.5 Seleção da Amostra

Os critérios de inclusão definidos para participação na pesquisa foram: ter 60 anos ou mais de idade, estar cadastrado na USF João Rodrigues e comprovar a concordar em participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

A partir da ficha de cadastramento das famílias existente na USF (Ficha A) foi realizado um levantamento das pessoas nascidas no ano de 1948 ou em anos anteriores. Apesar da idade de cada componente da família constar na ficha foi realizada busca pelo ano de nascimento, uma vez que não ocorre atualização sistemática do cadastro das famílias. Em seguida, foi

construído, no programa Excel 2003, um banco de dados com as seguintes informações: número de registro da família, nome do idoso, sexo, data de nascimento e endereço.

A amostra foi obtida por sorteio aleatório simples, pelo número do registro das famílias cadastradas. Quando havia mais de um idoso em uma mesma família, o número do registro era acompanhado de letra que identificava o sexo (M ou F). No caso de haver dois ou mais idosos do mesmo sexo em uma família, após a letra foram digitados números naturais. Assim, ao ser sorteado o número de registro da família o pesquisador localizava o idoso sorteado no banco de dados, construído anteriormente, e o registrava como participante da amostra.

5.6 Elenco de Variáveis

a) Variável Dependente

A variável dependente corresponde ao uso de psicofármacos. A pergunta condutora da entrevista foi “O (a) Sr. (a) utilizou algum medicamento controlado nos últimos 15 dias?”. Foram considerados psicofármacos todas as substâncias que interferem primariamente em funções do sistema nervoso central, e que fazem parte da lista de medicamentos controlados definidos pela Portaria SVS/MS nº 344/98, especificamente as substâncias elencadas nas listas A3, B1 e B2 e C1 (BRASIL, 1999).

Utilizou-se o período de 15 dias por considerá-lo curto o suficiente para evitar o viés de memória frequentemente presente em estudos de consumo com recordatório. Soma-se a isso o fato dos participantes serem idosos, população que muitas vezes apresenta queixas de falta de memória.

b) Variáveis Independentes

Demográficas

Foram consideradas variáveis demográficas: sexo, idade e situação conjugal.

Socioeconômicas

Entre os determinantes do nível socioeconômico foram incluídos a escolaridade, arranjo domiciliar, participação no mercado de trabalho, ocupação, situação previdenciária, renda mensal do entrevistado e renda mensal familiar.

Condições de Saúde

Avaliadas a partir da referência do idoso quanto à presença de doenças, por ocasião da entrevista, à percepção que ele tem de sua saúde nos dias atuais em comparação a cinco anos atrás, e em relação a outras pessoas de faixa etária semelhante à sua.

Utilização de Serviços de Saúde

Esse item inclui perguntas referentes a consultas médicas realizadas nos últimos 6 meses, hospitalizações, e o serviço que usualmente os idosos utilizam em busca de assistência à saúde.

5.7 Instrumento de Coleta de Dados

A elaboração do questionário para esse estudo foi baseada no *Brazil Old Age Schedule* (Boas), instrumento multidimensional desenvolvido com o objetivo de estudar a população geriátrica e validado para a população idosa brasileira (VERAS *et al.*, 1988).

O questionário utilizado nesse estudo, do tipo estruturado, contém 34 perguntas, distribuídas em 4 seções, a saber: Informações Demográficas e Socioeconômicas (perguntas de 1 a 11); Condições de Saúde (perguntas de 12 a 19); Utilização de Serviços de Saúde (perguntas de 20 a 25) e Uso de Medicamentos (perguntas de 26 a 34) (Apêndice B).

No Quadro 1 estão descritas, por seção, as variáveis utilizadas no instrumento de coleta e sua respectiva categorização.

Quadro 1 – Descrição das variáveis utilizadas no instrumento de coleta e suas respectivas categorias, por seção			
Seção	Variável	Descrição	Categorias
Informações Demográficas e Socioeconômicas	Sexo	Sexo do entrevistado (a).	Masculino ou feminino
	Idade	Anos de vida completos.	Categorizada em três faixas etárias: 60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 anos e mais.
	Escolaridade	Grau de instrução do entrevistado.	Nenhuma; Nível Fundamental, Nível Médio e Nível Superior
	Situação Conjugal	Presença ou não de companheiro (a).	Casado (a)/mora com companheiro(a); viúvo(a); divorciado(a)/ separado(a); solteiro/nunca casou.
	Arranjo Domiciliar	Número de pessoas que moram no domicílio além do entrevistado (a).	Nenhuma (mora só), 1 a 2; 3 a 4; 5 ou mais.
		Vínculo das pessoas que co-habitam a moradia com o entrevistado (a).	Esposa (o)/companheiro(a); Filho(s); Genro/Nora; Neto(a); Pais; outros parentes/empregado(s).
	Ocupação	Atividade desenvolvida pelo entrevistado (a) durante a maior parte de sua vida.	As atividades foram agrupadas tendo-se como referência os grandes grupos de profissões definidos pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de 2002. Foram inseridas as categorias “nunca trabalhou” e “dona de casa”, apesar de não fazerem parte da CBO, de forma a incluir respectivamente pessoas que nunca exerceram atividade remunerada nem contribuíam nas tarefas domésticas e pessoas que eram responsáveis pelos trabalhos domésticos respectivamente. http://www.mtecbo.gov.b
	Situação Previdenciária	Situação previdenciária atual do entrevistado (a).	Não aposentado (a); aposentado(a); pensionista; aposentado(a) e pensionista(a); outro.
	Participação no mercado de trabalho	Participação atual no mercado de trabalho	Variável dicotômica (sim; não).
	Renda Mensal	Rendimento mensal do entrevistado (a) em salários mínimos	Até um; maior que um e menor que três; três ou mais.
	Renda Mensal Familiar	Soma do rendimento mensal das pessoas que habitam na mesma casa que o entrevistado, incluindo a renda do entrevistado, em número de salários mínimos.	Até um; maior que um e menor que três; três ou mais.

Condições de Saúde	Auto avaliação do estado de saúde	Avaliação de sua saúde atual.	Ótima; Boa; Ruim; Péssima.
		Saúde atual comparada aos últimos cinco anos.	Melhor; Igual; Pior.
		Saúde comparada a de outras pessoas da mesma faixa etária do entrevistado(a).	Melhor; Igual; Pior.
	Morbidade auto-referida	Existência de problema de saúde atualmente.	Variável dicotômica (sim; não).
		Doença(s) que acomete(m) o entrevistado (a) atualmente.	As doenças referidas foram agrupadas por capítulo do Código Internacional de Doenças, versão 10 (CID 10)
		Número de morbididades referidas	Nenhuma; 1 a 3; 4 a 6
		Tempo decorrido desde o aparecimento da morbididade até a data da entrevista.(em anos)	Até 10; > 10 a 20; >20
		Diagnóstico médico da doença auto-referida	Variável dicotômica (sim; não).
		Limitação causada pela morbididade	Variável dicotômica (sim; não)
Utilização de Serviços de Saúde	Consulta médica	Consulta médica nos últimos 6 meses.	Variável dicotômica (sim; não).
		Nº de vezes que consultou profissional médico neste período.	1;2;3;4 ou mais.
		Motivo da última consulta.	Prevenção; Acompanhamento; Nova queixa.
	Hospitalização	Hospitalização nos últimos 12 meses.	Variável dicotômica (sim; não)
		Motivo da última internação.	Utilizou-se o Código Internacional de Doenças (CID 10) para o agrupamento das doenças que geraram o motivo da internação (OMS, 1994).
	Serviço de saúde	Serviço de assistência à saúde que utiliza com mais frequência.	Não procura serviço de saúde; Unidade de Saúde da Família; Policlínica ou Centro Especializado da rede pública; Consultório/clinica da rede privada; Recebe visita domiciliar

Uso de Medicamentos	Consumo de psicofármacos	Uso de medicamentos controlados nos últimos 15 dias.	Variável dicotômica (sim;não).
		Psicofármacos utilizado	Agrupados de acordo com os grupos de psicofármacos existentes: Antidepressivos; benzodiazepínicos; antipsicóticos; anticonvulsivantes; anticolinérgicos.
		Identificação de quem prescreveu o medicamento.	Médico da USF; médico especialista; dentista; farmacêutico; parente ou amigo.
		Problema de saúde para o qual foi indicado.	Categorizados em: Insônia; Depressão; Ansiedade/agitação; Alucinação visual; Sequelas de AVC; Convulsão; Labirintite.
		Tempo de uso (em anos).	Menos de 1; 1 a 5. 6 a 10; Mais que 10.
	Aquisição dos psicofármacos	Forma como adquire o medicamento	Compra em farmácia; Adquire na rede pública; outra forma.
		Dificuldade de aquisição.	Variável dicotômica (sim;não).
		Tipo de problema ou dificuldade de aquisição.	Problema financeiro; dificuldade para encontrar o remédio na farmácia, dificuldade em obter a receita; outro.
	Consumo de medicamentos não controlados	Uso de medicamentos pertencentes a outras classes terapêuticas.	Variável dicotômica (sim; não).
		Número de medicamentos	1 a 3; 4 a 6; 7 ou mais

5.8 Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas domiciliares, frente a frente, com duração média de 40 minutos cada, entre leitura, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A) e aplicação do questionário.

Participaram da realização das entrevistas, além da pesquisadora, duas estudantes de enfermagem previamente selecionadas e treinadas para a aplicação do instrumento de coleta de dados. Durante o treinamento, as entrevistadoras foram esclarecidas acerca do objetivo do estudo e, para uma maior familiaridade com o questionário, antes de irem a campo realizaram entrevistas simuladas entre si e com alguns idosos residentes em áreas circunvizinhas à do estudo, não cadastrados na USF, possibilitando assim o esclarecimento de dúvidas. Para o treinamento, a pesquisadora elaborou manual do entrevistador (Apêndice C).

Após a elaboração do instrumento, foi realizado um projeto piloto, em uma amostra de 10 idosos residentes no bairro do Pina, em área contígua à do estudo, não assistida pela USF João Rodrigues, com a finalidade de detectar possíveis falhas na elaboração do questionário como, por exemplo: perguntas que possibilitassem interpretações dúbias, algum tipo de constrangimento para o entrevistado ou ainda a utilização de termos com os quais os entrevistados não tivessem familiaridade. As entrevistas realizadas no projeto-piloto não foram incluídas no estudo.

Na ocasião da realização das entrevistas, tanto a pesquisadora como as outras entrevistadoras foram acompanhadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável pela área onde estava localizada a residência do idoso sorteado. Os ACS foram previamente orientados a não permanecer no local durante a entrevista, uma vez que sua presença poderia causar algum tipo de constrangimento ou interferir de alguma forma nas respostas do entrevistado.

Imediatamente antes de cada entrevista, o idoso selecionado foi esclarecido quanto aos objetivos do estudo, direito de recusa e garantia de sigilo de sua identidade, além das

demais condições descritas no TCLE. Em caso de concordância, era pedido para que ele assinasse o mesmo. Não sendo alfabetizado poderia indicar alguém de sua confiança ou autorizar o entrevistador a assinar por ele. Por fim, também lhe era dada a opção da impressão datiloscópica.

Na impossibilidade de algum idoso sorteado responder a entrevista devido a *déficit* cognitivo, incluindo o de memória, ou algum outro problema de saúde, foi permitida a participação de um respondente próximo, alguém que mantinha contato regular com o idoso, particularmente cônjuge, ou familiar/cuidador. Nesse caso não foram feitas as perguntas relativas à autopercepção de saúde (questões 12, 13 e 14 do instrumento), uma vez que requerem julgamento pessoal.

Nos casos em que o idoso estava ausente, por ocasião da visita, os entrevistadores fizeram duas outras tentativas, antes de considerá-lo como uma perda.

Na amostra inicialmente sorteada houve duas perdas por recusa, nove por morte do idoso e seis por ausência no domicílio, correspondendo a um percentual de perda de 5,5%. A substituição das perdas foi feita selecionando-se novos participantes utilizando o mesmo procedimento relativo à composição da amostra principal, de forma a manter o número de idosos indicado no cálculo da amostra.

5.9 Processamento e Análise dos Dados

Concluídas as entrevistas os dados foram codificados e digitados em planilha EXCEL. Posteriormente foram exportados para o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 13.0.

Para análise dos dados foram obtidas distribuições de frequência absolutas, percentuais uni e bivariadas e as medidas estatísticas: média, mediana e desvio padrão (Técnicas de estatística descritiva). Foi também utilizada a Técnica de estatística inferencial através do

teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas.

Valores do *Odds ratio* (OR ou razão das chances) e intervalos de confiança para a referida medida foram obtidos no estudo da associação entre as variáveis independentes com a variável dependente (uso de psicofármacos) considerando-se sempre a primeira ou a última categoria como valor de referência.

5.10 Considerações Éticas

Este projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Secretaria Municipal de Saúde que forneceu Carta de Anuência após apreciação do gerente da USF na qual estão cadastrados os idosos participantes do estudo e do gerente do Distrito Sanitário onde se localiza a referida unidade (Anexo I).

Posteriormente foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, e aprovado sob registro nº 178/08, atendendo assim as recomendações da resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, sobre pesquisa científica desenvolvida com seres humanos (BRASIL, 1996) (Anexo II).

6 RESULTADOS

Na composição da amostra há predominância de participantes do sexo feminino (65,5%). As idades variam de 60 a 102 anos, sendo a média de 71,4 anos e o desvio padrão de 8,3. O maior percentual de entrevistados concentra-se na faixa etária entre 60 e 69 anos (46,1%). Os casados representam 41,9% da amostra, seguidos pelos viúvos (38,4%). Moram com até quatro pessoas 70,7% dos idosos. Filho foi o grau de parentesco mais referido (35,9%), seguido por neto(s) com um percentual de 23,0% e esposo (a) /companheiro (a) com 22,6%. Mais de 30,0% da amostra não era alfabetizada e entre os que freqüentaram a escola 46,1% tinham cursado apenas o nível fundamental; em contrapartida pouco mais que 1% concluiu o nível superior. Os aposentados e pensionistas somam 83,3% da amostra. Mais de 70,0% referiram rendimento mensal de até um salário mínimo e renda mensal familiar menor que três salários mínimos (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização da amostra de idosos entrevistados, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Recife/PE, 2008

Variáveis	n=310	%
Sexo		
Masculino	107	34,5
Feminino	203	65,5
Idade		
60 a 69	143	46,1
70 a 79	118	38,1
80 e mais	49	15,8
Estado civil/situação conjugal		
Casado (a) /mora com companheiro (a)	130	41,9
Viúvo (a)	119	38,4
Divorciado (a) / separado (a)	31	10,0
Solteiro/Nunca casou	30	9,7
Número de pessoas que moram com o idoso		
Mora só	36	11,6
1 a 3 pessoas	219	70,7
4 ou mais	55	17,7
Grau de parentesco¹		
Esposa(o)/companheiro(a)	125	22,6
Filhos	198	35,9
Neto	127	23,0
Outros	102	18,5
Escolaridade		
Nenhuma	95	30,6
Fundamental	143	46,1
Médio	67	21,6
Superior	5	1,6

Continuação da tabela 3

Caracterização da amostra de idosos entrevistados, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Recife/PE,

Situação Previdenciária		
Não Aposentado	50	16,1
Aposentado/Pensionista	258	83,3
Benefício da Prestação Continuada	2	0,6
Renda mensal do entrevistado (salários mínimos)		
Até 1	221	71,3
> 1 e < 3	70	22,6
3 ou mais	14	4,5
Não sabe	1	0,3
Não respondeu	4	1,3
Renda média mensal familiar (salários mínimos)		
Até 1	89	28,7
> 1 e < 3	140	45,2
3 ou mais	48	15,5
Não sabe	29	9,4
Não respondeu	4	1,3
Renda mensal <i>per capita</i> domiciliar (em salários mínimos)		
Até ½	126	45,5
> ½ até 1	102	38,6
> 1	49	17,7

(1) Admite mais de uma resposta. Base de cálculo= 552

Os dados sobre as condições de saúde (Tabela 4) revelaram que 61,3% dos idosos classificam sua saúde como ótima e boa, 52,3% consideraram ter havido piora nos últimos 5 anos enquanto 53,2% avaliaram sua saúde melhor quando comparada com outras pessoas de idade semelhante. Aproximadamente 85,0% dos idosos afirmaram ter alguma doença, 76,7% referiram de uma a três enfermidades, sendo as mais prevalentes as do Aparelho Circulatório (44,5%). Em relação ao tempo em que apresenta o problema de saúde destaca-se a referência foi de até 10 anos (49,0%). Do total de morbidades citadas 94,4% foram diagnosticadas por médico e 49,1% resultaram em limitação para o idoso na realização de atividades antes executadas em sua rotina. No que tange ao consumo de medicamentos não psicoativos o número mínimo utilizado foi um e o máximo onze, sendo a média de 2,9 e o desvio padrão de 1,9. Predominaram os idosos que consomem de 1 a 3 produtos farmacológicos.

Tabela 4 - Caracterização da amostra de idosos entrevistados, segundo Condições de saúde. Recife/PE, 2008

Variáveis	n	%
Saúde auto-percebida		
Ótima	52	16,8
Boa	138	44,5
Ruim	62	20,0
Péssima	49	15,8
Não respondeu	9	2,9
Comparação com os últimos 5 anos		
Melhor	51	16,5
Igual	87	28,1
Pior	162	52,3
Não sabe	1	0,3
Não respondeu	9	2,9
Comparação com pessoas de mesma idade		
Melhor	165	53,2
Igual	71	22,9
Pior	43	13,9
Não sabe	22	7,1
Não respondeu	9	2,9
Presença de doenças ou problemas de saúde		
Sim	263	84,8
Não	47	15,2
Número de morbididades referidas		
nenhuma	47	15,2
1 a 3	238	76,7
4 a 6	25	8,1
Morbidade referida¹		
Doenças do Ap Circulatório	232	44,5
Doenças do Ap. Osteomolecular e do Tec Conjuntivo	82	15,7
Doenças Endoc. Nutric e Metab.	71	13,6
Doenças do Ap. Digestivo	36	6,9
Doenças do olho e anexos	28	5,3
Doenças do ouvido e da Apófise mastóide	18	3,4
Doenças do Ap. Geniturinário	14	2,6
Transtornos Mentais e Comportamentais	13	2,5
Doenças do Ap. Respiratório	9	1,7
Doenças do Sistema Nervoso	6	1,1
Outras	12	2,3
Tempo em que apresenta problema de saúde (considerado o maior) em anos		
Até 10	27	49,0
> 10 a 20	13	23,7
> 20	15	27,3
Morbidade diagnosticada por médico¹		
Sim	492	94,4
Não	29	5,6
Número de problemas de saúde que resultaram em limitação para o idoso		
Sim	256	49,1
Não	265	50,9
Número de medicamentos não psicoativos		
1 a 3	177	73,5
4 a 6	49	20,3
7 ou mais	15	6,2

¹ Admite mais de uma resposta. Base de cálculo = 521

A tabela 5 mostra que 68,4% dos idosos realizaram consulta médica nos últimos seis meses, desses 37,3% compareceram a três ou mais consultas. Para 48,6% a busca por atendimento médico foi justificada por uma nova queixa. A internação hospitalar no último ano foi mencionada por 15,5% dos idosos, sendo o motivo da internação mais freqüente atribuído as doenças do Aparelho Circulatório (31,9%). Como serviço de saúde mais utilizado pelos idosos destacou-se a USF.

Tabela 5 - Caracterização da amostra de idosos quanto à utilização de serviços de saúde. Recife/PE, 2008

Variáveis	n	%
Consulta médica nos últimos 6 meses		
Sim	212	68,4
Não	98	31,6
Número de consultas médicas realizadas no período		
Uma	71	33,5
Duas	62	29,2
Três ou mais	79	37,3
Motivo da última consulta		
Prevenção	26	12,3
Acompanhamento	83	39,2
Nova queixa	103	48,6
Internação nos últimos doze meses		
Sim	47	15,5
Não	263	84,5
Motivo da última internação		
Doenças do Aparelho Circulatório/Vascular	15	31,9
Doenças do Aparelho Digestivo	11	23,4
Doenças do Aparelho Geniturinário	10	21,3
Doenças do Aparelho Respiratório	6	12,8
Outras	5	10,6
Serviço de saúde que utiliza quando necessita¹		
Não procura serviço de saúde	16	4,5
Unidade de Saúde da Família	164	46,4
Policlínica/Centro especializado da rede pública	92	26,1
Consultório ou Clínica Privada	68	19,3
Recebe visita domiciliar	13	3,7
Uso de medicamentos não psicoativos		
Sim	241	77,8
Não	69	22,2

¹ Admite mais de uma resposta. Base de cálculo= 353.

Dos 310 entrevistados 62 afirmaram ter utilizados psicofármacos nos 15 dias que antecederam a entrevista, determinando uma prevalência de consumo nesse período de 20,0% na população estudada. Mais da metade da amostra (66,1%) adquiriu o psicofármaco na farmácia da rede pública e 85,5% referiram não ter dificuldade para conseguir a medicação. Dentre os que afirmaram ter alguma dificuldade (14,5%) o problema citado por 55,6% foi a obtenção da receita médica. Dentre os idosos que utilizam psicofármacos de forma isolada 71% consomem benzodiazepínicos ou antidepressivos. A prescrição, na maioria das vezes, foi feita por especialista (59,7%), sendo o psiquiatra (46,2%) e o neurologista (28,2%) as especialidades médicas que mais prescreveram. Metade dos entrevistados referiu a insônia como o problema de saúde para o qual o medicamento foi prescrito. O tempo de uso do psicofármaco varia de um mês a 25 anos. O intervalo de tempo de uso mais freqüente foi de um a menos que 5 anos (36,4%). Setenta por cento utilizam psicofármacos há um ano ou mais. Chama atenção o fato de 16,1% dos idosos consumirem psicofármacos há mais de 10 anos (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição da amostra quanto ao uso de psicofármacos nos 15 dias que antecederam a entrevista. Recife/PE, 2008

Variável	n	%
Uso de psicofármacos		
Sim	62	20,0
Não	248	80,0
Como adquire o psicofármaco		
Compra na farmácia	21	33,9
Recebe da rede pública	41	66,1
Dificuldade para adquirir o psicofármaco		
Sim	9	14,5
Não	53	85,5
Tipo de dificuldade para aquisição do psicofármaco		
Financeira	3	33,3
Dificuldade para obter a receita	5	55,6
Outro	1	11,1
Psicofármacos consumidos pelos idosos (por grupo)		
Benzodiazepínico	29	46,8
Antidepressivo	15	24,2
Anticonvulsivante	4	6,5
Antipsicótico	4	6,5
Antidepressivo+benzodiazepínico	6	9,6
Antidepressivo+antipsicótico	1	1,6
Antidepressivo+anticonvulsivante	1	1,6
Antipsicótico+antihistamínico	1	1,6
Antipsicótico+antipsicótico+antiparkinsoniano	1	1,6

Continuação da tabela 6

Distribuição da amostra quanto ao uso de psicofármacos nos 15 dias que antecederam a entrevista.

Recife/PE, 2008

Quem indicou		
Médico da USF	23	37,1
Especialista	37	59,7
Não sabe	2	3,2
Especialista que prescreveu o psicofármaco		
Psiquiatra	18	48,7
Neurologista	11	29,7
Cardiologista	5	13,5
Endocrinologista	2	5,4
Pneumologista	1	2,7
Problema de saúde para o qual foi indicado		
Insônia	31	50,0
Ansiedade/agitação	12	19,4
Depressão	11	17,8
Seqüela de AVC/Convulsão	6	9,6
Alucinação visual/Labirintite	2	3,2
Tempo em que o idoso faz uso do psicofármaco (em anos)		
< 1	13	21,0
1 a <5	24	38,7
5 a <10	15	24,2
10 a 25	10	16,1

Na análise das possíveis associações entre o uso de psicofármacos e as características demográficas e socioeconômicas (Tabela 7) foram verificadas associações significantes com sexo ($p < 0,05$, OR igual a 2,59) e situação previdenciária ($p < 0,05$, OR igual a 3,30).

Tabela 7 – Odds ratio (OR) bruta e Intervalo de Confiança para a associação entre o uso de psicofármaco e características demográficas e sócio-econômicas dos idosos que declararam ter utilizado psicofármacos. Recife/PE, 2008

Recorrer a página 12 de 2008

Uso de Psicofármacos						
Variáveis	Sim		Não		Valor de p	OR bruta (IC a 95%)
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	12	11,2	95	88,8	p ⁽¹⁾ = 0,005*	1,00
Feminino	50	24,6	153	75,4		2,59 (1,31 a 5,11)
Faixa etária						
60 a 69	27	18,9	116	81,1	p ⁽¹⁾ = 0,688	1,00
70 a 79	23	19,5	95	80,5		1,04 (0,56 a 1,93)
80 ou mais	12	24,5	37	75,5		1,39 (0,64 a 3,02)
Situação conjugal						
Com companheiro	20	15,4	110	84,6	p ⁽¹⁾ = 0,084	1,00
Sem companheiro	42	23,3	138	76,7		1,67 (0,93 a 3,02)
Arranjo domiciliar						
Nenhuma	5	13,9	31	86,1	p ⁽¹⁾ = 0,375	1,00
1 a 3	39	22,7	133	77,3		1,82 (0,66 a 4,99)
4 ou mais	18	17,6	84	82,4		1,33 (0,45 a 3,89)
Escolaridade						
Nenhuma	25	26,3	70	73,7	p ⁽¹⁾ = 0,118	1,00
Fundamental	35	18,0	159	82,0		0,62 (0,34 a 1,11)
Médio/ Superior	2	9,5	19	90,5		***
Situação Previdenciária						
Não aposentado	4	8,0	46	92,0	p ⁽¹⁾ = 0,021*	1,00
Aposentado/ Pensionista	58	22,3	202	77,7		3,30 (1,14 a 9,56)
Renda por pessoa (número de salários mínimos)						
< 1	17	19,1	72	80,9	p ⁽¹⁾ = 0,706	1,00
1 a 2	21	23,1	70	76,9		1,04 (0,50 a 2,16)
> 2	18	18,6	79	81,4		1,32 (0,65 a 2,67)
Renda mensal familiar (em salário mínimo)						
< 1	4	9,8	37	90,2	p ⁽¹⁾ = 0,069	1,00
1 a 2	54	22,8	183	77,2		2,73 (0,93 a 8,00)
> 2	3	10,7	25	89,3		1,11 (0,23 a 5,39)

(**): Não foi determinado devido à ocorrência de frequências nulas ou muito baixas.

Na análise das condições de saúde (Tabela 8) observou-se associação significativa entre o uso de psicofármacos e avaliação de saúde comparada com as pessoas da mesma idade, número de doenças referidas e tempo que apresenta a doença.

Tabela 8– Odds ratio (OR) bruta e Intervalo de Confiança para a associação entre o uso de psicofármaco e condições de saúde dos idosos que declararam ter utilizado psicofármacos. Recife/PE, 2008.

Uso de Psicofármacos						
Variáveis	Sim		Não		Valor de p	OR bruta (IC a 95%)
	n	%	n	%		
Saúde auto referida						
Ótima	10	19,2	42	80,8	p ⁽¹⁾ = 0,338	1,00
Boa	22	15,9	116	84,1		0,79 (0,35 a 1,82)
Ruim	16	25,8	46	74,2		1,46 (0,60 a 3,57)
Péssima	12	24,5	37	75,5		1,36 (0,53 a 3,52)
Saúde nos últimos 5 anos						
Melhor	10	19,6	41	80,4	p ⁽¹⁾ = 0,513	1,00
Igual	14	16,1	73	83,9		0,79 (0,32 a 1,93)
Pior	36	22,2	126	77,8		1,17 (0,54 a 2,57)
Saúde comparada com a de outras pessoas de mesma idade						
Melhor	26	15,8	139	84,2	p ⁽¹⁾ = 0,041*	1,00
Igual	19	26,8	52	73,2		1,95 (1,00 a 3,83)
Pior	13	30,2	30	69,8		2,32 (1,07 a 5,02)
Presença de morbidade						
Sim	56	21,3	207	78,7	p ⁽¹⁾ = 0,178	1,85 (0,75 a 4,58)
Não	6	12,8	41	87,2		1,00
Número de morbidades referidas						
Nenhuma	6	12,8	41	87,2	p ⁽¹⁾ < 0,001*	1,00
1 a 3	42	17,6	196	82,4		1,46 (0,58 a 3,67)
4 a 6	14	56,0	11	44,0		8,70 (2,71 a 27,89)
Tempo em que apresenta problema de saúde (considerado o maior) em anos						
Até 10	28	17,4	133	82,6	p ⁽¹⁾ = 0,021*	1,00
> 10 a 20	13	21,7	47	78,3		1,31 (0,63 a 2,75)
> 20	15	37,5	25	62,5		2,85 (1,33 a 6,09)
Doenças que resultaram em limitação para o idoso						
Sim	46	31,1	102	68,9	p ⁽¹⁾ < 0,001*	4,74 (2,27 a 9,89)
Não	10	8,7	105	91,3		1,00
Número de medicamentos não psicoativos consumidos						
1 a 3	35	19,8	142	80,2	p ⁽¹⁾ = 0,091	1,64 (0,74 a 3,63)
4 a 6	12	24,5	37	75,5		2,16 (0,83 a 5,63)
7 ou mais	6	40,0	9	60,0		4,44 (1,28 a 15,48)
Nenhum	9	13,0	60	87,0		1,00

No que diz respeito ao uso de psicofármacos (Tabela 9) foi verificada associação estatisticamente significantes com consultas médicas realizadas nos últimos seis meses e o número de consultas médicas neste período. Quanto à variável serviço de saúde que utiliza quando necessita de assistência as categorias posto de saúde e visita domiciliar apresentaram associação significativa.

Tabela 9 – Odds ratio (OR) bruta e Intervalo de Confiança para a associação entre o uso de psicofármaco e utilização de serviços de saúde dos idosos que declararam ter utilizado psicofármacos. Recife/PE, 2008

Uso de Psicofármacos						
Variáveis	Sim		Não		Valor de p	OR bruta (IC a 95%)
	n	%	n	%		
Consulta médica nos últimos 6 meses						
Sim	53	25,0	159	75,0	p ⁽¹⁾ = 0,009*	3,30 (1,55 a 7,00)
Não	9	9,2	89	90,8		1,00
Número de consultas médicas nos últimos 6 meses						
Nenhuma	9	9,2	89	90,8	p ⁽¹⁾ = 0,009*	1,00
Uma	15	21,1	56	78,9		2,65 (1,09 a 6,46)
Duas	17	27,4	45	72,6		3,74 (1,54 a 9,04)
Três ou mais	21	26,6	58	73,4		3,58 (1,53 a 8,36)
Motivo da última consulta						
Prevenção	7	21,9	25	78,1	P ⁽¹⁾ = 0,841	1,00
Acompanhamento	18	21,7	65	78,3		1,20 (0,48 a 2,97)
Nova queixa	37	19,0	158	81,0		1,18 (0,63 a 2,23)
Internação nos últimos 12 meses						
Sim	14	29,2	34	70,8	P ⁽¹⁾ = 0,084	1,00
Não	48	18,3	214	81,7		1,84 (0,92 a 3,69)
Motivos da última internação						
Circulatório	4	26,7	11	73,3	P ⁽²⁾ = 0,182	1,00
Respiratório	3	50,0	3	50,0		2,75 (0,39 a 19,67)
Gastrointestinais	1	9,1	10	90,9		**
Geniturinário	2	20,0	8	80,0		**
Outros	3	60,0	2	40,0		**
Serviço de Saúde que utiliza quando necessita de assistência						
Unidade de saúde da Família						
Sim	32	19,5	132	80,5	p ⁽¹⁾ = 0,820	1,00
Não	30	20,5	116	79,5		1,07 (0,61 a 1,86)
Póliclínica/Centro especializada da rede pública						
Sim	27	29,7	64	70,3	p ⁽¹⁾ = 0,006*	1,00
Não	35	16,0	184	84,0		2,22 (1,25 a 3,95)
Consultório ou Clínica Privada						
Sim	13	19,1	55	80,9	p ⁽¹⁾ = 0,837	1,00
Não	49	20,2	193	79,8		1,07 (0,54 a 2,12)
Recebe visita domiciliar						
Sim	6	46,2	7	53,8	p ⁽¹⁾ = 0,027*	1,00
Não	56	18,9	241	81,1		3,69 (1,19 a 11,40)

(**): Não foi determinado devido à ocorrência de frequências nulas ou muito baixas.

7 DISCUSSÃO

A amostra estudada apresentou uma predominância de idosos do sexo feminino reafirmando a feminização da velhice (NERI, 2001; PEREIRA, CURIONI e VERAS, 2002) e um perfil etário que a caracteriza como jovem uma vez que quase metade da amostra tem de 60 a 69 anos de idade (FURTADO, 1997). A maioria dos idosos vive sem companheiro, resultado possivelmente influenciado pelo grande percentual de viuvez, reflexo da sobrevivência feminina. A baixa escolaridade encontrada reflete, segundo Berquó (1999), o pouco investimento feito na educação até meados dos anos de 1950. Os arranjos familiares multigeracionais, não raros nos dias atuais e evidenciados na amostra, são possivelmente resultado de dificuldades socioeconômicas (CAMARANO, 1999; PAIVA, 2004). A baixa renda familiar assemelha-se à condição de grande parte da população brasileira. O elevado percentual de idosos beneficiários da previdência social apontado nos resultados, associado à conformação dos arranjos familiares e a baixa renda parece reforçar a afirmação de Camarano (1999) de que os idosos são responsáveis por uma contribuição importante na renda de suas famílias.

Os resultados do presente estudo revelaram uma prevalência de uso de psicofármacos pelos idosos, nos quinze dias que antecederam a entrevista, de 20,0%. As prevalências encontradas na literatura apresentam diferenças metodológicas e amostrais relevantes que se referem principalmente à população foco do estudo uma vez que não se restringe à idosa; ao ponto de corte utilizado para definir a velhice, ao período recordatório, quando utilizado e ao objeto de estudo que, em alguns dos estudos, não foi o consumo de psicofármacos.

Almeida, Coutinho e Pepe (1994) em inquérito sobre alcoolismo crônico na população de maiores de 13 anos residentes no Rio de Janeiro encontraram uma prevalência de uso de psicofármacos de 19,8% no grupo dos idosos. Em estudos mais recentes Chaimowicz *et al* (2000) buscando verificar associação entre uso de medicamentos psicoativos e queda na população de maiores de 65 anos encontraram prevalência de 13,0%. Percentual semelhante foi apontado por Coelho Filho, Marcopito e Castelo (2004) em inquérito

domiciliar realizado em Fortaleza com o objetivo de avaliar o perfil de utilização de medicamentos por idosos. Nele os medicamentos com ação no sistema nervoso central figuraram como a segunda categoria terapêutica mais utilizada, com prevalência de uso de 13,5%. Flores e Mengue (2005), por sua vez, em estudo realizado sobre consumo de medicamentos em Porto Alegre, encontraram uma prevalência de uso de psicofármacos pelos idosos de 22,0% ao analisarem as diversas classes de medicamentos consumidas.

Uma explicação a ser considerada para a disseminação do uso dessa classe terapêutica pela população idosa diz respeito às exigências da sociedade atual que desaprova sinais de dor ou sofrimento. Em uma cultura de consumo e produção as pessoas se obrigam à manutenção de uma imagem saudável. Assim, as perdas vivenciadas na velhice (da saúde, da vitalidade, da autonomia, do parceiro, do papel social no mundo do trabalho, entre outras) resultam, com frequência, em sofrimentos que são, muitas vezes, suprimidos pelo uso de terapêutica medicamentosa.

A crença no poder mágico dos medicamentos em restaurar o bem estar desejado favorece seu consumo. Segundo Lefèvre (1991) os produtos farmacológicos passaram a simbolizar a saúde e a representar o meio mais rápido e eficaz para devolver ao portador de alguma enfermidade sua condição de pessoa saudável. Assim, os psicofármacos são utilizados muitas vezes como paliativos que permitem aos idosos manter o sentimento de pertencimento nos grupos sociais em que estão inseridos, na medida em que camuflam seus desconfortos físicos e especialmente os psíquicos em um curto espaço de tempo e sem grandes esforços. Dessa forma evitam a discriminação e isolamento social a que são submetidos não raramente.

O modelo de assistência à saúde vigente é outro fator que contribui para um maior consumo de psicofármacos. Apesar dos avanços alcançados desde a criação do SUS o que se observa nos dias atuais ainda é a priorização da prática médica curativa, individual e especializada em detrimento das ações de prevenção de agravos e promoção da saúde. Na visão de Birman (1999), diante de qualquer dor, angústia ou desconforto psíquico, os clínicos (especialista ou não) passaram a prescrever psicofármacos em lugar da escuta da história dos enfermos. O aumento da demanda por serviços especializados e da prescrição

de medicamentos para condições clínicas passíveis de serem tratadas com terapias não medicamentosas ou por mudanças comportamentais são exemplos dessa prática.

As propagandas de medicamentos, por sua vez, cumprem seu papel de enaltecer os benefícios promovidos pelo produto anunciado ao mesmo tempo em que minimizam os efeitos adversos que possa apresentar reforçando, de forma contínua, a crença no poder dos medicamentos; crença essa ratificada pelo médico na medida em que, por indisponibilidade de outras formas terapêuticas, ou por interesses pessoais, prescreve, na maioria das vezes, um produto farmacológico.

No que diz respeito à aquisição do psicofármaco a maioria dos idosos (66,1%) obteve o medicamento nas farmácias da rede pública, não referindo dificuldade para adquiri-lo. Em inquérito sobre utilização de psicofármacos realizado por Almeida, Coutinho e Pepe (1994) apenas 13,1% dos entrevistados adquiriram o psicofármaco em serviços da rede pública. Rodrigues (2006), por sua vez, ao comparar o padrão de consumo de psicofármacos em Pelotas com estudo anteriormente realizado na mesma localidade encontrou relevante crescimento do percentual de pessoas que adquiriram psicofármacos na farmácia do SUS. É possível inferir que as dificuldades de aquisição tenham sido minimizadas no decorrer dos anos, provavelmente como resultado das ações desenvolvidas a partir da implantação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, ainda que esse acesso no Brasil ocorra de forma iníqua; uma pequena parcela da população consumindo grandes quantidades, enquanto a maioria não tem acesso aos medicamentos que necessitam.

O grupo de fármacos mais consumido foram os ansiolíticos, representados pelos benzodiazepínicos, resultado condizente com o de diversos estudos (ALMEIDA, COUTINHO & PEPE, 1994; MAGRINI *et al*, 1996). Os benzodiazepínicos surgiram na década de 1970 em substituição aos barbitúricos e outras drogas utilizadas no tratamento da ansiedade. Segundo afirmam Almeida, Coutinho e Pepe (1994), como também Carvalho e Dimenstein (2004), a menor toxicidade, o menor poder de provocar acidentes fatais e de produzir tolerância resultaram na disseminação de seu uso, fazendo com que os médicos o incorporassem ao arsenal terapêutico utilizado no tratamento de transtornos psíquicos. Todavia, estudos mais recentes têm apontado tolerância e dependência além de diminuição de seus efeitos terapêuticos em caso de uso prolongado (AUCHEWSKI, 2004).

Os antidepressivos correspondem ao segundo grupo mais utilizado neste estudo, resultado concordante com a literatura (OLFSON *et al.*, 2002; GARCIAS *et al.*, 2008). Seu alto consumo pode ser explicado pelo aumento de diagnóstico de doenças depressivas nos últimos tempos, fato que pode ser influenciado pelo processo de patologização ocorrido nas últimas décadas e já mencionado anteriormente. Outra explicação possível para este achado é a ampliação das indicações terapêuticas desses fármacos, a exemplo da Fluoxetina, que inicialmente foi comercializada para o tratamento da depressão e, com a observação de perda de peso como efeito adverso, começou a ser utilizada no tratamento da obesidade.

A prescrição do psicofármaco feita, em sua maioria, por especialista contrasta com os estudos de Mari *et al* (1993) e Almeida *et al* (1994) que encontraram o clínico geral como maior prescritor. Na forma de organização da saúde mental no Recife, a Estratégia Saúde da Família é definida como a porta de entrada do sistema de saúde e a “responsável” pela manutenção das prescrições, sendo os pacientes referenciados por Psiquiatra para serem acompanhados nas USF onde receberem as receitas para aquisição do medicamento. Portanto, o fato da prescrição inicial ter sido feita por especialista não determina que o acompanhamento do paciente, o seja, uma vez que o médico da Equipe de Saúde da Família não só prescreve psicofármacos como também transcrever receitas anteriormente elaboradas por especialistas.

O problema de saúde mais referido como motivo da prescrição do psicofármaco foi a insônia. Segundo Coelho Filho *et al* (2004) na velhice ocorre uma maior frequência de distúrbios do sono, podendo ser uma hipótese explicativa para este achado. Entretanto, chama a atenção a ausência desse tipo de transtorno entre as morbidades referidas pelos entrevistados, o que pode indicar uma menor relevância dada aos agravos à saúde que não estejam relacionados a problemas reconhecidos por eles como fisiológicos. Outra hipótese a ser considerada é a de que o uso da medicação tenha minimizado os sintomas, o que explicaria o fato do entrevistado não ter feito referência à insônia ao ser questionado sobre os problemas de saúde apresentados por ele por ocasião da entrevista.

Quanto ao tempo de uso do psicofármacos o maior percentual de idosos referiu utilizar a medicação em um intervalo de tempo que variou de um a menos de cinco anos, o que é um

indicativo de uso crônico. Os psicofármacos, e em especial os benzodiazepínicos, classe consumida por metade da amostra, quando utilizados por tempo prolongado apresentam tendência à tolerância e dependência. Além disso, estudos mais recentes têm demonstrado que o uso crônico de ansiolíticos benzodiazepínicos provoca a diminuição de seus efeitos terapêuticos. Segundo Carvalho e Dimenstein (2004) os benzodiazepínicos devem ser prescritos em curto prazo, não devendo exceder de dois a quatro meses. Auchewski (2004) afirma que a partir do terceiro mês de uso o risco de dependência aumenta de 10% a 15% e por mais de 12 meses esse risco aumenta de 25% a 40%.

Uma provável explicação para o tempo de uso encontrado nesse estudo diz respeito à transcrição da receita médica, hábito já estabelecido na rotina dos atendimentos realizados pelo médico das USF, determinando um uso contínuo do psicofármaco anteriormente prescrito por especialista. Resulta disso que, o acompanhamento do idoso para avaliar os resultados do tratamento e possíveis efeitos advindos de seu uso, é feito pelo médico da ESF, que, muito frequentemente, não possui informações suficientes e adequadas sobre psicofármacos, visto que não é um especialista. A falta de terapêuticas alternativas de tratamento também concorre para que tal medicação seja utilizada, muitas vezes, por tempo prolongado mesmo quando prescrita em condições pontuais como estresse ou crises naturais resultantes de perdas como, por exemplo, desemprego, separação ou luto.

O percentual de mulheres idosas que utilizaram psicofármacos (24,6%) foi mais que o dobro do apresentado pelos homens (11,2%). Este achado está em consonância com a literatura. Segundo os autores as mulheres são mais atentas aos sinais e sintomas de doenças, utilizam com maior frequência os serviços de saúde, ficando mais suscetíveis à prescrição de medicamentos, entre eles os psicofármacos. (ALMEIDA, COUTINHO & PEPE, 1994; COELHO FILHO *et al*, 2004; FLORES e MENGUE, 2005; FLEITH *et al*, 2008). Magrini (1996) acrescenta aos aspectos acima mencionados o fato de as mulheres apresentarem menor resistência ao uso de produtos farmacológicos do que os homens.

Outra hipótese a ser considerada foi aventada por Rodrigues (2006) em estudo comparativo sobre consumo de psicofármacos em residentes da cidade de Pelotas, município do Rio Grande do Sul. Para ela há uma percepção médica distinta de necessidade de uso dessa classe terapêutica com relação ao gênero. Estudo desenvolvido por Moreno Luna *et al*

(2000) sobre a avaliação de conduta médica na Atenção Básica para doenças orgânicas e de transtornos emocionais em ambos os sexos apontou que diante de sintomas de depressão e ansiedade há uma maior prescrição de drogas ansiolíticas para pacientes do sexo feminino. Essa percepção é possivelmente influenciada, entre outros aspectos pelo estereótipo das propagandas de medicamentos psicoativos. Estudos têm mostrado discrepâncias na proporção entre figura feminina e masculina. Mastroianni *et al* (2008) ao realizar análise de conteúdo de propagandas de medicamentos psicoativos encontrou quatro vezes mais a figura feminina que masculina em anúncios de ansiolíticos e antidepressivos. Resultado semelhante foi encontrado por Munce *et al* (2004) ao analisar jornais psiquiátricos nos Estados Unidos, Inglaterra e Canadá.

No que se refere à situação previdenciária a análise de associação revelou que 22,3% dos idosos que referiram ter consumido psicofármacos eram aposentados ou pensionistas, em contra partida apenas 8,0% tinha situação previdenciária diferente, revelando associação significativa com o uso de psicofármacos. Uma hipótese possível para explicar esse achado é conduzida por Teixeira (2001) ao afirmar que a aposentadoria, ao coincidir com a velhice, acentua a perda do papel social do idoso ou mesmo sua exclusão social. Borges (2003), por sua vez, alerta para a redução de recursos financeiros que ocorre com a chegada da aposentadoria, obrigando o idoso a vivenciar uma aposentadoria com recursos escassos que, na maioria das vezes são insuficientes para sua sobrevivência. É possível inferir que os aspectos acima apontados influenciam o estado emocional dos idosos tornando-os mais suscetíveis ao surgimento de transtornos psíquicos e conseqüentemente ao consumo de fármacos psicoativos.

As demais variáveis demográficas e socioeconômicas não apresentaram associação estatisticamente significativa com uso de psicofármacos, todavia serão aqui discutidas por sua relevância.

Com relação à idade o maior percentual de consumo foi verificado entre os que tinham 80 anos ou mais e aproximado entre as outras duas faixas etárias. Diversos estudos consultados demonstram que, à medida que as pessoas envelhecem aumenta a possibilidade do surgimento de problemas de saúde e com eles o consumo de medicamentos (ALMEIDA, COUTINHO & PEPE, 1994; COELHO FILHO *et al*, 2004;

FLORES e MENGUE, 2005; FLEITH *et al*, 2008). A afirmação acima é comprovada em estudos realizados na população em geral e parece ser minimizada quando a população estudada se restringe ao grupo etário específico dos idosos, uma vez que torna os dados homogêneos quanto à variável analisada, motivo que poderia explicar a ausência de associação neste estudo. É importante ressaltar que, apesar da ausência de associação, observa-se gradiente crescente de uso à medida que a idade aumenta, o que reforça a afirmação que a idade é um preditor do uso de medicamentos.

No que se refere à situação conjugal, o maior percentual de idosos sem companheiro ocorreu entre os que fizeram uso de psicofármacos. Infere-se que a ausência de um companheiro(a) nessa etapa da vida, por divórcio ou morte (o que ocorre com maior frequência), possa contribuir para o surgimento de sofrimentos e sintomas psíquicos que favoreçam a prescrição de psicofármacos. Apesar do acima exposto a diferença entre os idosos que usaram e os que não fizeram uso de psicofármacos, no presente estudo, não relevou significância estatística.

Quanto ao arranjo domiciliar verificou-se um maior percentual de idosos que reside com 1 a 3 pessoas, caracterizando domicílio multigeracional, já apontado em outros estudos (COELHO FILHO; RAMOS, 1999; PAIVA, 2004). Considerando que no Brasil essa conformação surge muito mais por uma questão de necessidade resultante das dificuldades socioeconômicas do que propriamente de cultura, é possível inferir que haja maior probabilidade de conflito entre as pessoas que co-habitam a moradia (RAMOS *et al*, 1993; PEREIRA *et al*, 2006). Ainda, segundo Anderson (1998) é possível que, também por questões socioeconômicas as condições de acomodação da pessoa idosa não sejam as mais adequadas, acarretando-lhe menor conforto e privacidade. Tanto este como aquele fator podem contribuir para o desequilíbrio psíquico e emocional da pessoa idosa, tornando-a mais suscetível ao uso de fármacos psicoativos.

No que tange à escolaridade, o percentual de idosos que consumiu psicofármaco foi maior quanto menor era o grau de instrução, corroborando com os achados de Ludermir (2002) que, ao analisar essa variável e a prevalência de transtorno mental comum verificou associação estatisticamente significativa. A justificativa para esse achado é que o processo saúde doença não estar desvinculado das dificuldades sociais e econômicas frequentemente

vivenciadas por pessoas com menor grau de instrução e que se configuram em eventos estressantes favorecedores do surgimento de transtornos psíquicos. A explicação para a ausência de associação neste estudo é semelhante à sugerida para a variável idade; a homogeneidade do grupo populacional pela adscrição de clientela.

A ausência de associação estatisticamente significativa entre renda e consumo de psicofármacos é discordante de diversos estudos consultados que apontaram essa variável como determinante social da utilização dessa classe terapêutica (MARI *et al*, 1993; ALMEIDA, COUTINHO E PEPE, 1994; LIMA, 1995), porém corrobora com os achados de Rodrigues *et al*, 2006, em estudo de base populacional que teve por objetivo avaliar o consumo de psicofármacos na população de Pelotas. Embora seja evidente que um maior poder aquisitivo facilita a aquisição de medicamentos, o fornecimento de psicofármacos pela rede pública de assistência minimiza a dificuldade de acesso para as pessoas de baixa renda e favorece o aumento de consumo antes limitado. O significativo percentual de idosos que adquiriram o psicofármaco na farmácia da rede pública encontrado nesse estudo (66,1%) confirma o acima exposto e sugere aumento da equidade no acesso a essa classe de medicamentos uma vez que a população estudada, em sua maioria apresenta baixa renda. Também nessa variável, a homogeneidade do público pode servir para justificar a ausência de associação, a exemplo das variáveis idade e escolaridade.

Com relação à autoavaliação de saúde a maioria dos idosos que consumiram psicofármacos referiu uma percepção ruim. De acordo com a literatura consultada a autopercepção de saúde, apesar de ser uma medida subjetiva, é considerada um bom indicador do estado global de saúde do indivíduo, uma vez que conglomeram aspectos da saúde física, cognitiva e emocional (ANDERSON, 1998; MARTIKAINEN, 1999; BAILIS, SEGALL, CHIPPERFIELD, 2003). Dentre as categorias que compõem esta variável, a saúde comparada com a de outras pessoas de idade semelhante mostrou associação positiva e significativa. Este resultado é concordante com estudos que apontam a percepção regular ou ruim da própria saúde como determinante da procura por atendimento médico, o que aumenta a possibilidade de uso de medicamentos, entre eles, os psicofármacos (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006; LOUVISON, 2008).

Quanto ao número de morbidades referidas, o percentual de idosos que consumiu psicofármacos aumentou de acordo com o número de doenças, chegando a 56,0% entre os que referiram 4 a 6 enfermidades crônicas. A associação entre número de morbidades e uso de psicofármacos aqui encontrada corrobora os achados de Lima (1995) em estudo sobre morbidade psiquiátrica menor e consumo de psicofármacos realizado em Pelotas; da mesma forma que Ohayon *et al* (2002) em estudo realizado em países da Europa. A hipótese explicativa é que a presença constante de múltiplas doenças pode favorecer o surgimento de desgaste emocional que irá variar com o número de doenças e a gravidade das mesmas.

A justificativa para a associação estatisticamente significativa entre o tempo em que o idoso é portador da doença e o consumo de psicofármacos é possivelmente a mesma aventada para explicar a associação do consumo dessa classe terapêutica com o número de doenças auto referidas; o desgaste psíquico que pode advir dessa condição assim como a maior frequência de consultas médicas que predispõe o idoso ao uso de psicofármacos.

A presença de morbidade limitante e o uso de psicofármacos mostraram associação positiva e estatisticamente significativa. É possível inferir que a perda da autonomia e independência, que resultam desse tipo de doença, aumenta a possibilidade do surgimento de transtornos afetivos como a ansiedade ou depressão.

Quanto à utilização de serviços de saúde foi observada associação significativa com gradiente crescente de uso à medida que aumenta o número de consultas médicas realizadas. Uma hipótese explicativa para a associação encontrada é apontada por Travassos e Viacava (2002) que afirmam ser a velhice uma fase da vida caracterizada por maior prevalência de patologias crônicas, e, por vezes, limitantes, o que determina o aumento da utilização de serviços de saúde (TRAVASSOS; VIACAVA, 2002). É sabido que, a realização de consulta médica é determinante proximal do uso de psicofármacos uma vez que, para o modelo biomédico, todo e qualquer mau funcionamento do organismo é passível de tratamento.

No que se refere à prática médica adotada na Estratégia de Saúde da Família, Tesser (2006) afirma que ela pode se configurar em uma “faca de dois gumes” no que se refere ao processo

de medicalização. A visita domiciliar, por exemplo, modalidade de atendimento que ressurgiu com a Estratégia Saúde da Família, em especial, possibilita um estreitamento da relação do profissional de saúde e a população adscrita. Assim, esse tipo de atendimento pode favorecer a promoção da desmedicalização ou, por outro lado, se configurar como uma nova e poderosa força medicalizadora.

A associação encontrada apresenta consonância ainda com a afirmação de Travassos (2002) de que o modelo biomédico desconsidera a história de vida e a subjetividade do paciente, priorizando o orgânico em detrimento das dimensões psicológica, social e ambiental. Assim, os sintomas relatados pelo idoso são interpretados, na maioria das vezes, como resultantes de problemas físicos ou mesmo psíquicos, porém, invariavelmente passíveis de serem tratados com medicamentos.

Outra explicação é trazida por Pepe e Castro (2000) ao afirmarem que a prescrição de medicamentos é uma maneira satisfatória de encerrar uma consulta médica, tanto para paciente como para o médico. A crença no poder “mágico” dos produtos farmacológicos pode influenciar a avaliação que o paciente faz da consulta médica, determinando como mais efetiva aquela na qual houve prescrição de fármaco. Desta forma, ao buscar atendimento médico, haveria, por parte de quem o procura, uma expectativa no que se refere à prescrição e muitas vezes, uma pressão velada para que ela aconteça. O médico, por sua vez, sofre influência de fatores internos (características pessoais) e externos como: local de atendimento (setor público ou privado), propagandas, comunidade acadêmica e interesses econômicos (HIGGINBOTHAM; STREINER, 1991).

Quanto à variável serviço de saúde que utiliza quando necessita de assistência foi observado que a maioria dos idosos que consumiram psicofármacos utilizou os serviços da rede pública. Entre as categorias referidas, policlínica/centro especializado e visita domiciliar apresentaram associação significativa. No que se refere à categoria Policlínica/ Centro especializado é provável que a associação resulte da presença do psiquiatra nesses locais, o que facilitaria a aquisição da receita. Quanto às visitas domiciliares, é possível inferir que os idosos que se encontram impossibilitados de serem atendidos na unidade de saúde são, provavelmente, portadores de morbidades de maior gravidade ou limitantes, o que os torna mais suscetíveis à prescrição de psicofármacos, visto que tais doenças, frequentemente,

geram em seu portador distúrbios de ordem psíquica e afetiva, como já discutido anteriormente.

8 CONCLUSÃO

Os dados demonstraram que uma parcela considerável da população estudada (20,0%) utilizou psicofármacos nos quinze dias que antecederam à entrevista. Os mais consumidos foram os benzodiazepínicos, prescritos, em sua maioria, por especialistas. A insônia foi a queixa que mais resultou em prescrição e o intervalo de tempo de uso mais freqüente foi de um a cinco anos.

O uso de psicofármacos mostrou-se associado às variáveis sexo e situação previdenciária, sendo a maioria mulheres, aposentados ou pensionistas. Em relação às condições de saúde mostraram associação positiva e significativa as variáveis: saúde comparada com a de outras pessoas da mesma idade, avaliada pela maioria como ruim; número de morbididades referidas, tempo em que apresenta o problema de saúde e presença de doença que resultou em limitação para o idoso. O mesmo aconteceu com a variável consultas médicas e número de consultas nos últimos seis meses. Na variável utilização de serviços de saúde as categorias Policlínica/ Centro especializado da rede pública e visitas domiciliares também mostraram associação.

Os resultados encontrados reforçam a preocupação atual com o uso de psicofármacos na prática geriátrica, uma vez que evidencia a medicalização dos idosos no que se refere à utilização de fármacos, entre eles os psicoativos. O incremento das prescrições medicamentosas na velhice é justificado, em parte, pela necessidade de tratamento das múltiplas doenças que surgem nas faixas etárias mais avançadas, entre elas as psíquicas. Contudo, a ausência de alternativas terapêuticas para o tratamento dos transtornos neurovegetativos e afetivos, favorece e reforça essa medicalização.

Os resultados aqui apresentados apontam para a necessidade de garantia de acesso aos medicamentos psicoativos para aqueles que sofrem de transtornos psíquicos; todavia, é essencial que haja uma maior escuta e atenção à história de cada paciente no momento do diagnóstico. Igualmente importante é o acompanhamento contínuo dos idosos que fazem uso desse tipo de medicação, de forma a prevenir ou, ao menos, reduzir os prejuízos sociais

e econômicos provenientes dos efeitos adversos que podem surgir em consequência de seu uso, mesmo quando prescritos e utilizados de forma adequada.

Apesar da limitação deste estudo no que se refere à generalização, sua importância reside no fornecimento de informações sobre determinantes individuais do consumo de psicofármacos por idosos que podem ser utilizadas no planejamento de políticas de saúde mental e de assistência farmacêutica voltadas para a população idosa.

9 RECOMENDAÇÕES

- Implementar ações, no âmbito da atenção básica, capazes de promover a saúde mental das pessoas idosas e, ao mesmo tempo prevenir as doenças psíquicas prevalentes, de forma a reduzir a necessidade de utilização de psicofármacos;
- Estimular à utilização de outras ferramentas terapêuticas em substituição ao uso de psicofármacos ou, de forma concomitante, quando a necessidade assim o determinar;
- Realizar acompanhamento contínuo dos idosos que fazem uso de psicofármacos uma vez que as alterações naturais, provocadas no organismo pelo envelhecimento, podem determinar um tempo maior de ação do fármaco no organismo assim como a intensificação de seus efeitos;
- Promover ações educativas, com vistas à melhor esclarecer a população idosa e a comunidade em geral, acerca dos cuidados necessários na utilização de psicofármacos e da importância das formas alternativas de tratamento;
- Estimular a atividade farmacêutica junto às equipes da ESF, de modo a promover o uso racional dos produtos farmacológicos;
- Promover educação permanente dos profissionais de saúde, através da participação em eventos científicos e cursos de atualizações na área de geriatria, gerontologia e farmacoepidemiologia;
- Estimular a reflexão sobre o modelo de assistência à saúde vigente e as práticas dele decorrentes, buscando novos modos e abordagens que considerem o idoso e sua história, fortaleça sua autonomia e participação no processo saúde/doença e utilize alternativas terapêuticas menos medicalizantes.

- Sugere-se a realização de pesquisas com amostra mais abrangente e que abordem outros aspectos como: características individuais do médico, qualidade e quantidade dos medicamentos psicoativos disponibilizados nas farmácias do SUS e qualidade do acompanhamento feito aos idosos que consomem essa classe terapêutica.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, W. M.; DUNNIGHAM, W. Depressão geriátrica: aspectos clínicos e terapêuticos. *Arq Bras Med*, v.67, n.4, p. 297-299. 1993.
- AQUINO, D. S. de. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. v.13, suppl., p. 733-736, 2008.
- ALMEIDA FILHO, N. de; ROUQUAYROL, M. Z. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. In: **Introdução à epidemiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- ALMEIDA, L. M.; COUTINHO, E. S. F.; PEPE, V. L. E. Consumption of psychotropic drugs in the Administrative Region of the City of Rio de Janeiro; Ilha do Governador. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.5-16, jan./mar.1994.
- ALVES, L.S.; RODRIGUES, R.N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. v.17, n.5/6, p. 333–341, 2005.
- ANDERSON, M.I.P. Saúde e condições de vida do idoso no Brasil. **Textos de Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 7-22, Nov. 1998.
- ATTIAS-DONFUT, C. Sexo e envelhecimento. In: PEIXOTO, C. E (Org.). **Família e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004. p. 89-105.
- AUCHEWSKI, L.; ANDREATINI, R.; GALDUROZ, J.C. F. e LACERDA, R.B. **Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos**. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2004, v.26, n.1, p. 24-31. ISSN 1516-4446.
- BAILIS, D.S.; SEGALL, A.; CHIPPERFIELD, J. G. Two views of self-rated general health status. **Soc Sci Med**. v. 56, p. 2, p. 203-217, 2003.
- BARDEL, A.; WALLANDER, M.A.; SVARDSUDD, K. Reported current use of prescription drugs and some of its determinants among 35 to 65-years-old women in mid-Sweden: a population-based study. **J Clin Epidemiol**. v.53, p. 637-43. 2000.Online.
- BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: Conceitos e métodos. In: MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 17-30.
- BARROS, J.A.C Medicalización y salud. **Cuad. Med. soc**. V. 28, p. 25-31, 1984.

BARROS, J.A.C. **Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?**. Rev Saúde e Sociedade, vol.11, n.1, p. 67-84. 2002.

BARROS, F.; VICTORA, C. **Epidemiologia da Saúde Infantil – um Manual para Diagnósticos Comunitários**. São Paulo: Hucitec, 1998.

BEERS, M. H. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly: an update. **Arch Intern. Med** 1997; 157: 1531-1536.

BERMUDEZ, J.A.Z.; BONFIM, J.A.R **Medicamentos e a reforma do setor saúde**. São Paulo: Hucitec- Sobravime, 1999. P. 29-34.

BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população brasileira. In: NERI, A L; DEBERT, G. G. **Velhice e sociedade**. Campinas, SP: Papirus, 1999. p.11-40.

BERTOLDI, A. D. *et al.* **Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais**. Revista de Saúde Pública [online]. v.38, n.2, p. 228-238, 2004.

BIRMAN, J. As subjetividades e as drogas. In: **Mal-estar na atualidade; a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 1999.

BLAZER, D. G. **Depressão em idosos**. 3ª ed. São Paulo: Organização Andrei Editora, 2003. 476 p.

BORGES, M. C. M. O idoso e as políticas sociais no Brasil . In: SIMSON, O. R. M. V. (Org). **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. Campinas, SP: Alínea, 2003. cap. 3, p. 79-104.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em URL: [http:// www.conselhosaude.gov.br](http://www.conselhosaude.gov.br). [02 de março de 2008].

_____. Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos. Portaria 27. Diário Oficial da União 1986. 24 outubro:16.370-16.371.

_____. Decreto-lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso. Brasília, DF: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SVS/MS nº 344/98, de 12 de maio de 1998, republicada em 01 de fevereiro de 1999 e da Portaria SVS/MS nº 6, de 29 de janeiro de 1999;

_____. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, Jun./2000, P. 316-319.

_____. Lei nº 1.0741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 out. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Instruções Técnicas para sua organização. Brasília, 2001

CAMARANO, A. A. et al. Como vai o idoso brasileiro? **Textos para discussão**, Rio de Janeiro: IPEA, n. 681, dez. 1999.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. (Org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 25-73.

CAPILHEIRA, M.F.; SANTOS, I S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 436-443, 2006.

CARVALHO, L.F.; DIMENSTEIN, M. **O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres**. *Estud. psicol. (Natal)* [online]. 2004, vol.9, n.1, pp. 121-129. [acessado em 23 de janeiro de 2009]

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. 725-733, maio/jun.2003.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.2, p.184-200, abr. 1997.

CHAIMOWICZ, F.; FERREIRA, T. J.; MIGUEL, D. F. A. Use of psychoactive drugs and related falls among older people living in a community in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 631-635, 2000.

COELHO FILHO, J. M. ; RAMOS, L. R. **Epidemiologia do Envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 445-453, 1999. Disponível em www.scielo.br. [Acessado em: 24 de setembro de 2008]

COELHO FILHO, J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n.4, p. 557-564, 2004.

COUTINHO, E. S. F.; SILVA, S.D. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1359-1366,set./out. 2002.

DAVIDSON, J. Tratamento farmacológico. In: BUSSE, E. W. *et al.* **Psiquiatria geriátrica**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. p. 364-383.

FABRÍCIO, S.C.C.; RODRIGUES, R.A.P.; COSTA, J.R. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, p. 93-99, 2004.

FLEITH, V.D. *et al.* Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, p.755-762, 2008. Online.

FINDLAY, S. **Prescription drugs and mass media advertising, 2000: research report**. Washington, D. C.: The National Institute for Health Care Management; 2001.

FLORES, L. M.; MENGUE, S. S. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**. v. 39, p. 924-929, 2005.

FLORES, V. B.; BENVEGNU, L.A. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1439-1446, jun, 2008.

FURTADO, E. S. **Terceira idade: enfoques múltiplos**. Motus Corporis, v.4, n.2, p.121-147, 1997.

GARCIAS, Carla Maria Maia et al. **Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, em 2006**. *Cad. Saúde Pública*. 2008, v.24, n.7, p. 1565-1571.

GEIB, L.T.C. *et al.* **Sono e envelhecimento**. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v.25, n.3, p. 453-465, 2003. Online.

GORDILHO *et al.* Desafios a Serem Enfrentados no Terceiro Milênio pelo Setor Saúde na Atenção Integral ao Idoso. Rio de Janeiro: **Universidade Aberta da Terceira Idade**, UFRJ, 2000.

GORENSTEIN, C.; SCAVONE, C. **Avanços em psicofarmacologia - mecanismos de ação de psicofármacos hoje**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 21, n. 1, p. 64-73, 1999. Online.

HIGGINBOTHAM, N.; STREINER, D.L. **The social science contribution to pharmacoepidemiology**. J. Clin. Epidemiol, v. 44, n. suppl. 2, p. 735-825, 1991. Online.

HUF, G.; LOPES, C. S.; ROZENFELD, S. Uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.351-362, 2000.

IBGE – **Estatísticas do Século XX**. Brasília, 1991. Disponível em www.ibge.gov.br. [acessado em: 23 de outubro de 2008].

_____. (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1998. **Pesquisa Nacional por amostra de Domicílio**. Rio de Janeiro . IBGE.

_____. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo demográfico, 2000, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em URL: www.ibge.org.br. [acessado em 10 de outubro de 2008].

_____. Estudos e pesquisas, informação demográfica e socioeconômica: Síntese de Indicadores Sociais 2004. Rio de Janeiro, 2005.

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 2005. Brasília, 2006. Disponível em www.ibge.gov.br. [Acessado em 18 de dezembro de 2008].

_____. Síntese de Indicadores Sociais 2007. Rio de Janeiro. 2008. Disponível em www.ibge.gov.br. [acessado em 16 de fevereiro de 2009].

KATZUNG, B.G. Aspectos especiais da farmacologia geriátrica. In: KATZUNG, B.G.(org.). **Farmacologia básica & clínica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 889-906.

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

LLOYD – SHERLOCK, Peter (2002). **Ageing, development and social protection: a research agenda**. UNRISD Meeting on Ageing, Development and Social Protection.

LIMA, M.S. Epidemiologia e impacto social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21(Supl.1):S11, 1999.

LIMA-COSTA, M. F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 499-513.

LIMA, M. S. **Morbidade psiquiátrica menor e consumo de psicofármacos em Pelotas**. 1995. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. Rio Grande do Sul.

LITVOC, J.; BRITO, F.C. Conceitos básicos. In: LITVOC, J.; BRITO, F.C. **Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.

LOUVISON, M.C.P. *et al.* **Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo**. Rev. Saúde Pública, vol. 42, no. 4, pp. 733-740, 2008. Online.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Saúde mental, condições de vida e ocupacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 213-231, 2002.

MARI, J. J.; ALMEIDA FILHO, N. COUTINHO, E. S. F., The epidemiology of psychotropic use in the city of São Paulo. **Psychological Medicine**, v. 23, p.467-474, 1993.

MAGRINI *et al.* **Use of benzodiazepines in the italian general population: prevalence, pattern of use and risk factors for use**. Eur J. Clin. Pharmacol. v. 50, n. 1-2, p. 19-25.1996. Online.

MARTIKAINEN, P. *et al.* **Reliability of perceived health by sex and age**. Soc Sci Med, v.48, n.8, p. 1117-1122, 1999.

MASTROIANNI, P. C.; VAZ, A. C. R; NOTO, A. R. GALDUROZ, J. C. F. **Análise do conteúdo de propagandas de medicamentos psicoativos**. Rev. Saúde Pública 2008, vol. 42, no. 5, pp. 968-971. Online.

MAZO, G. Z.; LOPES, M. A.; BENEDETTI, T. B. **Atividade física e o idoso**. 2ª ed. Porto Alegre: Sulinas, 2004. 248p.

MENDONCA, R.T. *et al.* **Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes**. **Saude sociedade**. v. 17, n. 2, p. 95-106. 2008. Online.

MONAME, M.; AVORN, J. **Medications and falls: causation, correlation and prevention**. Clin Geriatr Med. v.12, p. 847-858, 1996. Online.

MORENO LUNA, E.M. *et al.* **Influence del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos.** *Aten Primaria.* v. 26, n. 28, p. 554-558, 2000. Online.

MOSEGUI, G. B. G. *et al.* Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n.5, p.437-444,1999.

MUNCE, S.E. *et al.* Who is portrayed in psychotropic drug advertisements? **J Nery Ment Dis.** 2004, 192 (4): 284-8.

NERI, A.L. (Org.). **Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais.** São Paulo: Papirus, 2001. (Coleção VivaIdade).

NEUTEL, C.I.; PERRY, S.; MAXWELL, C. **Medication use and risk falls.** *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, v.11, n.2, p.97-104, 2002.

NOVAES, M.R.C.G. (Org). **Assistência farmacêutica ao idoso; uma abordagem multiprofissional.** Brasília. Thesaurus, 2007.

OHAYON, M. M. ; LADER, M. H. **Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy and the United Kingdom.** *J. Clin Psychiatry.* [online] v.63, n. 9, p. 817-825, 2002.

OLFSON, M. *et al* . **National trends in the outpatient treatment of depression.** *JAMA* . v. 287, n. 2, p. 203-9. 2002. Online.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da I Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, Plano de Ação Internacional.** Viena, 1982.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde- CID-10.** São Paulo: EDUSP;1994.

PAIVA, P.T. A.; WANJMAN, S. Das causas às consequências econômicas da transição demográfica no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais;** São Paulo, v. 22, n. 2, p. 303-322, Jul.-dez./2005.

PAIVA, S. O. C. **Perfil socioeconômico e epidemiológico da população idosa do Distrito Estadual de Fernando de Noronha – PE. 2004.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

PAPALÉO NETTO, M.; PONTE, J. R. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALÉO NETTO, M. P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p 3-12.

PAPALÉO-NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. et al. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.2-12.

PAPALÉO NETTO, M.; YUASO, D. R.; KITADAI, F. T. Longevidade: desafio no terceiro milênio. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 29, n.4, out./dez. 2005.

PEPE, V.L.E.; CASTRO, C.G.S.O. A interação entre prescritores, dispensadores e paciente: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n.3, p. 815-822, 2000.

PEREIRA, M.G. Estrutura, vantagens e limitações dos principais métodos. In: _____. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PEREIRA, M. G. Transição demográfica e epidemiológica. In: _____. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 157-185.

PEREIRA, R.S.;CURIONI, C.C.;VERAS, R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Textos envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p 43-59. 2002.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. (Org). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

RAMOS, *et al.* Perfil do idoso em área metropolitana na região Sudeste do Brasil: resultado de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v.27, n. 2, p. 87-94, 1993.

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife**. Recife, 2005.

RODRIGUES, M. A.P.; FACCHINI, L. A.; LIMA, M.S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 107-114, 2006. Online.

RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 106-110.

RODRIGUES, R. A. P.; DIOGO, M. J. D.; BARROS, T. R. O envelhecimento do ser humano. In: RODRIGUES, R. A. P.; DIOGO, M. J. D. (Orgs.). **Como cuidar dos idosos**. Campinas: Papirus, 1996. p. 11-16.

ROZENFELD, S. Prevalence, associated factors, and misuse of medication in the elderly: a review. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, p.717-7, maio/jun. 2003.

ROZENFELD, S; CAMACHO, A.B.; VERAS, R. P. Medication as a risk factor for falls in older women in Brazil. **Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Healt**.

RUIZ, T.; BARROS, M.B.A.; CARANDINA, L. Perfil social e demográfico da população idosa da área urbana do Município de Botucatu (SP). **Arquivos de Geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v.2 n.3, p. 90-95, 1998.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; SUSSMAN, N. **Manual de farmacologia psiquiátrica**. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007. 400p.

STEVENSON, J. S.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. O cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. **Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis**. v. 6, n. 2, p. 33-55, maio/ago. 1997.

STOPPE, J. A.; LOUZÃ NETO, M.R. **Depressão na terceira idade: apresentação clínica e abordagem terapêutica**. São Paulo. Lemos, 1999.

SHEIKH, J. I. Transtornos de ansiedade e transtorno do pânico. In: BUSSE, E. W. *et al*. **Psiquiatria geriátrica**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. p 286-294.

SILVA JUNIOR *et al*. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. cap. 10, 289-311.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, maio-jun.2003.

TAYLOR R. Medicine out of control: the anatomy of a malignant technology. Melbourne: Sunbooks; 1979.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; PINHEIRO, R. BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev Panam Salud Pública**, v. 11, n. 5-6, p. 365-373. 2002.

TEIXEIRA, J.J. ; LEFÈVRE, F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Revista Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 207-213, 2001.

TESSER, C. D. Medicalização Social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface, Saúde, Educação**. v. 10 n. 20, Botucatu Julho/Dez. 2006.

VERAS, R.P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.

VERAS, R. P. Pesquisando populações idosas - a importância do instrumento e o treinamento de equipe: uma contribuição metodológica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 513-518, Nov/dez. 1988.

_____. **Terceira Idade: gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro, Relume Dumará. p. 11-79, 2002.

_____. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n. 3, p.705-715, 2003.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 229p, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Drug dependence. Thirtieth Report of WHO Expert Committee**. Geneva:WHO. 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION –WHO. **Consumer reporting of adverse drug reactions**. WHO Drug inf., v. 14, n.4, p. 211-215, 2000.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, após ter sido esclarecido(a) pelo entrevistador, declaro que concordo em participar do projeto de pesquisa: **USO DE PSICOFÁRMACOS POR IDOSOS CADASTRADOS EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DO RECIFE**, cujo objetivo é avaliar o uso de psicofármacos por idosos. Estou ciente do objetivo desta pesquisa e concordo em responder as perguntas do questionário durante a entrevista, sabendo que tenho a garantia de sigilo sobre minha identidade e que todas as informações prestadas serão tratadas de forma confidencial. A ocorrência de riscos à minha pessoa estará relacionada estritamente a possível constrangimento em responder aos questionamentos. Concordo que os dados coletados possam ser utilizados para o objetivo acima descrito e os resultados publicados em revistas científicas. Declaro ainda que recebi todas as informações que julgo necessárias para decidir conscientemente, se quero participar e estou ciente de que posso me retirar da pesquisa a qualquer momento, sem que haja prejuízo de qualquer natureza para minha pessoa. Também me foi esclarecido que dúvidas ou informações posteriores poderão ser obtidas junto a pesquisadora responsável, por telefone, sendo ainda todos os gastos decorrentes do estudo de responsabilidade da mesma.

Recife,/...../.....

Assinatura ou impressão digital do entrevistado



Assinatura do entrevistador

Testemunha

Testemunha

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

USO DE PSICOFÁRMACOS POR IDOSOS CADASTRADOS EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DO RECIFE

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Equipe nº _____	Micro: _____	Nº Questionário _____
Nome do Entrevistado: _____		
Endereço: _____		
Responsável pela entrevista: _____		
Data da Entrevista ____/____/____.		

INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS

1. Sexo do entrevistado - identifique o sexo da pessoa entrevistada (1) Masculino (2) Feminino
2. Qual a data de seu nascimento? ____/____/____. Idade: _____ (8) NS (9) NR
3. Qual é sua escolaridade máxima? (1) Nenhuma (2) Primário (até a 4ª série) (3) Ginásio/1º grau (5ª a 8ª série) (4) Científico, técnico ou equivalente/2º Grau (5) Superior (8) NS (9) NR
4. Atualmente qual é o seu estado conjugal? Entrevistador: Marque apenas uma alternativa (1) Casado(a) /mora com companheiro(a) (2) Viúvo(a) (3) Divorciado(a) / separado(a) (4) Solteiro/Nunca casou (8) NS (9) NR

5. Quantas pessoas vivem com o (a) Sr (a) nesta casa? _____ pessoas. (1) Entrevistado (a) mora só (vá para a questão 7) (8) NS (9) NR
6. Quem são essas pessoas? Entrevistador: para cada categoria de pessoas indicada pelo entrevistado marque a resposta SIM a. Esposa(o) / companheira(o) () SIM b. Filho(s) () SIM c. Genro/Nora () SIM d. Neto () SIM e. Neto/a () SIM f. Pais () SIM g. outros parentes/empregado () SIM
7. Que tipo de trabalho (ocupação) o (a) Sr.(a) teve durante a maior parte de sua vida? Entrevistador: Anote o tipo de trabalho _____ (1) Nunca trabalhou (2) Dona de casa (8) NS (9) NR
8. Qual sua situação previdenciária? (1) não aposentado(a) (2) aposentado(a) (3) pensionista (4) aposentado(a) e pensionista (5) outro. Especificar: _____ (8) NS (9) NR
9. Atualmente o (a) Sr (a) trabalha? Entrevistador explique: Por trabalho quero dizer qualquer atividade produtiva remunerada. (1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR
10. Sua renda mensal aproximada é de: Entrevistador: anotar o valor (em reais) R\$ _____ (0) não tem rendimento próprio (8) NS (9) NR
11. Qual a renda média mensal das pessoas que vivem nesta residência? Não preciso saber o valor exato, basta dizer-me o valor aproximado. Entrevistador: Se o entrevistado vive sozinho e tem rendimento, repita o valor informado na questão anterior. Se o entrevistado vive sozinho e não tem rendimento, marque a alternativa “não se aplica” nesta questão. Rendimento mensal: R\$ _____ (0) Não se aplica (8) NS (9) NR

CONDIÇÕES DE SAÚDE

12. Em geral, o (a) Sr (a) diria que sua saúde está: Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 4. (1) Ótima (2) Boa (3) Ruim (4) Péssima (8) NS (9) NR															
13. Em comparação com os últimos 5 anos, o (a) Sr (a) diria que sua saúde hoje é: Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 3. Marque apenas uma opção. (1) Melhor (2) Igual (3) Pior (8) NS (9) NR															
14. Em comparação com as outras pessoas de sua idade, o (a) Sr (a) diria que sua saúde está: Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 3. Marque apenas uma opção. (1) Melhor (2) Igual (3) Pior (8) NS (9) NR															
15. Atualmente o (a) Sr (a) tem alguma doença ou problema de saúde? (1) Sim (2) Não (vá para questão 20) (8) NS (9) NR															
16. Quais são os principais problemas de saúde que o (a) Sr (a) está enfrentando? a. _____ b. _____ c. _____ d. _____ e. _____															
17. Há quanto tempo? ANOS/MESES <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">a. _____</td> <td style="width: 33%;">(8) NS</td> <td style="width: 33%;">(9) NR</td> </tr> <tr> <td>b. _____</td> <td>(8) NS</td> <td>(9) NR</td> </tr> <tr> <td>c. _____</td> <td>(8) NS</td> <td>(9) NR</td> </tr> <tr> <td>d. _____</td> <td>(8) NS</td> <td>(9) NR</td> </tr> <tr> <td>e. _____</td> <td>(8) NS</td> <td>(9) NR</td> </tr> </table>	a. _____	(8) NS	(9) NR	b. _____	(8) NS	(9) NR	c. _____	(8) NS	(9) NR	d. _____	(8) NS	(9) NR	e. _____	(8) NS	(9) NR
a. _____	(8) NS	(9) NR													
b. _____	(8) NS	(9) NR													
c. _____	(8) NS	(9) NR													
d. _____	(8) NS	(9) NR													
e. _____	(8) NS	(9) NR													
18. Este(s) problema(s) foi(ram) diagnosticado(s) por algum médico? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">a.</td> <td style="width: 33%;">(1) SIM</td> <td style="width: 33%;">(2) NÃO</td> </tr> <tr> <td>b.</td> <td>(1) SIM</td> <td>(2) NÃO</td> </tr> <tr> <td>c.</td> <td>(1) SIM</td> <td>(2) NÃO</td> </tr> <tr> <td>d.</td> <td>(1) SIM</td> <td>(2) NÃO</td> </tr> <tr> <td>e.</td> <td>(1) SIM</td> <td>(2) NÃO</td> </tr> </table> (8) NS (9) NR	a.	(1) SIM	(2) NÃO	b.	(1) SIM	(2) NÃO	c.	(1) SIM	(2) NÃO	d.	(1) SIM	(2) NÃO	e.	(1) SIM	(2) NÃO
a.	(1) SIM	(2) NÃO													
b.	(1) SIM	(2) NÃO													
c.	(1) SIM	(2) NÃO													
d.	(1) SIM	(2) NÃO													
e.	(1) SIM	(2) NÃO													

19. Este(s) problema(s) de saúde atrapalha(m) o(a) Sr(a) de fazer coisas que fazia antes do surgimento da doença?

- a. (1) SIM (2) NÃO
- b. (1) SIM (2) NÃO
- c. (1) SIM (2) NÃO
- d. (1) SIM (2) NÃO
- e. (1) SIM (2) NÃO

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

20. Nos últimos 6 meses o (a) Sr (a) utilizou algum serviço de saúde para fazer consulta médica?

- (1) Sim
- (2) Não (vá para questão 23)
- (8) NS
- (9) NR

21. Quantas consultas o (a) Sr (a) realizou nesse período?

- (1) uma
- (2) duas
- (3) três
- (4) 4 ou mais
- (8) NS
- (9) NR

22. Qual foi o motivo da última consulta?

23. Nos últimos 12 meses o (a) Sr (a) foi hospitalizado alguma vez?

- (1) Sim
- (2) Não
- (8) NS
- (9) NR

24. Qual o motivo da internação?

25. Quando o (a) Sr (a) precisa de algum atendimento de saúde (exceto internação) onde costuma ir?

Entrevistador: para cada categoria de serviço indicada pelo entrevistado marque a resposta SIM

- a. Não procura serviço de saúde () SIM
- b. Unidade de saúde da família () SIM
- c. Posto de Saúde /Clínica especializada () SIM
- e. Consultório/ Clínica da rede privada () SIM
- f. Recebe visita domiciliar da ESF () SIM
- (8) NS
- (9) NR

USO DE MEDICAMENTOS

26. Nos últimos 15 dias o(a) Sr(a) tomou algum remédio controlado (aqueles usados para problemas de nervos ou para dormir ou mesmo para dor, que é vendido com receita médica)? (1) Sim (pedir para ver a embalagem do remédio e anotar o nome/princípio ativo) (2) Não (vá para a questão 33) (8) NS (9) NR a. _____ b. _____ c. _____																									
27. Quem indicou ou receitou este (s) remédio (s)? (1) médico da Unidade de Saúde da Família (2) médico especialista Especificar: _____ (3) dentista (4) farmacêutico (5) parente ou amigo (8) NS (9) NR																									
28. Para que problema de saúde esse(s) remédio(s) lhe foi(ram) indicado(s)? a. _____ (8) NS (9) NR b. _____ (8) NS (9) NR c. _____ (8) NS (9) NR																									
29. Há quanto tempo o (a) Sr (a) toma esse (s) remédio(s)? ANOS/MESES a. _____ (8) NS (9) NR b. _____ (8) NS (9) NR c. _____ (8) NS (9) NR																									
30. Como o Sr (a) consegue esse (s) remédio (s)? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 15%;">Compra na Farmácia</th> <th style="text-align: left; width: 15%;">Adquire na rede pública</th> <th style="text-align: left; width: 40%;">Outra forma (Especificar)</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">NS</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. (1)</td> <td>(2)</td> <td>_____</td> <td style="text-align: center;">(8)</td> <td style="text-align: center;">(9)</td> </tr> <tr> <td>b. (1)</td> <td>(2)</td> <td>_____</td> <td style="text-align: center;">(8)</td> <td style="text-align: center;">(9)</td> </tr> <tr> <td>c. (1)</td> <td>(2)</td> <td>_____</td> <td style="text-align: center;">(8)</td> <td style="text-align: center;">(9)</td> </tr> </tbody> </table>						Compra na Farmácia	Adquire na rede pública	Outra forma (Especificar)	NS	NR	a. (1)	(2)	_____	(8)	(9)	b. (1)	(2)	_____	(8)	(9)	c. (1)	(2)	_____	(8)	(9)
Compra na Farmácia	Adquire na rede pública	Outra forma (Especificar)	NS	NR																					
a. (1)	(2)	_____	(8)	(9)																					
b. (1)	(2)	_____	(8)	(9)																					
c. (1)	(2)	_____	(8)	(9)																					
31. O (a) Sr (a) tem dificuldade para conseguir este (s) remédio(s)? (1) Sim (2) Não (vá para a questão 33) (8) NS (9) NR																									
32. Em geral qual o problema ou dificuldade mais importante que o(a) senhor(a) tem para adquirir este(s) remédio(s)? (1) problema financeiro (2) dificuldade para encontrar o remédio na farmácia (3) dificuldade em obter a receita (4) outro problema ou dificuldade. Especifique _____ (8) NS (9) NR																									

33. O(a) Sr(a) toma algum outro tipo de remédio?

(1) Sim

(2) Não (**encerrar a entrevista**)

(8) NS

(9) NR

34. Qual(is)? **Entrevistador:** pedir para ver embalagem ou bula ou receita médica. Anotar nome e princípio ativo

a. _____

b. _____

c. _____

d. _____

e. _____

f. _____

APÊNDICE C

MANUAL PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Pesquisa: USO DE PSICOFÁRMACOS POR IDOSOS CADASTRADOS EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DO RECIFE.

Esse é um questionário elaborado com o objetivo de verificar o consumo de psicofármacos em idosos. É composto de 4 seções, a saber: Informações demográficas e socioeconômicas (perguntas de 1 a 11); Condições de Saúde (perguntas de 12 a 19), Utilização de Serviços de Saúde (perguntas de 20 A 25) e Uso de medicamentos (perguntas de 26 a 34).

Abaixo estão as orientações que devem ser seguidas no momento da aplicação e preenchimento desse questionário.

INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS

Questão 1

Anotar o sexo do entrevistado.

Questão 2

Perguntar a data de nascimento do entrevistado. Calcular a idade atual.

Questão 3

Perguntar ao entrevistado se ele freqüentou a escola e em caso afirmativo perguntar qual a última série em que ele foi aprovado. Em seguida escolher a alternativa que corresponda à resposta do entrevistado.

Questão 4

Anotar o estado conjugal atual do entrevistado. Atenção: nos casos em que o entrevistado conviva com companheiro(a), mesmo sem ter formalizado judicialmente tal união marcar a alternativa (1) casado(a)/morando junto com companheiro(a)

Questão 5

Anotar o número de pessoas que vivem na residência **além** do entrevistado.

Questão 6

Assinalar para cada categoria de pessoa indicada pelo entrevistado um “X” no parêntese correspondente.

Questão 7

Anotar o tipo de trabalho que o entrevistado realizou durante a maior parte de sua vida. Caso nunca tenha trabalhado assinalar a resposta (1). Caso o entrevistado responda que nunca trabalhou fora de casa, mas sempre cuidou dos afazeres domésticos assinalar a alternativa (2). Caso o entrevistado cite a categoria “doméstica” esclarecer se exerceu essa atividade em outra residência que não sua própria e se foi remunerada por esse serviço.

Questão 8

Ler para o entrevistado as opções de resposta e assinalar a que ele indicar.

Questão 9

Perguntar ao entrevistado se ele trabalha atualmente, explicando a definição de trabalho utilizada no questionário (qualquer atividade produtiva remunerada).

Questão 10

Anotar a renda mensal do entrevistado. Caso ele não lembre o valor exato pedir para dizer o valor aproximado.

Questão 11.

Pedir ao entrevistado para informar a renda média mensal aproximada das pessoas que vivem na casa, **incluindo a dele** (somar a renda aproximada de todas as pessoas da casa que recebem remuneração).

CONDIÇÕES DE SAÚDE**Questão 12**

Ler as alternativas de (1) a (4) para que o entrevistado escolha a que melhor define a avaliação que ele faz de sua própria saúde.

Questão 13

Esclarecer que o entrevistado deve tentar lembrar como era sua saúde há 5 anos atrás e comparar com sua saúde atual. Ler as alternativas de (1) a (3) para que o entrevistado escolha a que melhor define a mudança ocorrida em seu estado de saúde nos últimos cinco anos.

Questão 14

Ler as alternativas de (1) a (3) para que o entrevistado escolha a que melhor define sua saúde quando comparada com a de outras pessoas de idade semelhante.

Questão 15

Perguntar ao entrevistado se ele tem alguma doença ou problema de saúde atualmente.

Questão 16

Anotar os problemas de saúde citados pelo entrevistado.

Questão 17

Anotar o tempo que o entrevistado apresenta cada um dos problemas de saúde citados na questão anterior.

Questão 18

Perguntar ao entrevistado se o(s) problema(s) de saúde citado(s) foi/foram diagnosticado(s) por médico e assinalar um “X” no parêntese correspondente.

Questão 19

Perguntar ao entrevistado se o(s) problema(s) de saúde citado(s) o limita de fazer as atividades que fazia antes do surgimento da doença.

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**Questão 20**

Perguntar ao entrevistado se utilizou serviço de saúde nos últimos 6 meses para consulta médica.

Questão 21

Anotar o número de consultas médicas realizadas nesse período.

Questão 22

Anotar o motivo da última consulta médica realizada nesse período.

Questão 23

Perguntar ao entrevistado se teve alguma internação hospitalar nos últimos 12 meses.

Questão 24

Perguntar o motivo da internação. Caso tenha sofrido mais de uma internação nesse período considerar o motivo da última internação.

Questão 25

Perguntar ao entrevistado onde costuma ir quando precisa de algum atendimento de saúde. Assinalar para cada categoria de serviço de saúde indicado pelo entrevistado um “X” no parêntese correspondente.

USO DE MEDICAMENTOS**Questão 26**

Perguntar ao entrevistado se ele tomou algum “medicamento controlado” nos últimos 15 dias. Esclarecer que tipo de medicamento é definido como “controlado”. Em caso afirmativo pedir para ver a embalagem, bula ou prescrição e anotar o nome e princípio ativo dos medicamentos. Em caso negativo o entrevistador deve ir para a questão 33.

Questão 27

Perguntar se alguém indicou o medicamento.

Questão 28

Perguntar para que problema de saúde o remédio foi indicado/prescrito.

Questão 29

Anotar o tempo em que o entrevistado faz uso da medicação controlada

Questão 30

Anotar a forma pela qual o entrevistado adquire o medicamento controlado. Ler as alternativas para ele.

Questão 31

Perguntar se o entrevistado tem dificuldade para adquirir o medicamento controlado. Em caso negativo ir para a questão 33.

Questão 32

Anotar os problemas ou dificuldades encontradas pelo entrevistado para adquirir o medicamento(s) controlado(s).

Questão 33

Perguntar ao entrevistado se ele toma algum outro tipo de medicamento. Em caso de resposta negativa encerrar a entrevista.

Questão 34

Pedir ao entrevistado para ver a(s) embalagem(ns), bula(s) ou prescrição(ões) e anotar o nome e princípio ativo do(s) medicamento(s).

Encerrar a entrevista e agradecer ao entrevistado por sua participação.

ANEXO I



PREFEITURA DO
RECIFE

A U T O R I Z A Ç Ã O

Declaramos que autorizamos a realização da pesquisa intitulada **“Uso de Psicofármacos por Idosos Cadastrados em Unidade de Saúde da Família da Cidade do Recife”**, pela aluna Leila Monteiro Navarro Marques de Oliveira do curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Pernambuco, sob a orientação da Professora Dra. Ana Paula de Oliveira Marques. A referida pesquisa será realizada na Rede de Saúde deste Município, desde que cumprindo as determinações éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e que a pesquisadora se comprometa a dar conhecimento ao município dos resultados analisados.

ILKA VERAS FALCÃO
Assessora Executiva da Secretaria de Saúde

Recife, 04 de junho de 2008

ANEXO II



SERVICÓ PÚBLICÓ FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 109/2008 - CEP/CCS

Recife, 03 de julho de 2008

Registro do SISNEP FR – 198343

CAAE – 0073.0172.000-08

Registro CEP/CCS/UFPE N.º 171/08

Título: "Uso psicofármacos por idosos cadastrados em unidade de saúde da família da cidade do Recife"

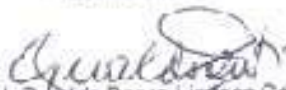
Pesquisador Responsável: Lella Monteiro Navarro Marques da Oliveira

Senhora Presidente,

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEF/CCS/UFPE) registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epigrafe, aprovando-o e liberando-o para início da coleta de dados em 02 de julho de 2008.

Ressaltamos que o pesquisador responsável deverá apresentar relatório ao final da pesquisa (31/03/2009).

Atenciosamente


Prof. Gerardo Brasil Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS/UFPE

À
Mecranda Lella Monteiro Navarro Marques da Oliveira
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – CCS/UFPE