

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO ACADÊMICO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA

**ESTUDO DE BASE POPULACIONAL SOBRE O USO DE MEDICAMENTOS EM
IDOSOS RESIDENTES EM COMUNIDADE**

ALESSANDRA SANTOS SALES

JEQUIÉ-BA
2014

ALESSANDRA SANTOS SALES

**ESTUDO DE BASE POPULACIONAL SOBRE O USO DE MEDICAMENTOS EM
IDOSOS RESIDENTES EM COMUNIDADE**

Dissertação de Mestrado apresentada para
exame de defesa em banca Examinadora ao
Programa de Pós Graduação em Enfermagem e
Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da
Bahia; área de concentração em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Vigilância à Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti

**JEQUIÉ- BA
2014**

S155 Sales, Alessandra Santos.
Estudo de base populacional sobre o uso de medicamentos em idosos residentes em comunidade/Alessandra Santos Sales.- Jequié, UESB, 2014.
92 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação de Mestrado (Pós-graduação em Enfermagem e Saúde)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2014.
Orientador: Profº. Drº. Cezar Augusto Casotti.

1. Idosos residentes em comunidade – Automedicação 2. Idoso – Uso de medicamentos 3. Farmacoepidemiologia – Idoso e o uso irracional de medicamentos 4. Polimedicação – Saúde do idoso 5. Idosos residentes em Aiquara, Bahia – Base populacional sobre o uso de medicamentos I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 612.67

FOLHA DE APROVAÇÃO

SALES, Alessandra Santos. Estudo de base populacional sobre o uso de medicamentos em idosos residentes em comunidade. 2014. Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. Jequié-BA. 2014.

BANCA EXAMINADORA

Profº Drº Cezar Augusto Casotti

Doutor em Odontologia Preventiva e Social.
Professor Adjunto da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Orientador e Presidente da Banca Examinadora

Profº Drº Antônio Ignácio de Loyola Filho

Doutor em Saúde Pública.
Pesquisador/professor do Centro de Pesquisas René Rachou - FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Profº Drº Djanilson Barbosa dos Santos

Doutor em Saúde Pública.
Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

Jequié/BA, 04 de dezembro de 2014.

DEDICATÓRIA

A DEUS que me sonda e me conhece... “SENHOR, Tu sabes o meu assentar e o meu levantar; de longe entendes o meu pensamento.

Cercas o meu andar, e o meu deitar; e conheces todos os meus caminhos. Não havendo ainda palavra alguma na minha língua, eis que logo, ó Senhor, tudo conheces. Tu me cercaste por detrás e por diante, e puseste sobre mim a tua mão. Tal ciência é para mim maravilhosíssima; tão alta que não a posso atingir. Para onde me irei do teu espírito, ou para onde fugirei da tua face? Se tomar as asas da alva, se habitar nas extremidades do mar, Até ali a tua mão me guiará e a tua destra me susterá.”

Salmos 139:1-10

À minha MÃE (in memoriam) que em breve verei novamente... “Porque o mesmo Senhor descera do céu com alarido, e com voz de arcanjo, e com a trombeta de Deus; e os que morreram em Cristo ressuscitarão primeiro.” I Tessalonicenses 4:16

AGRADECIMENTOS

Sempre primeiramente a **DEUS** que é bom em todo tempo e em todo tempo é bom! Que é o autor e consumidor da minha fé e esta, mesmo que pequena, me faz crer na sua grandiosidade de poder em minha vida. Que qualquer coisa que eu faça seja para a glória dEle.

À minha **MÃE** que não consigo falar, nem escrever, nem pensar sem vir lágrimas nos olhos porque doe e sempre vai doer, então deixo assim mesmo, sem muitas palavras, a minha gratidão com a simples menção do seu nome para sempre e eternamente...

À **FAMÍLIA**... meu pai Sales por cada oração, palavras de incentivo e batalha em conjunto em casa, trabalho e estudos; minha irmã Marta pela parceria em cada etapa literalmente de todo esse processo e que por fazer ao mesmo tempo que eu, também um mestrado, sabe de perto as dores e vitórias; irmã de número um Grazielle, pelo apoio e torcida e sobrinho Pedro Henrique por todo o amor e paciência de quase todos os dias de estresse. Minha tia, avó, mãe Lele e Zino por cada palavra de incentivo e força a cada dia de minha vida.

Aos **AMIGOS** de perto e de longe e **COLEGAS** de mestrado que se fizeram amigos/irmãos, seja “quantitativos” ou “qualitativos” alcançamos a vitória de mais essa etapa que não foi galgada sozinha, mas em conjunto. Sempre me lembrarei de vocês no todo e nas particulares inerentes a cada um.

A as minhas **M.A.S.** do peito da época da graduação (Moni, Lulu, Allani, Mari, Tali, Poli) que mesmo de longe tornam meus dias mais alegres em cada conversa.

À **ANE** e **MARISTELA** pelo carinho tão bonito que guardo no coração mesmo quando minhas visitas não permaneceram constantes nos últimos meses.

À **RAFA**ela Brandão Dias, que Deus quis colocar em meu caminho para ele ficar mais ameno e mais doce. E é assim que duas pessoas diferentes apresentam afinidades que permite uma bela amizade e boa convivência. Obrigada amiga linda, maturidade é essencial.

À **GABI**, aluna, monitora, orientanda, amiga... Você é a prova que existem pessoas com um dom lindo de se sentir bem em ajudar ao próximo sem querer nada em troca. Deus te abençoe e sou grata em tudo, principalmente nesses últimos meses pela amizade e ajuda essencial para me permitir estar aqui agora.

À **THAÍS**, aluna, orientanda e amiga que sempre ouvi palavras de incentivo e forte torcida mesmo quando minhas forças já não eram tão sustentadoras. Elas sempre foram um refrigerio para mim, obrigada.

A **PAULINHO**, amigo/irmão pela herança do orientador, pelas alegrias na “nossa” salinha de estudos, pelas palavras de estímulo, que Deus te permita crescer em sabedoria e humildade sempre.

Ao **PROGRAMA**, por cada oportunidade de crescimento profissional e pessoal além do desenvolvimento desta pesquisa.

Aos **FUNCIONÁRIOS, COORDENAÇÃO** e todos os **PROFESSORES** meu respeito, admiração, carinho e amizade.

Aos **IDODOS** do município de Aiquara pela tamanha receptividade e carinho enorme que sem dúvida, ajudaram na realização deste trabalho e o tornou prazeroso.

À **SECRETARIA DE SAÚDE** de Aiquara pelo acolhimento e colaboração em todo o processo de pesquisa.

Aos **BOLSISTAS** e **COLABORADORES VOLUNTÁRIOS** (Samara, Laércio, Tiago, Gabriela, Lorena, Isadora e Carol) que tornaram o trabalho mais ameno. Obrigada pelo trabalho dedicado com amor e prazer.

À **BANCA** de qualificação e defesa pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições.

A **CEZAR AUGUSTO CASOTTI**, orientador e desorientador...Obrigada por me permitir fazer o mestrado com liberdade, sem imposições, sem anular o que sou. Sei que a melhor combinação tinha que ser eu com o senhor. Para além do mestrado, obrigada por estar em momentos importantes e necessários para mim, obrigada pelo companheirismo. Nunca esquecerei. Cuide-se, em todos os sentidos. Seja mais você, seja mais para você. Continuaremos juntos nos trabalhos e na amizade...

A **TODOS** e **TODAS**, mencionados ou não, obrigada. Que Deus esteja com vocês!

“Sou todo Teu, meu Salvador; pagaste o resgate por minha alma, e tudo o que sou ou ainda espero ser é Teu”.

(Ellen G. White)

SALES, Alessandra Santos. **Estudo de base populacional sobre o uso de medicamentos em idosos residentes em comunidade**. Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA. 2014. 92p.

RESUMO

A prática da utilização de medicamentos esta presente nas diversas sociedades, sendo muitas vezes atrelada ao uso de forma irracional, trazendo danos à saúde, principalmente em idosos que se constitui no grupo mais exposto ao uso de múltiplos medicamentos. A partir do entendimento das repercussões negativas do uso irracional dos medicamentos, este estudo objetivou analisar a polifarmácia e a automedicação em idosos residentes no município de Aiquara, Bahia. Trata-se de um estudo epidemiológico de base populacional, de corte transversal. As unidades de análise foram os medicamentos e os idosos com 60 anos ou mais, residentes na zona urbana do município de Aiquara-BA. Na análise consideraram-se como sendo automedicação o consumo referido de medicamentos nos últimos sete dias, sem prescrição por profissional habilitado ou reaproveitado de receitas anteriores e a polifarmácia como uso habitual de cinco ou mais medicamentos. A coleta de dados ocorreu no mês de fevereiro de 2014, mediante aplicação de instrumento baseado na junção de partes do questionário Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe (SABE), da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), do Inquérito de Ansiedade de Beck, da Escala Geriátrica (GDS15) e das Escalas de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Instrumentais da Vida Diária (AIVD). Foi realizada análise descritiva dos dados, teste de qui-quadrado de Pearson para verificar a associação entre as variáveis e a Regressão Logística. Foram avaliados 272 idosos. A prevalência de polifarmácia foi de 29% e de automedicação, 31,6%. Foram consumidos por 84% dos idosos, 858 medicamentos distribuídos em 1032 princípios ativos totais. Identificou-se como fatores associados à polifarmácia as variáveis sexo feminino (OR=2,20; IC95%:1,11-4,35), plano privado de saúde (OR=2,18; IC95%:1,05-4,55), apresentar 4 ou mais doenças autoreferidas (OR=3,18; IC95%:1,60-6,29), autoavaliar a saúde como regular/má (OR=2,20; IC95%:0,98-4,94) e ter sido internado no último ano (OR=2,34; IC95%:1,18-4,65). A automedicação, após análise multivariada, não apresentou associação com as variáveis estudadas. As medicações cardiovasculares foram as mais prevalentes entre os medicamentos utilizados na prática de automedicação e polifarmácia respectivamente (20,5% e 34,9%). A alta prevalência de polifarmácia e automedicação tornam esses indivíduos mais vulneráveis aos riscos de interações e uso inadequado de medicamentos, fazendo-se necessárias estratégias intersetoriais de acompanhamento no uso dos medicamentos para melhoria da qualidade de vida desses idosos.

Palavras-chave: uso de medicamentos, saúde do idoso, farmacoepidemiologia, automedicação, polimedicação.

SALES, Alessandra Santos. **A population-based study on the use of medications in the elderly living in the community.** Thesis [MA]. Post-Graduation Program in Nursing and Health, State University of Southwest of Bahia. Jequié-BA. 92p.

ABSTRACT

The practice of using drugs is present in most societies, and are often linked to the use irrationally, bringing harm to health, especially in the elderly who constitute the group most exposed to the use of multiple medications. From the understanding of the negative consequences of irrational use of medicines, this study aimed to analyze the self-medication and polypharmacy in elderly residents in the municipality of Aiquara, Bahia. This is an epidemiological study of population-based, cross-sectional. The units of analysis were the drugs and the elderly aged 60 or older living in the urban area of Aiquara-BA. In the analysis it was considered as being self-medication reported drug consumption over the past seven days with no prescription by a qualified professional or reused from previous recipes and polypharmacy as usual using five or more medications. Data collection occurred in February 2014, upon application of an instrument based on the joint parts of the questionnaire Health, Well-Being and Aging in Latin America and the Caribbean (SABE), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Survey Beck Anxiety, the Geriatric Scale (GDS15) and Scales Basic Activities of Daily Living (ADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL). Descriptive analysis, chi-square test was performed to determine the association between variables and logistic regression. 272 seniors were evaluated. The prevalence of polypharmacy was 29% and self-medication, 31.6%. Were consumed by 84% of the elderly, 858 products distributed in 1032 total active ingredients. Been identified as factors associated with polypharmacy variables females (OR=2,20; IC95%:1,11-4,35), private health plan (OR=2,18; IC95%:1,05-4,55), presenting four or more self-reported disease (OR=3,18; IC95%:1,60-6,29), self-assess their health as fair/poor (OR=2,20; IC95%:0,98-4,94) and have been hospitalized in the past year (OR=2,34; IC95%:1,18-4,65). Self-medication, after multivariate analysis, not associated with the variables studied. Cardiovascular medications were the most prevalent among the drugs used in the practice of self-medication and polypharmacy respectively (20,5% and 34,9%). The high prevalence of self-medication and polypharmacy make these more vulnerable to the risk of interactions and inappropriate medication use individuals, making it necessary intersectoral strategies for monitoring the use of medicines to improve the quality of life of seniors.

Keyword: use of medications, elderly health, pharmacoepidemiology, self-medication, polypharmacy.

APRESENTAÇÃO AOS LEITORES

A presente dissertação faz parte de pesquisa primária intitulada “Condições de Saúde e Estilo de Vida em Idosos” e insere-se na linha de pesquisa em Vigilância à Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Estrutura-se em introdução do estudo, revisão bibliográfica, os objetivos da pesquisa, resultados, discussão, considerações finais, apêndices e anexos. Os resultados e a discussão do estudo estão apresentados em formato de artigos científicos, conforme o regimento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Os manuscritos científicos produzidos serão posteriormente e submetidos às revistas científicas “Cadernos de Saúde Pública” e “Ciência e Saúde Coletiva” Qualis A2 e B1 respectivamente.

O primeiro artigo apresenta os resultados da prevalência da automedicação, quais medicamentos utilizados e os fatores associados à automedicação em pessoas de 60 anos ou mais residentes em comunidade. O segundo artigo estima a prevalência e investiga os fatores associados á polifarmácia, bem como identifica os medicamentos mais utilizados por idosos em Aiquara, Bahia.

A confecção do trabalho “Estudo de base populacional sobre o uso de medicamentos em idosos residentes em comunidade”, representa a dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Saúde.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

- Quadro 1.** Operacionalização das variáveis dependentes segundo definições, referências e contrastes utilizados na análise. Pag. 35
- Quadro 2.** Operacionalização das variáveis independentes segundo definições referências e contrastes utilizados na análise. Pag. 35

MANUSCRITO 1

- Tabela 1.** Distribuição de medicamentos por automedicação, conforme classificação anatômica (nível 1) e terapêutica (nível 2) ATC. Aiquara, BA, Brasil, 2014. Pag. 44
- Tabela 2.** Distribuição dos idosos que se automedicaram segundo a classificação anatômica (nível 1). Aiquara, BA, Brasil, 2014. Pag. 45
- Tabela 3.** Prevalência automedicação em idosos segundo variáveis analisadas. Aiquara, BA, Brasil, 2014. Pag. 46
- Tabela 4.** Análise ajustada de automedicação em idosos segundo modelo de regressão de logística. Aiquara, BA, Brasil, 2014. Pag. 47

MANUSCRITO 2

- Tabela 1.** Distribuição de medicamentos utilizados pelos idosos conforme classificação anatômica (nível 1) e terapêutica (nível 2) ATC. Aiquara, BA, Brasil, 2014. Pag. 59
- Tabela 2.** Distribuição de medicamentos utilizados pelos idosos segundo polifarmácia e conforme classificação anatômica (nível 1) e terapêutica (nível 2) ATC. Aiquara, BA, Brasil, 2014. Pag. 60
- Tabela 3.** Prevalência da polifarmácia segundo variáveis estudadas em idosos. Aiquara, BA, Brasil, 2014. Pag. 61
- Tabela 4.** Análise ajustada de polifarmácia em idosos segundo modelo de regressão logística. Aiquara, BA, Brasil, 2014. Pag. 62

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ATC	Anatomical Therapeutic Chemical
AIVD	Escala de Atividade Instrumental de Vida Diária
ABVD	Escala de Atividade Básica de Vida Diária
BAI	Inquérito de Ansiedade de Beck
BDI	Inquérito de Depressão de Beck
ESF	Equipe de Saúde da Família
GDS15	Escala Geriátrica de Depressão
HADS	Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Odds ratio
OTC	Over-the-counter
RP	Razão de Prevalência
SABE	Inquérito sobre Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo geral	17
2.1	Objetivos específicos	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	Processo de envelhecimento	18
3.2	Uso racional de medicamentos	20
3.3	Automedicação	23
3.4	Uso de medicamentos em idosos e polifarmácia	28
4	MATERIAL E MÉTODOS	31
4.1	Tipo de estudo	31
4.2	Local de estudo	31
4.3	População do estudo	31
4.4	Instrumento de coleta de dados	32
4.5	Técnica de coleta de dados	34
4.6	Variáveis estudadas e categorização	35
4.7	Processamento, apresentação e análise dos dados	37
4.8	Aspectos éticos da pesquisa	38
5	RESULTADOS	39
5.1	Manuscrito 1	40
5.2	Manuscrito 2	54
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
	REFERÊNCIAS	70
	APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de dados	77
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	89
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	90

1 INTRODUÇÃO

Os idosos representam mais de 18 milhões de pessoas com número cada vez mais crescente no cenário etário brasileiro. Somado a esse fato, tem-se o consumo de medicamentos que acompanha esta tendência de crescimento, com uma média de 2 a 5 medicamentos prescritos de forma regular aos idosos (MEDEIROS et al., 2011).

O processo de transição demográfica com o aumento da população idosa no Brasil traz desafios cada vez maiores aos serviços e aos profissionais de saúde, como o aparecimento de doenças crônicas, dentre elas a hipertensão arterial sistêmica, doenças osteoarticulares, diabetes, entre outras que conduzem a dependência de tratamento medicamentoso prolongado e contínuo. Esta população está ainda, sujeita aos problemas agudos (infecções e transtornos menores) o que também está relacionado ao uso de medicamentos. Neste contexto, estes indivíduos tornam-se grandes consumidores de medicamentos e o grupo mais medicalizado na sociedade (ANDRADE; SILVA; FREITAS, 2004).

Soma-se a tais aspectos, o fato do idoso buscar por meio da automedicação o alívio para problemas que os afligem e diante de quaisquer sintomas, especialmente os mais comuns, como aqueles decorrentes de viroses (CARAMELLI et al., 2001).

A automedicação consiste em uma prática que pode ser danosa à saúde e sua frequência tem aumentado em todo o mundo, inclusive no Brasil, principalmente em regiões mais carentes (OLIVEIRA et al., 2012a). Essa prática, muitas vezes entendida como autocuidado, nem sempre é um procedimento racional e pode estar associado à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e ao desconhecimento por parte dos cidadãos quanto à natureza química dos medicamentos que são consumidos de forma inconsciente e não orientada passando a oferecer riscos à saúde.

O crescimento da automedicação tem sido favorecido pela multiplicidade de produtos farmacêuticos lançados no mercado, pela publicidade que os cerca, pela simbolização da saúde que o medicamento pode representar e pelo incentivo ao autocuidado, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Essa prática pode apresentar-se ainda na aquisição do medicamento sem receita, no compartilhar remédios com membros da família ou no seu entorno social, na utilização de sobras de prescrições, na reutilização de receitas antigas ou mesmo no ato de descumprir a prescrição profissional, ao prolongar ou interromper precocemente a dosagem e o período de tempo indicados na receita (LOYOLA FILHO; UCHOA, 2002).

Em especial nos idosos, inúmeros são os problemas derivados da automedicação como a possibilidade de mascarar ou retardar o diagnóstico de condições de saúde mais sérias com interferência na qualidade de vida do indivíduo. Observa-se também, gastos desnecessários, potenciais riscos de interação medicamentosa, reações adversas e intoxicação (SÁ; BARROS; SÁ, 2007; NAVES et al., 2010). Sabe-se ainda que 40% desses medicamentos auto-prescritos exigiriam prescrição médica, com a possibilidade de que entre esses medicamentos aconteçam interações medicamentosas potencialmente perigosas (BORTOLON et al., 2008).

Dentre os indivíduos de uma sociedade, os idosos também compõem o grupo mais exposto à polifarmacoterapia, administração de múltiplos medicamentos ao mesmo paciente, atrelado a medicamentos prescritos ou não. Estima-se que 30% das admissões hospitalares de pacientes idosos são relacionadas a problemas com medicamentos, incluindo efeitos advindos de interação medicamentosa e toxicidade (BORTOLON et al., 2008).

A polifarmácia – uso de cinco ou mais medicamentos (LINJAKUMPU et al., 2002)-geriátrica tem crescido em todo o mundo com uma etiologia multifatorial. Os idosos usam um número desproporcional de prescrições de medicamentos, os regimes terapêuticos são complexos, especialmente na vigência de co-morbidades aumentando a vulnerabilidade desse grupo a eventos adversos e prejudicando sua capacidade funcional (CARVALHO et al., 2012).

Somam-se aos eventos adversos, as dificuldades geradas no cumprimento das inúmeras prescrições e gastos excessivos no cuidado à saúde decorrentes do uso da polifarmácia que é mais provável de ocorrer no idoso (LOYOLA FILHO et al., 2008).

O Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas informou que desde 1996 os medicamentos estão dentre os três principais agentes causadores de intoxicação humana (BRASIL, 2010).

Os problemas supracitados relacionados ao uso de medicamentos em idosos podem ser direcionados a uma solução e/ou enfrentamento por meio de estudos em farmacoepidemiologia e farmacovigilância, que investiguem o perfil de utilização dos medicamentos, bem como dos usuários, favorecendo o uso racional desses insumos para essa faixa etária em especial.

Diante dessa realidade, Cezar et al. (2008), abordam a necessidade de mais estudos representativos sobre a população idosa no Brasil. Enfatiza-se sobretudo em relação aos municípios de pequeno porte com enormes carências em infra-estrutura básica e/ou baixos níveis socioeconômicos muitas vezes, com vistas a possibilitar melhor educação em saúde e assistência preventiva e curativa.

Os municípios de pequeno porte (população abaixo de vinte mil habitantes) apresentam maiores dificuldades em relação à capacidade de gestão (ARRETCHE; MARQUES, 2002), à precariedade na capacitação de profissionais para gerenciar os sistemas de informação e à alta rotatividade de pessoal responsável pelos processos de trabalho (FRIAS et al., 2008). Contudo, tais municípios apresentam um padrão de expansão acelerada da cobertura de Programas de Saúde da Família - PSF (BRASIL, 2006), que conduz a dicotomias e dificuldades no processo de vigilância à saúde desta população.

Dessa forma, considerando o desconhecimento do índice de automedicação e polifarmácia em estudos de base populacional realizado com idosos residentes em municípios de pequeno porte, bem como a importância da atenção aos riscos que essa prática pode propiciar à saúde, tem-se a necessidade de estratégias de adesão ao tratamento e utilização responsável dos medicamentos.

Assim, este estudo torna-se relevante por permitir analisar esse fenômeno na população idosa ao estabelecer indicadores sobre o uso de medicamento em idosos e contribuir para o reconhecimento de estratégias de prescrição e utilização racional de fármacos.

Essa relevância confirma-se a partir da elaboração da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) como uma estratégia do Ministério da Saúde. Essa pesquisa foi elaborada a partir da necessidade de investigação sobre o padrão de utilização dos medicamentos na população.

Com base no exposto acima emerge, portanto, a questão norteadora dessa pesquisa: qual o padrão de utilização de medicamentos por idosos do município de Aiquara, Bahia?

Ao responder a esta pergunta, pretende-se contribuir na elucidação do entorno referente ao uso de medicamentos por idosos de forma a primar pelo uso racional e dar suporte aos gestores qualificarem suas políticas e práticas de saúde na melhoria da qualidade de vida da referida população.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Analisar o uso de medicamentos em idosos no município de Aiquara, Bahia.

2.2 Objetivos Específicos

Estimar a prevalência de automedicação e polifarmácia em idosos no município de Aiquara, Bahia.

Identificar os medicamentos utilizados por idosos no município de Aiquara, Bahia.

Investigar associações entre a automedicação e polifarmácia para com as variáveis sociodemográficas, condição de saúde, uso e acesso aos serviços de saúde, funcionalidade, indicativo de ansiedade/depressão e formas de uso dos medicamentos por idosos no município de Aiquara, Bahia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Processo de envelhecimento

A transição demográfica faz parte da realidade da maioria das sociedades. O processo de envelhecimento, entretanto, difere entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde para atender às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, no Brasil, bem como em todo o mundo, existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos (BRASIL, 2007).

Especificamente no Brasil, a transição demográfica além de não acontecer acompanhada de melhorias nas condições sociais e de assistência à saúde da população, resulta em experiências desagradáveis aos idosos no enfrentamento das mudanças fisiológicas que sofrem (FUCHS; WANNMACHER, 2010).

A individualidade e diversidade são características da senilidade com claros reflexos no estado de saúde dos idosos. Assim, as modificações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, com interações entre os fatores extrínsecos e intrínsecos de cada pessoa, manifestam-se por meio de mudanças morfológicas e funcionais. Tais mudanças são encaradas em sua maioria, de forma negativa e a pessoa idosa passa a ser vista como um ser vulnerável física, mental e socialmente por elas mesmas e pela sociedade (SOEIRO, 2010).

Dois erros devem ser continuamente evitados no que diz respeito a senescência e senilidade. O primeiro é considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural-senilidade, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de determinadas doenças. O segundo é tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência (BRASIL, 2007).

No entanto é comum a percepção distorcida do envelhecimento unicamente como um processo de deterioração física e mental. Apesar do organismo do idoso não funcionar com o mesmo ritmo do que o de um jovem, também é verdade que nesta fase da vida as pessoas tendem a serem mais criativas, mais críticas e ainda muito produtivas. O processo de aceitação da velhice deve ser o resultado de uma atitude ativa com oposição a uma atitude de abandono e de desistência (CRAMÊS, 2012).

As mudanças biológicas, mentais e sociais comuns nos idosos os levam a enfrentar perdas, diminuição do nível de saúde, afastamento do mercado de trabalho e/ou lazer, limitações nas atividades da vida diária e diversas situações que acarretam mais limitações. Neste contexto, para que o idoso consiga qualidade de vida, ele precisa do apoio da família, da vizinhança, dos amigos e das instituições sociais e de saúde (FIGUEIRA, 2010).

Todas as alterações decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento terão repercussão nos mecanismos homeostáticos do idoso e em sua resposta orgânica a diminuir sua capacidade de reserva, de defesa e de adaptação, o que o torna mais vulnerável a quaisquer estímulos (traumático, infeccioso ou psicológico). Dessa forma, as doenças podem ser desencadeadas mais facilmente (BRASIL, 2007).

Ao considerar a idade, percebeu-se que a mesma é uma variável preditora também do uso de medicamentos e seu efeito se produz mesmo antes dos sessenta anos, pois a chance de usar medicamentos aumenta a partir da quarta década de vida (ROZENFELD, 2003).

Na análise de Duarte e Diogo (2000) a diminuição dos níveis de albumina sérica, característica da faixa etária dos idosos, aumenta a fração livre dos agentes farmacológicos no plasma, elevando os índices de toxicidade ao fármaco repercutindo na segurança do indivíduo. Ademais, todas essas repercussões potenciais da utilização de medicamentos por idosos, podem ser consideradas um importante problema de saúde pública, pois estão relacionadas ao aumento da morbimortalidade (SECOLI, 2010).

Especial atenção deve ser dada na prevenção de iatrogenias assistenciais relacionadas ao uso de polifármacos. Os medicamentos em uso pela pessoa idosa, tanto os prescritos por profissional de saúde quanto os adquiridos pelo próprio idoso, sem prescrição, devem ser investigados. Com medidas simples como solicitar que traga consigo nas consultas, todos os medicamentos que costuma utilizar, é possível detectar o uso de automedicação, a utilização de posologia incorreta e a utilização de mais de um medicamento para o mesmo objetivo, às vezes prescrito por profissionais diferentes. O registro dos medicamentos mais frequentemente utilizadas na Caderneta do Idoso contribui para evitar a ocorrência de iatrogenias associadas à polifarmácia (BRASIL, 2007).

Na perspectiva do sistema de saúde, são necessárias mudanças no tratamento das demandas advindas desse segmento etário. Como consequência de uma população mais longeva, a promoção e a educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia são iniciativas que devem ser ampliadas. Dessa forma será possível assegurar mais qualidade de vida aos idosos e bem-estar à população como um todo (VERAS, 2012).

Em conclusão, há que sublinhar a importância da prevenção de doenças e de incapacidades além da maximização do bem-estar e da qualidade de vida na velhice. Segundo Veras (2009) a prevenção de agravos e doenças é efetiva em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias da vida. Assim, faz-se necessário a promoção do envelhecimento ativo, com manutenção da capacidade funcional de idoso e redução de comportamentos de risco principalmente relacionado ao uso de medicamentos.

3.2 Uso racional de medicamentos

O medicamento é essencial aos cuidados com a saúde e uma importante ferramenta terapêutica responsável por parte significativa da melhoria da qualidade e expectativa de vida da população.

O acesso aos medicamentos tem por finalidade específica a resolutividade das ações de saúde e o bem-estar do paciente, exigindo que esse consumo esteja baseado na sua utilização racional, isto é, de modo a evitar as práticas da automedicação e/ou uso incorreto, uma vez que, delas decorrem vários problemas para o indivíduo além de elevar os gastos na área da saúde (MOURA; COHN; PINTO, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1985 determinou que o uso racional de medicamentos (URM) requer a prescrição da medicação apropriada para a situação clínica de cada paciente, nas doses que satisfaçam as necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo possível para eles e para a sua comunidade (SOBRVIME, 2001).

A OMS considera que os tipos mais comuns de uso irracional de medicamentos estão relacionados às pessoas que utilizam polifarmácia, ao uso inapropriado de antibiótico e de medicamento injetável, a automedicação e a prescrição em desacordo com as diretrizes clínicas (WHO, 2006).

Referente à polifarmácia, em maior uso nos idosos, há a necessidade de uma avaliação entre o risco e o benefício, uma vez que, a elevada utilização de medicamentos pode afetar a qualidade de vida desse idoso. Por outra perspectiva, são esses mesmos medicamentos que em sua maioria ajudam a prolongar a vida. Logo, o problema não pode ser atribuído ao consumo do medicamento, mas sim na irracionalidade de seu uso, que expõe o idoso a riscos potenciais (TAPIA-CONYER et al., 1996).

A carência de orientação aos usuários por parte dos profissionais prescritores e dispensadores, as publicidades diretas ao consumidor final e o uso incorreto por parte do

paciente constituem barreiras para a promoção do uso racional de medicamentos. No Brasil, há outros fatores que agravam este quadro como a prática de automedicação por cerca de oitenta milhões de pessoas. Há também uma má qualidade de oferta de medicamentos, falta de cumprimento da obrigatoriedade da receita médica e carência de informações e instrução da população em geral, o que justifica a importância de estratégias para o uso racional de medicamentos (LIMA et al., 2008).

Ainda, Mota et al. (2008) afirmam que, de modo geral, o consumidor não tem conhecimento necessário para distinguir distúrbios, avaliar sua gravidade e escolher o mais adequado entre os recursos terapêuticos disponíveis e, portanto, necessita de orientação profissional adequada.

As prescrições medicamentosas são assim, fortemente influenciadas pela propaganda, pelo déficit de orientação de profissionais da saúde e pelo fato de que padrões culturais estabeleceram representações que em toda consulta terapêutica os medicamentos e solicitações de exames são quase obrigatórios (LEITE; CORDEIRO, 2008).

Estudos demonstram também que as farmácias aparecem como alternativa para a dificuldade de atendimento nos serviços de saúde, cumprindo o papel de fornecedoras de medicamentos, apesar de não ser o local de busca para orientações sobre as repercussões de sua saúde. Esses achados corroboram as recomendações para que se qualifique o pessoal envolvido com a dispensação de medicamentos, de forma a contribuir para a prevenção de doenças, para a orientação quanto à adesão terapêutica e para o uso racional de medicamentos (NAVES et al., 2010).

A OMS aponta alguns dados sobre a prática mundial do uso irracional de medicamento como: (1) 25 a 70% do gasto em saúde, nos países em desenvolvimento, correspondem a medicamentos, em comparação a menos de 15% nos países desenvolvidos; (2) 50 a 70% das consultas médicas geram prescrição medicamentosa; (3) 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente; (4) 75% das prescrições com antibióticos são errôneas; (5) 2/3 dos antibióticos são usados sem prescrição médica em muitos países; (6) 50% dos consumidores compram medicamentos para um dia de tratamento; (7) cresce constantemente a resistência da maioria dos microorganismos causadores de enfermidades infecciosas prevalentes e (8) os hospitais gastam de 15 a 20% de seus orçamentos para lidar com as complicações causadas pelo mau uso de medicamentos (WHO, 2001).

No Brasil, a falta de um controle eficaz, desde a produção do medicamento até o consumo, cria um círculo que a cada dia levam ao uso irracional dos medicamentos e, conseqüentemente, a intoxicações e graves sequelas (CARVALHO et al., 2008).

Segundo Santos (2006), determinados medicamentos associam-se mal uns com os outros, pelo que é preferível que não sejam ingeridos conjuntamente. A interação medicamentosa no organismo faz com que cada substância tenha uma associação um pouco diferente da que poderia produzir quando tomado sozinho. Razão pela qual é importante, durante a realização de um tratamento, a verificação e comunicação ao profissional de saúde de todos os medicamentos que estão a ser utilizados. Estas interações incluem medicamentos prescritos com medicamentos não prescritos e/ou outros prescritos, bem como medicamentos e certos alimentos ou medicamentos com álcool e substâncias estimulantes.

Ainda Santos (2006), refere que existem situações nas quais a interação entre medicamentos pode antagonizar o efeito dos dois ou potencializar o efeito um do outro. Será o caso de um medicamento antidiabético num quadro em que o doente toma, também, alguns produtos à base de plantas que aumentam a glicemia capilar. Existem além disso, os efeitos prejudiciais graves pela associação de dois medicamentos. Acontece quando um doente com insuficiência cardíaca decide sem informação médica tomar suplementos com elevadas concentrações de cálcio, podendo este aumentar a toxicidade dos digitálicos.

Para que ocorra o uso racional de medicamentos é necessária a participação de diversos atores sociais como os pacientes, profissionais de saúde, legisladores, formuladores de políticas públicas, indústria, comércio e governo (AQUINO, 2008) bem como a família.

Diante de tais pressupostos, a promoção do uso racional dos medicamentos, configura-se num desafio para o Brasil que esta envelhecendo de forma rápida. A educação dos usuários - especialmente no que concerne à prática da automedicação -; a orientação acerca dos riscos da interrupção, troca, substituição ou inclusão de medicamentos sem conhecimento de um profissional da saúde; o aprazamento criterioso dos horários da prescrição/receita médica, de modo a evitar a administração simultânea de medicamentos que podem interagir entre si ou com alimentos são algumas estratégias que podem ajudar a prevenir e minimizar os eventos adversos (SECOLI, 2010).

Em consonância com tais informações, Coelho Filho, Marcopito e Castelo (2004) mencionam que a prática do uso racional dos medicamentos, entre outros fatores, demonstra-se por meio de esclarecimento aos idosos e familiares sobre as conseqüências da utilização de medicamentos de forma não criteriosa e educação continuada dos profissionais quanto às especificidades da utilização de medicamentos pelos idosos.

No campo da investigação, é preciso conhecer o perfil dos usuários, segundo as diferentes realidades sociais, geográficas e sanitárias; avaliar a qualidade do conjunto dos produtos consumidos e, ao mesmo tempo, identificar os principais preditores do uso irracional dos medicamentos. É com base nesses últimos que será possível propor estratégias de correção e promoção, sejam elas na forma de programas educativos para profissionais ou para leigos, seja como sugestões para regulamentação, controle de qualidade e fiscalização de fabricantes e de produtos (ROZENFELD, 2003).

De uma maneira geral, as soluções propostas para reverter ou minimizar este quadro de uso irracional devem passar pela educação e informação da população, maior controle na venda com e sem prescrição médica, melhor acesso aos serviços de saúde, adoção de critérios éticos para a promoção de medicamentos, retirada do mercado de numerosas especialidades farmacêuticas carentes de eficácia ou de segurança (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003) e o combate de práticas de automedicação não orientada e irresponsável.

3.3 Automedicação

Sabe-se que os idosos apresentam maior número de patologias e, conseqüentemente, recebem maior quantidade de medicamentos quando comparados a outros grupos etários (BISSON, 2007). A automedicação somada a polifarmácia, praticada em ampla escala, favorece a ocorrência de efeitos adversos e interações medicamentosas.

Consonante com Lage, Freitas e Acúrcio (2005), os medicamentos são instrumentos necessários às ações de saúde ao possuir papel central na terapêutica do paciente com influência de fatores relacionados ao modo e utilização desses produtos. Porém, a orientação recebida no consultório médico é confrontada com outras fornecidas por diferentes profissionais da área da saúde, com aquelas obtidas por parentes, vizinhos e, também, nos meios de comunicação social. Esses confrontos podem levar ao uso inadequado dos medicamentos.

Entre os problemas que costumam ocorrer com o uso de medicamentos por idosos, é possível citar a automedicação como um dos mais importantes, com possíveis implicações nas condições de saúde do indivíduo devido efeitos colaterais, iatrogênicos e o mascaramento de patologias.

De acordo a Organização Mundial de Saúde (OMS), automedicação é a escolha do uso de medicamentos que não foram prescritos para tratar sintomas ou problemas de saúde (BECKHAUSER, 2010).

Pode ser entendida ainda, como a seleção e uso de medicamentos para tratar doenças ou sintomas percebidos pelas pessoas sem a prescrição ou a supervisão de um médico ou dentista (WHO, 2000) e também como forma de autocuidado à saúde, entendida como a seleção e uso de medicamentos para manutenção da saúde, prevenção de enfermidades, tratamento de doenças ou sintomas percebidos pelas pessoas, sem a prescrição, orientação ou o acompanhamento (BRASIL, 1998).

Independente dos diversos conceitos, a automedicação é a ação em que a escolha do uso do medicamento dá-se pelo próprio indivíduo. Esse medicamento é prescrito (indicado) por pessoas não habilitadas, com a finalidade de resolução dos problemas de saúde.

Para a OMS, a automedicação pode ser concebida como um aspecto positivo e aconselhável ao reduzir custos, o absentismo e melhorar a produtividade. Considera-se que essa automedicação deverá ocorrer em casos de desconfortos ou enfermidades leves onde haja a necessidade de utilização de OTCs (Over-the-counter), produtos, normalmente, de baixo custo e dispensados sem necessidade de receita pelo profissional farmacêutico que deve auxiliar na melhor escolha terapêutica (WHO, 1998).

Nesse contexto de manejo clínico dos pacientes, transformações na legislação vêm ocorrendo como a RESOLUÇÃO Nº 586 de 2013 que regula a prescrição farmacêutica. O farmacêutico poderá realizar a prescrição de medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, que não exija prescrição médica. Assim, a prática da prescrição como uma visão de atuação multiprofissional, respeita as responsabilidades e limites de atuação de cada prescritor (BRASIL, 2013).

Então, caso houvesse a prescrição correta dos medicamentos e/ou orientação com dispensação adequada para com os medicamentos OTC, considerados de venda livre, os riscos da prática da automedicação irresponsável poderiam ser minimizados.

Levantamento da Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (ABIFARMA) mostra que a automedicação continua sendo um problema sério no Brasil, no qual 80 milhões de pessoas têm o hábito de tomar remédios por conta própria (ISAÚDE, 2010).

Estudo de Loyola Filho, Firmo e Lima-Costa (2005) sugere que a automedicação pode estar substituindo a atenção formal à saúde dos idosos. Por mais que a automedicação seja habitual, envolve-se num campo complexo. Por um lado, há o problema da indicação de medicamentos por atendentes de farmácia, os quais não estão aptos a este procedimento. Por outro, há uma grande variedade de produtos farmacêuticos no mercado, além da exposição da mídia, o que contribui para o aumento na utilização/procura desses produtos, e falta de controle dessa automedicação por parte do sistema de saúde (ANDRADE; PINHO, 2008).

Fatores como a familiaridade com o medicamento, experiências positivas anteriores, a função simbólica que os medicamentos exercem sobre a população, e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, contribuem para a automedicação (NAVES et al., 2010). Destaca-se ainda, a ampla variedade de medicamentos de venda livre vendidos sem restrição em farmácias, a falta ou má qualidade da assistência de saúde, a dificuldade em obter consulta no sistema público de saúde e a propaganda irresponsável (PEREIRA et al., 2008).

Particularmente entre os idosos, as desvantagens da automedicação devem ser consideradas e, entre elas, destacam-se os gastos desnecessários, atraso no diagnóstico e na terapêutica adequada, potenciais riscos de interações com os medicamentos prescritos, resistência bacteriana, reações adversas e intoxicação (NAVES et al., 2010).

Para os casos de intoxicação são apontados como fatores determinantes o extenso uso de medicamentos, sem nenhuma orientação profissional, seguido de efeitos adversos (PEREIRA et al., 2008).

A propaganda de medicamentos nos meios de comunicação de massa constitui também um estímulo frequente para a automedicação, pois explora o desconhecimento dos consumidores acerca dos produtos e seus efeitos adversos (NASCIMENTO, 2003).

Percebe-se ainda, que o baixo poder aquisitivo da população e a precariedade dos serviços de saúde contrastam com a facilidade de se obter medicamentos, sem pagamento de consulta e sem receita médica (NASCIMENTO, 2003).

Mesmo nas camadas privilegiadas, que têm amplo acesso aos serviços médicos, a automedicação ganha espaço, havendo uma tendência para a busca de solução imediata para as enfermidades, a fim de não interromper as atividades cotidianas ou possibilitar um pronto retorno a elas (AQUINO, 2008).

No Brasil a baixa renda e o baixo nível de organização do sistema de saúde não explicam, por si só, o fenômeno da automedicação, que ocorre também nas camadas privilegiadas da população (MARQUESINI, 2011).

Existem, entretanto, variações quanto aos dados de prevalência de automedicação em idosos seja em países em desenvolvimento ou desenvolvidos. Tal proposição deve-se mais a aspectos metodológicos como amostra, local do estudo, avaliação da automedicação e tipo de análise do que à prática de automedicar-se (MARQUESINI, 2011).

Estudo de base populacional com 934 idosos de Goiânia-GO, em 2010, indicou uma prevalência da automedicação de 35,7% e a maior prática dessa automedicação esteve associada com menor escolaridade e pior autopercepção de saúde. Foi considerado também

que 24,6% dos idosos consumiam medicamentos considerados impróprios (SANTOS et al., 2013).

Na pesquisa do município de Campinas-SP, em 2008/2009, com dados provenientes de Inquérito, 8,9% dos idosos referiram consumo simultâneo de medicamentos prescritos e não prescritos nos três últimos dias anteriores a pesquisa. Escolaridade e renda mensal per capita apresentaram-se associadas ao consumo de medicamentos não prescritos (OLIVEIRA et al., 2012b).

Outra pesquisa verificou que 26% das idosas atendidas no ambulatório de Atenção ao Idoso do Hospital da Universidade Católica de Brasília-DF, relataram praticar automedicação. Porém, esse consumo por automedicação não se mostrou variar conforme a condição socioeconômica. Quanto às interações medicamentosas, observou-se uso impróprio e potencialmente severo envolvendo os eventos de automedicação (BORTOLON et al., 2008).

Em Santa Rosa-RS, foi feito estudo com amostra aleatória de 294 idosos e verificou-se que dos 827 medicamentos utilizados, 794 (96%), foram prescritos. Os mais frequentemente relatados foram prescritos e dispensados gratuitamente na rede básica de saúde do município que está estruturada com quase 100% de cobertura (FLORES; BENVENEGUÍ, 2008).

Na cidade de Tubarão em Santa Catarina-RS, houve pesquisa com 77 idosos participantes de grupos da terceira idade e apresentou 80,5% de prevalência de automedicação. Não foram observadas associações significantes entre a prática da automedicação com gênero, idade, escolaridade, estado civil, possuir plano de saúde e ser polimedicado (CASCAES; FALCHETTI; GALATO, 2008).

Estudo observacional foi realizado no ano de 2007, em Porto Alegre-RS, com 742 pessoas de idade entre 18 e 70 anos, após a confirmação da informação de que as mesmas se automedicam. Constatou-se o predomínio de mulheres, com nível médio de escolaridade. Em relação à variável número de consultas médicas nos últimos doze meses verificou-se que a maioria (26,81%) consultou duas vezes e o principal motivo de se automedicar foi a experiência prévia com o medicamento da automedicação (VITOR et al, 2008).

Em Lorena-SP, pesquisa realizada com usuários adultos e idosos da rede básica de saúde identificou baixa prevalência na prática da automedicação, sendo esta explicada pela facilidade de acesso aos serviços públicos de saúde por parte desta população (FLEITH; FIGUEREDO; FIGUEIREDO KFLRO, 2008).

Já em Bambuí-MG, pesquisa conduzida com 1.606 idosos, verificou que 17,1% haviam consumido medicamentos prescritos e não prescritos nos últimos noventa dias. O uso de medicamentos não prescritos apresentou associação independente e positiva como sexo

feminino e consulta a um farmacêutico/atendente nos últimos 12 meses. Já o uso concomitante de medicamentos com e sem prescrição médica esteve independente e positivamente associado a: sexo feminino, idade, renda familiar, pior percepção de saúde, número de doenças crônicas, impossibilidade de realizar atividades de rotina nos últimos 15 dias por causa de problemas de saúde, número de consultas médicas e consulta ao farmacêutico/atendente nos últimos 12 meses (LOYOLA FILHO; FIRMO; LIMA-COSTA, 2005).

Na população idosa de Salgueiro-PE, a prevalência de automedicação foi de 60% em uma amostra de 355 entrevistados. Como fator de associação obteve-se a ausência de atividade física (SÁ; BARROS; SÁ, 2007).

Elevada prevalência (74,72%) da automedicação foi observada em estudo populacional na cidade de Guairaça-PR, com 360 moradores, entre 20 e 80 anos, de ambos os sexos e de diferentes níveis sociais. Foram fatores associados o grau de instrução e o uso abusivo de analgésicos não-opioides devido a distúrbios relacionados à dor (ARAÚJO-JÚNIOR; VICENTINI, 2007).

Segundo Santos (2006), há pessoas que não hesitam, quando se trata de aliviar alguma sintomatologia passageira apresentada, em tomar medicamentos por sugestões de familiares, amigos, receita antiga, sobras de medicamentos ou rendendo-se aos impulsos da publicidade. Há o desconhecimento de que os sintomas são individuais e qualquer medicamento deve ter uma utilização individualizada.

Para Soares (2005) alguns pacientes procuram informar-se acerca do medicamento que vão consumir, mas o problema nestes casos está na compreensão da informação. Por vezes, o paciente consulta um profissional de saúde, mas não compreendem a mensagem que lhe foi transmitida por uso excessivo de termos técnicos. Outro problema acontece quando posteriormente esse medicamento é recomendado a um vizinho ou familiar para tratar uma determinada situação permitindo o intercâmbio do mesmo.

Assim, a automedicação é uma realidade, além de potencialmente danosa entre os idosos que apresentam comorbidades e, devendo esses idosos, apresentar um cuidado maior na seleção de uma alternativa terapêutica medicamentosa (CASCAES; FALCHETTI; GALATO, 2008).

Cabe aos profissionais da saúde, incluindo-se o enfermeiro, realizar orientações referentes à sensibilização para modificação no estilo de vida das pessoas, visando à adoção de hábitos saudáveis de vida e a manutenção da saúde sem recorrer ao uso desnecessário de medicamentos (SÁ; BARROS; SÁ, 2007).

Racionalizar o uso de medicamentos e evitar os agravos advindos da automedicação será, sem dúvida, um dos grandes desafios da saúde pública (BRASIL, 2007), uma vez que, o consumo dos medicamentos constitui em um dos itens mais importantes da atenção à saúde do idoso e requer racionalidade da terapia (OLIVEIRA et al., 2012a).

3.4. Uso de medicamentos em idosos e polifarmácia

A medicalização é um fenômeno cada vez mais crescente, que inclui o amplo uso do recurso terapêutico medicamentoso. Desde a Grécia antiga ao mundo contemporâneo, os medicamentos estão no cotidiano da sociedade que é influenciada pelo consumismo e está imbricada no contexto hegemônico da ciência (RENOVATO; BAGNATO, 2007).

Para a população idosa em particular, dentre as características clínicas mais importantes, destaca-se o fato destes indivíduos apresentarem respostas a medicamentos diferentes daquelas apresentadas por pacientes mais jovens, o que se deve às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas próprias do envelhecimento. Ocorre que as consequências de tais alterações são mais pronunciadas e mais severas em relação a determinados medicamentos, principalmente entre os que apresentam meia-vida longa e janela terapêutica curta (PASSARELLI, 2006).

A administração conjunta de diferentes agentes farmacológicos pode interferir no perfil farmacocinético um do outro e alterar a absorção, competir por sítios de ligação nas proteínas plasmáticas, modificar o metabolismo pela indução ou inibição enzimática ou ainda alterar a taxa de eliminação (BRASIL, 2007).

Quando há uma situação em que vários medicamentos são prescritos simultaneamente, denomina-se de polifarmácia, sendo uma prática clínica comum nas pessoas idosas. Entretanto, é fundamental o conhecimento do profissional em relação aos aspectos farmacocinéticos e farmacodinâmicos dos medicamentos (BRASIL, 2007).

Tal aspecto torna-se ainda mais relevante quando a pessoa idosa é atendida por diferentes especialistas que fornecem uma prescrição específica sem considerar possíveis e frequentes duplicações do mesmo fármaco nas diferentes prescrições, além das interações medicamentosas. A principal consequência dessa atenção desintegrada é a ocorrência de iatrogênia (BRASIL, 2007).

Está implicada na gênese da polifarmácia, entre outros aspectos, o número de médicos consultados, a ausência de perguntas durante a consulta médica sobre as medicações em uso,

a automedicação, além da presença de co-morbidades pelo indivíduo (ROLLASON; VOGT, 2003).

Danos graves podem advir da polifarmácia e automedicação, principalmente pelas alterações próprias do envelhecimento como diminuição da secreção salivar, da superfície de absorção e da motilidade do trato gastrointestinal, do tempo de esvaziamento gástrico, do fluxo sanguíneo esplênico e aumento do pH gástrico. Há ainda uma diminuição da água e da massa total corpórea, enquanto a gordura aumenta em relação ao peso total. Com o avançar da idade, há uma redução no tamanho do fígado, no fluxo sanguíneo hepático e na taxa de metabolismo dos fármacos pelo citocromo P450. Ocorre também diminuição do tamanho dos rins, da capacidade de eliminação renal de fármacos e do fluxo plasmático renal. Todos estes fatores contribuem para a manutenção de elevados níveis séricos dos medicamentos que podem ocasionar o aparecimento de efeitos adversos (CIM, 2003).

Efeitos colaterais de drogas é o tipo mais comum de eventos adversos em idosos. A idade não representa fator de risco independente para o aumento da iatrogenia farmacológica, mas sim a multiplicidade de patologias e as alterações do metabolismo das drogas decorrentes das alterações próprias do envelhecimento, que seguem um padrão individual (SALDANHA; CALDAS, 2004).

Assim, os efeitos tóxicos e os problemas relacionados com o uso de medicamentos podem ter repercussões nos aspectos financeiros, nos sistemas sociais e de saúde. A admissão hospitalar de idosos relacionada a medicamentos traz consequências que poderiam ser evitadas, tais como depressão, constipação, quedas, imobilidade, confusão mental e fraturas de quadril. A prevenção e o reconhecimento dos problemas relacionados ao uso de medicamentos em idosos e em outros grupos de pacientes vulneráveis são importantes e devem ser considerados nas avaliações de segurança e de qualidade nos sistemas de saúde (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2012).

Devido a esses problemas ocasionados pelo uso de medicamentos em idosos, estimularam-se os prescritores, farmacêuticos e pesquisadores nos países desenvolvidos, a desenvolverem e aplicarem diversos métodos e instrumentos para identificar os padrões inadequados de prescrição e problemas farmacoterapêuticos (RIBEIRO et al., 2005).

Ao se analisar a segurança dos medicamentos em uso nos pacientes idosos é possível basear-se na utilização de critérios obtidos dos consensos de especialistas, que se mostra útil quando informações clínicas precisas não estão disponíveis. O uso desses tipos de critérios é benéfico para avaliar e subsidiar, em idosos, o padrão de prescrição, o uso de medicamentos; e as intervenções para aperfeiçoar a atenção à saúde em idosos (BEERS et al.1991).

Um dos métodos mais usados na avaliação do uso inadequado de medicamentos em idosos tem sido o proposto por Beers. A utilização desse critério de Beers associa-se com a redução nos problemas relacionados à terapia medicamentosa (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2012). Em sua primeira elaboração envolveu um grupo de especialistas nas áreas de Clínica Médica, Farmacoepidemiologia, Farmacologia Geriátrica, entre outros, os quais utilizaram a técnica Delphi, usada para se obter consenso a respeito de um tema sob investigação (BEERS et al., 1991).

Sobre essa terapêutica medicamentosa, pressupõe-se assim, que devem ser redobrados os cuidados para com os idosos com medidas como: revisar periodicamente os fármacos usados e avaliar o seu uso correto; optar, preferencialmente, por esquemas simples e, se possível; prescrever fármacos com eficácia comprovada pelas evidências científicas; suspender fármacos e esquemas terapêuticos, sempre que necessário; verificar insistentemente a compreensão sobre o uso dos medicamentos e considerar o custo dos medicamentos e das medidas não-farmacológicas quanto a definição da eficácia terapêutica. Tendo por análise tais aspectos, percebe-se que a medida de menor custo nem sempre é a mais eficaz, mas pode ser a mais eficiente (FUCHS; WANNMACHER, 2010).

Desta forma, percebe-se que a prescrição de medicamentos no idoso é extremamente complexa e pode levar à tomada de decisões difíceis, principalmente, quando a maioria dos idosos apresenta múltiplas patologias e é necessário estabelecer prioridades de tratamento (CARDÃO, 2007).

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico censitário de base populacional do tipo corte transversal e de caráter exploratório, no qual idosos residentes na área urbana do município de Aiquara-BA foram convidados a participar da pesquisa em fevereiro de 2014.

Estudos de corte transversal têm sido amplamente empregados para investigações em que o fator e o efeito são observados num único período de tempo, produzindo “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade baseado na avaliação individual do estado de saúde possibilitando a produção de indicadores globais de saúde para o grupo investigado (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

4.2 Local de estudo

O local do estudo foi o município de Aiquara, localizado na região centro-sul do estado da Bahia. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), neste município existem 723 idosos os quais representam 15,7% da população total.

A escolha do município de Aiquara-BA foi determinada por ser este classificado como de pequeno porte (4.790 habitantes) (IBGE, 2014), e possuir baixos indicadores sociais: Índice de Gine de 0,35; incidência de pobreza 47% (IBGE, 2003); PIB *per capita* de R\$5.579,58 (IBGE, 2011) e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 0,583 (IBGE 2010). Ademais, o presente estudo faz parte da pesquisa primária “Condições de Saúde e Estilo de Vida em Idosos” também realizada na cidade de Aiquara.

4.3 População de estudo

Foi constituída pelo universo de idosos com 60 anos ou mais considerada pela Lei brasileira nº 8.842/94 (Política Nacional do Idoso), de ambos os sexos, na área urbana do município de Aiquara-BA. Considerou-se como critério de inclusão apresentar 60 anos ou mais de idade, residir em domicílio da zona urbana, não apresentar déficit auditivo, cognitivo e/ou doença neurológica que impedisse a compreensão do questionário e dormir mais de quatro dias por semana na residência onde foi realizada a entrevista. Idosos não localizados no domicílio, após três tentativas, em dias e horários diferentes, considerou-se como perda.

Quando havia no domicílio um cuidador responsável pelos medicamentos do idoso foi permitida a sua presença quando o idoso respondia as questões relativas aos medicamentos; o que ocorreu com apenas três idosos.

Em conformidade com a pesquisa primária, o alcance dos idosos se manteve por meio de correlação com a secretaria de saúde e Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os idosos residentes na sede do município foram identificados por meio de um censo completo da zona urbana da cidade, realizado por pesquisadores padronizados.

4.4 Instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio da junção e adequação de partes dos blocos de informação do questionário validado do Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe - SABE (LEBRÃO; DUARTE, 2003), da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão HADS (ZIGMOND; SNAITH, 1983; CUNHA, 2001), do Inquérito de Ansiedade de Beck (GORENSTEIN; ANDRADE, 2000), da Escala de Depressão Geriátrica – GDS15 (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999) e das Escalas de Atividade de Vida Diária (escala de Katz – ABVD e escala de Lawton e Brody – AIVD) (LINO et al., 2008; SANTOS; VIRTUOSO JUNIOR, 2008) (APÊNDICE A) para atender ao objeto da pesquisa.

No questionário SABE optou-se por recortes e adaptações das variáveis sociodemográficas, condição de saúde, uso e acesso aos serviços de saúde e medicamentos.

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) foi desenvolvida por Zigmond e Snaith e validada no Brasil por Botega et al. (1995). Ela é constituída por quatorze itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade e sete para a depressão. A pontuação máxima obtida nesta escala é de 21 pontos para as categorias de ansiedade e outros 21 para as categorias de depressão. Neste estudo adotou-se o ponto de corte 8/9 para ambas as escalas, proposto por Zigmond e Snaith (1983).

O Inquérito de Ansiedade de Beck desenvolvida originalmente por Beck et al. (1961) foi validado no Brasil em amostras clínicas e populacionais com diversas traduções. Consta de 21 questões, contendo quatro alternativas que expressam níveis de gravidade dos sintomas de ansiedade. Tem-se o ponto de corte de 11 para o Inquérito de Ansiedade de Beck (BAI). A versão validada para o português e com alcance da população idosa foi realizada por Gorenstein e Andrade (2000) e apresenta ponto de corte mais elevado do que os apresentados no manual original.

Na avaliação de funcionalidade, foram aplicadas as Escalas de Atividade Básica da Vida Diária – ABVD proposto por Sidney Katz et al. (1963) em sua adaptação transcultural (LINO et al, 2008) e de Atividades Instrumentais da Vida Diária - AIVD desenvolvida por Lawton e Brody (1969) e adaptada ao contexto brasileiro (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008). A classificação para as duas escalas deu-se como: independente em todas as seis funções na ABVD e sete na AIVD; ou dependente em uma, duas, três, quatro, cinco, seis ou sete funções.

Assim, o questionário foi estabelecido pela união de instrumentos validados em um único, subdividido por bloco I - Informações pessoais e socioeconômicas (sete questões); bloco II – Condições de saúde (três questões); bloco III – Uso e acesso aos serviços de saúde (duas questões); bloco IV – Funcionalidade (ABVD: cinco domínios e AIVD: sete domínios); bloco V - Avaliação de ansiedade e depressão com as Escala HADS (quatorze questões), escala de ansiedade de Beck (vinte uma questões) e escala Geriátrica –GDS15 (quinze questões) e bloco VI – Medicamentos (oito questões). Anteriormente a aplicação do questionário na população alvo, foi realizado um pré-teste, para verificar a adequação do instrumento.

Esse instrumento de pesquisa foi aplicado por meio de visitas domiciliares no mês de fevereiro de 2014 com pesquisadores padronizados. As informações foram adquiridas por meio das entrevistas com população de estudo, embalagens, bulas e receitas médicas, solicitadas ao participante da pesquisa, no momento de aplicação do questionário.

Por meio da determinação da responsabilidade de quem receitou e a utilização de receita antiga fora da validade, foi possível a identificação da automedicação, uma vez que, considerou-se seu conceito baseado nos da OMS (WHO, 2000) e da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998) como o consumo referido de medicamentos sem prescrição por profissional habilitado - médico ou dentista -, indicados por balconista de farmácia, parente, amigo, vizinho, por conta própria ou reaproveitados de receitas anteriores.

A automedicação e a polifarmácia foram as variáveis-evento dependentes dicotômicas (sim ou não) em que se verificou a presença ou ausência de associação com as outras variáveis determinadas no instrumento de coleta. Para a automedicação foi estabelecido como período recordatório os últimos sete dias anteriores à entrevista, conforme recomenda a OMS (WHO, 2004) para com a informação do consumo de medicamentos sem prescrição. Já a presença de polifarmácia foi classificada como o uso de cinco ou mais medicamentos (LINJAKUMPU et al., 2002).

4.5 Técnica de coleta de dados

A coleta foi realizada por um pesquisador responsável ligado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES-UESB) e quatro discentes de cursos de graduação do Departamento de Saúde da UESB, bolsistas do Programa de Iniciação Científica.

Para realização da pesquisa e treinamento dos pesquisadores foi elaborado um grupo de estudos que durante um semestre abordava sobre a temática da presente pesquisa, com intuito de familiarizar e permitir apropriação do objeto de estudo por esses entrevistadores.

Foi elaborado um manual do entrevistador para permitir melhor qualidade da informação conseguida e aporte de instrumento de referência diante do importante trabalho de obtenção da informação.

Findado os trabalhos propostos no grupo de estudos, ao mês de dezembro de 2013 ocorreu a capacitação dos entrevistadores com apresentação do manual e discussão final do instrumento de pesquisa.

Em janeiro de 2014 realizou-se um estudo piloto em município vizinho e com características socioeconômicas próximas a da cidade de escolha da pesquisa. Com o conhecimento das dúvidas e dificuldades de preenchimento do questionário houve pequenas modificações com alteração do Inquérito de Depressão de Beck pela Escala Geriátrica – GDS15 no intuito de facilitar a compreensão dos questionamentos.

Ao concluir o estudo piloto e preceder essas devidas modificações, deu-se início a coleta de dados no município de Aiquara/BA. Após aprovação da secretaria de saúde e contato com a única Estratégia de Saúde da Família do município, realizou-se o censo da zona urbana do município através das visitas domiciliares pelos entrevistadores, mesmo de posse de uma lista dos idosos cadastrados na ESF e dos indivíduos que participaram do projeto primário aplicado em 2013.

Em cada domicílio foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com a devida explicação do teor da pesquisa e convidado a todas as pessoas com 60 anos ou mais, enquadrados nos critérios de elegibilidade a participarem do estudo. Caso aceitassem era solicitada a assinatura ou impressão digital do TCLE em duas vias, permanecendo uma dessas vias com o entrevistado.

4.6 Variáveis estudadas e categorização

As variáveis estabelecidas para coleta dos dados por meio de instrumento padronizado compuseram o banco de dados conforme se segue no Quadro 1 para variáveis dependentes e Quadro 2 para as independentes.

Quadro 1. Operacionalização das variáveis dependentes segundo definições, referências e contrastes utilizados na análise.

Variáveis	Definição	Referência	Contraste
Automedicação	Uso de medicamento sem prescrição por profissional habilitado ou de receita antiga fora do prazo de validade e ainda, se consumidos nos últimos sete dias anteriores à entrevista.	Não	Sim
Polifarmácia	Uso de cinco ou mais medicamentos	Não	Sim

Quadro 2. Operacionalização das variáveis independentes segundo definições referências e contrastes utilizados na análise.

Variáveis	Definição	Referência	Contraste
Sexo	-----	Masculino	Feminino
Faixa etária	Idade em anos	60 a 69 anos	70 a 79 e \geq 80
Escolaridade	Anos de estudos completos	Com escolaridade (\geq que 1 ano de estudo)	Sem escolaridade
Cor da pele	Autorreferência a cor da pele	Branca	Não branca
Arranjo familiar	Mora sozinho ou acompanhado	Acompanhado	Sozinho
Renda	Renda do idoso em salário mínimo	< 1 salário mínimo	\geq 1 salário mínimo
Percepção atual da própria saúde	Condição de saúde autorreferida	Excelente/Muito boa	Regular/Má
Percepção de saúde comparada há 1 ano	Condição de saúde autorreferida comparada há 1 ano	Melhor	Igual, Pior
Número de doenças	Quantitativo de doenças autorreferidas	0-3	4+

autoreferidas			
Dificuldade de acesso ao serviço	Presença de algum problema para ter acesso ao serviço	Não	Sim
Número de consultas no último ano	Autorreferência de quantitativo de consultas no último ano	Nenhuma/até 1	2+
Internação no último ano	Autorreferência de internação no último ano	Não	Sim
ABVD	Escala de Atividades Básicas de Vida Diária	Independente total	Dependente em ao menos uma função
AIVD	Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária	Independente total	Dependente em ao menos uma função
BAI	Inquérito de Ansiedade de Beck	Sem ansiedade (Ponto de corte – 0 a 10)	Com ansiedade (Ponto de corte - 11 a 63)
GDS-15	Escala de Depressão Geriátrica	Sem depressão (Ponto de corte - 0 a 5)	Com depressão (Ponto de corte - 6 a 15)
HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade que avalia em sete questões a ansiedade e em outras sete a depressão	Sem ansiedade (Ponto de corte - 0 a 7)	Com ansiedade (Ponto de corte - > 8)
		Sem depressão (Ponto de corte - 0 a 7)	Com depressão (Ponto de corte - > 8)

Para os medicamentos utilizados, os nomes e princípios ativos foram devidamente registrados para proceder à classificação farmacológica do medicamento conforme os grupos anatómicos e grupos terapêuticos da ATC - Anatomical Therapeutic Chemical Index (ATC/DDD Index), elaborado pelo World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology.

A - Trato alimentar e metabolismo

B - Sangue e órgãos hematopoiéticos

C - Sistema cardiovascular

D - Dermatológicos

- G - Sistema geniturinário e hormônios sexuais
- H - Hormônios de uso sistêmico, excluindo os hormônios sexuais
- J - Antiinfeciosos gerais para uso sistêmico
- L - Antineoplásicos e agentes moduladores do sistema imunológico
- M - Sistema músculo esquelético
- N - Sistema Nervoso Central
- P - Produtos antiparasitários
- R - Sistema respiratório
- S - Órgãos dos sentidos
- V - Vários

4.7 Processamento, apresentação e análise dos dados

Para o cruzamento e estudo de medidas de associação foi realizada a análise bivariada com o uso do teste Qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, sendo a hipótese aceita quando o p encontrado foi menor ou igual a 0,05. O objetivo desse teste é verificar se existe independência entre duas variáveis medidas nas mesmas unidades experimentais, que do ponto de vista estatístico, segundo Medronho (2009), é empregado quando se quer comparar duas proporções, independente do desenho do estudo epidemiológico.

Posteriormente foi realizada a análise multivariada, utilizando-se o método de regressão logística com as variáveis que apresentarem associação com as variáveis dependentes – automedicação e polifarmácia, em nível $< 0,20$ na análise bivariada. No modelo logístico, permanecerão as variáveis associadas às variáveis dependentes com nível de significância $< 0,05$.

Para o padrão de uso de medicamentos por idosos foram considerados apenas os medicamentos alopáticos, classificados de acordo com o ATC - Anatomical Therapeutic Chemical Index (ATC/DDD Index), elaborado pelo World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology.

Para a validação do uso de medicamentos, foi utilizada a metodologia padrão instituída por Landry et al. (1988). Segundo Rosenfeld (2003), essa técnica consiste em solicitar aos entrevistados a embalagem, receita, bula e blister dos medicamentos utilizados visando evitar omissão, em geral por esquecimento, de medicamentos em uso, e, além disso, para assegurar a veracidade das especialidades farmacêuticas fornecidas.

Determinou-se, na identificação dos medicamentos utilizados na automedicação, aqueles considerados de venda livre, OTC's (Over The Counter) ou de venda mediante apresentação de receituário, com ou sem a obrigatoriedade de retenção do mesmo, em consonância com a regulamentação brasileira de venda (BRASIL, 2003). Estudos abordam que a venda livre só deveria ocorrer quando a compra é feita com a indicação do profissional habilitado, vez que, podem ocorrer reações alérgicas, uso indevido, incorreto e/ou interações, levando ao aparecimento de sintomatologias inesperadas (BORTOLON et al., 2008).

A tabulação dos dados aconteceu por meio do software estatístico EPIDATA versão 3.1b em dupla digitação e, para a realização do processamento e análise dos dados utilizou-se o SPSS 21,0 (SPSS Inc., Chicago, IL.).

4.8 Aspectos éticos da pesquisa

O presente estudo faz parte do projeto de pesquisa “Condições de Saúde e Estilo de Vida em Idosos” e atendeu aos aspectos éticos para pesquisa com seres humanos, a partir da Resolução CNS 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), atualmente substituída pela resolução 466/12 (BRASIL, 2012) sob CAAE: 10786212.3.0000.0055 (ANEXO A).

Para garantir anonimato e sigilo foram atribuídos números ao envolvidos, respeitando suas privacidades, intimidades, e assegurando-lhes a liberdade de desistir de sua participação a qualquer momento. Poderá entrar em contato com o pesquisador via telefone do programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde ou diretamente no telefone do Comitê de Ética e Pesquisa que está disponível no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B).

5 RESULTADOS

Estruturaram-se os resultados da presente pesquisa por meio de dois manuscritos de acordo com as normas de submissão aos autores das revistas selecionadas e conforme acesso dessas normas em outubro de 2014.

Esses manuscritos foram configurados para alcançarem os objetivos estabelecidos nesse trabalho e, assim, analisar a utilização dos medicamentos por idosos do município de Aiquara/BA.

Apresentam-se com a seguinte titulação e periódico a ser submetido:

MANUSCRITO 1: Perfil da automedicação em idosos - Submetido a **Ciência e Saúde Coletiva**.

MANUSCRITO 2: Análise farmacoterapêutica e fatores associados à polifarmácia em idosos - Submetido a Revista Científica **Cadernos de Saúde Pública**.

5.1 MANUSCRITO 1: PERFIL DA AUTOMEDICAÇÃO EM IDOSOS

Perfil da automedicação em idosos

Aspects of self-medication in elderly

Alessandra Santos Sales ^I

Cezar Augusto Casotti ^{II}

RESUMO

Analisou-se a prática da automedicação entre idosos de um município de pequeno porte por meio de estudo epidemiológico transversal de base populacional. Foram entrevistados 272 idosos residentes na zona urbana de Aiquara/Bahia. Utilizou-se na análise o teste de qui-quadrado de Pearson e posteriormente a regressão Logística. A prevalência de automedicação foi de 31,6% com média de 3,1 medicamentos por idosos. Os princípios ativos mais usados pelos idosos pertenciam aos sistemas cardiovascular (20,5%), musculoesquelético (18,5%) e nervoso (17,6%). Conclui-se que a prevalência de automedicação é elevada entre os idosos de Aiquara-BA, sem fatores associados em última análise. Os antiinflamatórios, analgésicos e agentes que atuam no sistema renina-angiotensina são os medicamentos mais utilizados na automedicação.

Palavras-chave: automedicação; saúde do idoso; uso de medicamento.

RESUMO

Examined whether the self-medication by the elderly in a small town through cross-sectional epidemiological population-based study. 272 elderly residents were interviewed in the urban area of Aiquara/Bahia. It was used in the analysis the chi-square test of Pearson and later the Logistic regression. The prevalence of self-medication was 31,6 % with an average of 3,1 drugs per elderly. The most frequently used drug category was cardiovascular (20,5%), musculoskeletal (18,5%) and nervous (17,6%). We conclude that the prevalence of self-medication is high among the elderly Aiquara -BA, without associated factors ultimately. The anti-inflammatory, analgesic and agents that act on the renin-angiotensin system are the drugs most used in self-medication.

Keywords: self-medication; health of the elderly; drug utilization.

INTRODUÇÃO

A automedicação é uma prática largamente disseminada com estreita relação com o fator cultural e traduzida pelo uso de medicamento sem prescrição, orientação e, ou acompanhamento médico ou de dentista¹ em que a familiaridade com o medicamento, dificuldade de acesso e experiência positiva anterior podem contribuir para a sua prática².

No Brasil, estudos populacionais sobre o consumo de medicamentos evidenciam o uso crescente com a idade, tanto em pequenos povoados do interior³ como em grandes centros urbanos⁴. A automedicação tem se tornado uma prática comum em todo o mundo. No Brasil, quase um terço da população (32%) pratica a automedicação⁵ com prevalência de 37,4% entre os idosos de uma cidade no Nordeste⁶. Nos Estados Unidos a automedicação ocorre em 42% da população obtida no estudo⁷.

Os idosos por conviverem com problemas crônicos de saúde utilizam com frequência os serviços de saúde e, assim, são consumidores desse grande número de medicamentos, que embora necessários em muitas ocasiões, quando mal utilizados podem desencadear complicações sérias para a saúde e aumento dos custos individuais e governamentais⁸.

O maior consumo de medicamentos se constitui num dos itens mais importantes na atenção à saúde do idoso^{9,10}, com inegáveis ganhos terapêuticos. Contudo, eles passaram a ser utilizados amplamente de forma indiscriminada e irracional, seguindo uma lógica de mercado⁸. Somado a prática da automedicação, a inadequada utilização de medicamentos demanda, cada vez mais, a racionalidade da terapêutica medicamentosa¹¹.

Apesar de constituir prática que pode facilitar o manejo de problemas de saúde mais simples¹² e que podem aliviar a sobrecarga dos serviços de saúde, pode também acarretar em piora de agravos a saúde, dificultar o tratamento adequado e a ocorrência de eventos adversos a saúde².

Em conformidade com tais fatores, o não cumprimento generalizado das normas de comercialização dos medicamentos sujeitos à prescrição, a alta frequência de propagandas através da mídia eletrônica e o entendimento de que a automedicação é de pouca importância podem estar tornando essa prática numa opção ao refletir as carências e hábitos culturais de nossa sociedade¹.

No Brasil, há uma carência de pesquisas de base populacional sobre utilização de medicamentos principalmente em idosos residentes em municípios de pequeno porte, com a característica de amplo acesso aos serviços de atenção básica a saúde por meio das ESF e

medicamentos pactuados e ofertados gratuitamente. Estas particularidades podem conduzir a uma caracterização do uso de medicamentos de forma diferenciada das cidades de médio e grande porte. Desta forma, o objetivo do presente estudo foi investigar a automedicação, em termos de estimar a prevalência, identificar os medicamentos utilizados e os fatores associados a automedicação em idosos residentes em comunidade do município de Aiquara/BA.

MÉTODOS

A presente investigação é um estudo epidemiológico, transversal, de base populacional, junto a idosos com 60 anos ou mais residentes no perímetro urbano do município de Aiquara-BA.

Aiquara situa-se na região centro-sul do estado da Bahia, tem população estimada de 4.790 habitantes¹³, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,583¹⁴, Índice de Gini de 0,35, índice de pobreza 47%¹⁵ e PIB *per capita* de R\$5.579,58¹⁶.

A população de estudo foi identificada por meio de um censo conduzido pela equipe do projeto no mês de fevereiro de 2014. Inicialmente obteve-se na única Estratégia de Saúde da Família (ESF) da zona urbana, a relação das pessoas com 60 anos ou mais de idade cadastradas. Em seguida, para confirmar a informação, procedeu-se visita a todos os domicílios da zona urbana com o objetivo de identificar idosos não cadastrados.

Foram critérios de inclusão no estudo: apresentar 60 anos ou mais de idade, residir em domicílio da zona urbana, não apresentar déficit auditivo, cognitivo e/ou doença neurológica que impedisse a compreensão do questionário e dormir mais de quatro dias por semana na residência onde foi realizada a entrevista. Idosos não localizados no domicílio, após três tentativas, em dias e horários diferentes, foram considerados perdas.

A unidade de análise foi medicamentos, e a automedicação foi a variável dependente dicotomizada em sim e não. Considerou-se como automedicação o consumo referido de medicamentos sem prescrição por profissional habilitado nos últimos sete dias¹⁹.

O número de medicamentos que habitualmente ingeriam foi contabilizado a partir dos citados pelos idosos com apresentação, quando possível, da embalagem e receita médica, minimizando viés de memória do entrevistado e eventuais erros de anotação do entrevistador.

Os princípios ativos presentes em cada especialidade foram identificados e classificados de acordo com o ATC - *Anatomical Therapeutic Chemical Index (ATC/DDD*

Index), elaborado pelo *World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology*²⁰, segundo os grupos anatômicos e terapêuticos.

O instrumento de coleta foi dividido em seis blocos: I) informações pessoais e socioeconômicas, II) condições autoreferidas de saúde, III) uso e acesso aos serviços de saúde, IV) funcionalidade, V) avaliação de ansiedade e depressão e VI) medicamentos consumidos.

O questionário foi estruturado com alguns instrumentos validados. Dados demográficos, condições de saúde, acesso ao serviço e sobre uso de medicamentos foram estabelecidos pelo Questionário SABE – Saúde Bem-estar e Envelhecimento²¹; a avaliação da funcionalidade foi estabelecida pela Escala de Atividades Básicas da Vida Diária²² e pela Escala Instrumental de Vida Diária²³; avaliação de ansiedade e depressão foram obtidos pela Escala Geriátrica – GDS15¹⁸ e Inquérito de Beck¹⁷.

As variáveis independentes foram categorizadas em escolaridade: “sem escolaridade” (nunca foi à escola/ sabe ler e escrever o nome) e “com escolaridade” (aqueles com algum grau de instrução); medida autoreferida da cor da pele: “branca” e “não branca” (parda, preta, amarela e indígena); autopercepção de saúde: “excelente/muito boa” e “regular/má”; doenças autoreferidas: “nenhuma doença até três” e “quatro ou mais doenças”; número de consultas: “nenhuma até uma consulta” e “duas ou mais consultas”.

Os dados referentes a atividades básicas e instrumentais da vida diária foram categorizados em independente e dependente (parcialmente ou totalmente dependentes). Essa avaliação corresponde à funcionalidade, determinada a partir de uma escala composta por indicadores de dependência que avaliam as atividades instrumentais (fazer compras, refeição, uso do telefone, viagens, administrar as finanças, trabalho doméstico e tomar os medicamentos adequadamente)²³ e as atividades básicas (continência, vestir-se, tomar banho, alimentação, ir ao banheiro, passar para cama e sair dela) da vida diária²².

Para avaliar a ansiedade utilizou-se o Inquérito de Ansiedade de Beck (BAI)¹⁷. Quem apresentou ansiedade leve, moderada e grave foi determinado como com ansiedade. A depressão foi avaliada por meio da Escala Geriátrica (GDS15)¹⁸. Considerou-se como tendo depressão, o idoso que apresentou depressão ligeira e depressão grave na referida escala. Para as escalas de Atividade Básicas de Vida Diária – ABVD e Instrumentais de Vida Diária – AIVD determinou-se como dependente quando apresentaram ao menos uma função com dependência e independente aqueles que tiveram independência em todas as funções.

Após a coleta dos dados, os mesmos foram digitados em duplicata no programa EPIDATA versão 3.1b para correção de possíveis erros. Após as correções eles foram analisados no programa SPSS.

Inicialmente realizou-se a análise descritiva das variáveis e posteriormente, a análise foi dividida em duas etapas. Na primeira os usuários e não usuários de automedicação foram comparados em relação às covariáveis pelo qui-quadrado de Pearson, considerando $p < \text{igual a } 0,05$ como nível de significância. Posteriormente foi utilizada a regressão Logística. Foram incluídas as variáveis que apresentaram associação com automedicação $\leq 0,20$ no modelo univariado, permanecendo no modelo final apenas aquelas com $p < 0,05$.

Este estudo é parte de projeto maior “Condições de Saúde e Estilo de Vida em Idosos” tendo sido submetido e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CAAE 10786212.3.0000.0055).

RESULTADOS

Em Aiquara-BA foram identificados 299 idosos. Destes 8 recusaram participar do estudo, 19 não atenderam aos critérios de elegibilidade, sendo 15 por apresentarem doenças neurológicas prévias e/ou déficits cognitivo e 4 por problemas auditivos que comprometiam a compreensão dos questionamentos. A população do estudo foi de 272 participantes.

A idade dos idosos variou de 60 a 90, sendo a média de 71,76 (DP=7,8) anos. Entre os idosos 58,8% são do sexo feminino. Quanto à escolaridade, 51,9% são analfabetos ou analfabetos funcionais. Quanto à renda, 88,2% recebiam até um salário mínimo e com relação ao arranjo familiar, 80,5% moravam acompanhados.

A prevalência de automedicação em idosos residentes na zona urbana de Aiquara-BA foi de 31,6% com média de 1,8 (DP 1) medicamentos de automedicação por idosos.

A tabela 1 apresenta a distribuição dos medicamentos por automedicação conforme a classificação anatômica e terapêutica.

Tabela 1. Distribuição de medicamentos por automedicação, conforme classificação anatômica (nível 1) e terapêutica (nível 2) ATC. Aiquara, BA, Brasil, 2014.

Classificação	n	%*
A. Trato alimentar e metabolismo		17,6
A01 Preparações estomatológicas	1	0,5
A02 Medicamentos para transtornos relacionados à acidez	12	5,7
A03 Medicamentos para transtornos gastrointestinais funcionais	3	1,4
A07 Antidiarréicos, agentes antiinflamatórios / antiinfeciosos intestinais	1	0,5
A10 Medicamentos utilizados no diabetes	7	3,4
A11 Vitaminas	9	4,2
A12 Suplementos minerais	4	1,9

Classificação (continuação)	n	%*
C. Sistema cardiovascular		27,0
C01 Terapia cardíaca	3	1,4
C02 Anti-hipertensivos	2	1,0
C03 Diuréticos	15	7,1
C07 Betabloqueadores	14	6,7
C08 Bloqueadores dos canais de cálcio	4	1,9
C09 Agentes que atuam no sistema renina-angiotensina	17	8,0
C10 Agentes modificadores de lipídeos	2	0,95
M. Sistema musculoesquelético		20,5
M01 Antiinflamatórios e antirreumáticos	25	11,9
M02 Produtos tópicos para dor articular e muscular	2	1,0
M03 Relaxantes musculares	11	5,2
M04 Preparações antigota	2	1,0
M05 Medicamentos para o tratamento de doenças ósseas	3	1,4
N. Sistema nervoso		17,6
N02 Analgésicos	20	9,5
N06 Psicoanalépticos	16	7,6
N07 Outros fármacos com ação no sistema nervoso central	3	1,4
R. Sistema respiratório		6,3
R01 Preparações de uso nasal	3	1,4
R02 Preparações para a garganta	1	0,5
R03 Agentes contra doenças obstrutivas das vias aéreas	1	0,5
R05 Preparações para tosse e resfriado	2	1,0
R06 Anti-histamínicos para uso sistêmico	6	2,9
Outros		10,1
B01/B03/B05	6	2,9
D01/D07	2	1,0
G01	1	0,5
H02	3	1,4
L01	1	0,5
S01	8	3,8
Total	210	100

* Percentual calculado sobre o total dos princípios ativos utilizados na automedicação.

Ainda, conforme apresentado na tabela 1, segundo a classificação terapêutica (nível 2), houve maior prevalência de antiinflamatórios e antireumáticos (11,9%); analgésicos (9,5%); agentes que atuam no sistema renina-angiotensina (8,0%); psicoanalépticos (7,6%); diuréticos (7,1%), betabloqueadores (6,7%); medicamentos para transtornos relacionados à acidez (5,7%) e relaxantes musculares (5,2%).

A tabela 2 apresenta a distribuição dos idosos que se automedicaram segundo a classificação anatômica.

Tabela 2. Distribuição dos idosos que se automedicaram segundo a classificação anatômica (nível 1). Aiquara, BA, Brasil, 2014.

Classificação	n (idoso)	%*
A. Trato alimentar e metabolismo	30	34
B. Sangue e órgãos hematopoiéticos	6	6
C. Sistema cardiovascular	36	41
D. Dermatológicos	2	2
G. Sistema genitourinário e hormônios sexuais	1	1
H. Preparados hormonais exceto hormônios sexuais e insulina	3	3
L. Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	1	1

Classificação (continuação)	n (idoso)	%*
M. Sistema musculoesquelético	35	40
N. Sistema nervoso	27	31
R. Sistema respiratório	7	8
S. Órgãos dos sentidos	5	5

* Percentual calculado sobre o total dos idosos que praticavam a automedicação.

Um maior número de idosos praticava a automedicação com o uso de medicamentos cardiovasculares (41%), do sistema musculoesquelético (40%) trato alimentar e metabolismo (34%) e sistema nervoso (31%).

A Tabela 3 apresenta a prevalência da automedicação entre idosos, segundo variáveis analisadas.

Tabela 3. Prevalência automedicação em idosos segundo variáveis analisadas. Aiquara, BA, Brasil, 2014.

Variáveis independentes	Total (n=272)	Automedicação			
		n	%	p	RP(IC95%)
Sexo				0,366	
Masculino	112	32	28,6		1,00
Feminino	160	54	33,8		1,181(0,82-1,70)
Faixa etária				0,738	
60-69	117	37	31,6		1,00
70-79	104	35	33,7		1,06(0,73-1,55)
80+	51	14	27,5		0,87(0,52-1,46)
Cor				0,696	
Branca	38	13	34,2		1,00
Não branca	232	72	31		0,907(0,56-1,46)
Escolaridade				0,137	
Com escolaridade	115	42	36,5		1,00
Sem escolaridade	157	44	28		0,767(0,54-1,08)
Renda mensal (SM)**				0,116	
< e igual 1SM	240	72	30		1,00
> 1SM	32	14	43,8		1,45(0,94-2,25)
Arranjo familiar				0,068	
Acompanhado	219	64	29,2		1,00
Sozinho	52	22	42,3		1,44(0,99-2,11)
Plano de saúde				0,134	
SUS	217	64	29,5		1,00
Plano privado	55	22	40		1,35(0,92-1,99)
Percepção atual da própria saúde				0,552	
Excelente/Muito boa	79	23	29,1		1,00
Regular/Má	192	63	32,8		1,12(0,75-1,68)
Percepção de saúde comparada há 1ano				0,579	
Melhor	75	25	33,3		1,00
Igual	108	37	34,3		1,03(0,68-1,55)
Pior	87	24	27,6		0,83(0,52-1,32)
Número de doenças autoreferidas				0,074	
0-3	126	33	26,2		1,00
4+	146	53	36,3		1,38(0,96-1,99)
Dificuldade de acesso ao serviço				0,080	
Não	224	66	29,5		1,00
Sim	47	20	42,6		1,44(0,97-2,13)
Número de consultas no último ano				0,560	
Nenhuma/até 1	76	27	35,5		1,00
2+	167	53	31,7		0,89(0,61-1,30)

Variáveis independentes (continuação)	Total (n=272)	Automedicação			
		n	%	p	RP(IC95%)
Internação no último ano				0,074	
Não	199	69	34,7		1,00
Sim	77	17	23,3		0,67(0,42-1,06)
ABVD				0,133*	
Independente	252	83	32,9		1,00
Dependente parcial ou total	20	03	15		0,45(0,15-1,31)
AIVD				0,006	
Independente	140	55	39,3		1,00
Dependente parcial ou total	131	31	23,7		0,60(0,41-0,87)
BAI				0,141	
Sem ansiedade	231	69	29,9		1,00
Com ansiedade	41	17	41,5		1,38(0,91-2,10)
GDS-15				0,609	
Sem depressão	223	69	30,9		1,00
Com depressão	49	17	34,7		1,12(0,72-1,72)

* Fisher

** Salário mínimo vigente

Conforme observado na tabela 3 a prevalência de automedicação apresentou significância estatística entre idosos independentes na escala AIVD.

Ao realizar a análise multivariada conforme Tabela 4, verificou-se que nenhuma das variáveis estudadas permaneceram associadas à automedicação.

Tabela 4. Análise ajustada de automedicação em idosos segundo modelo de regressão de logística. Aiquara, BA, Brasil, 2014.

Variável	Valor de p	OR (IC95%)
AIVD	0,055	0,55 (0,30-1,01)
Internações no último ano	0,089	0,56 (0,28-1,09)
Dificuldade de acesso ao serviço	0,177	1,62 (0,80-3,26)
Número de doenças autoreferidas	0,127	1,57 (0,88-2,80)
Renda	0,196	1,71 (0,75-3,87)
Arranjo familiar	0,096	0,56 (0,28-1,10)
BAI	0,073	2,12 (0,93-4,85)
Plano de Saúde	0,242	1,49 (0,76-2,93)
Escolaridade	0,750	0,90 (0,50-1,64)
ABVD	0,102	0,33 (0,08-1,24)

DISCUSSÃO

A prática da automedicação pode variar em sua prevalência, mas configura-se em um formato universal independentemente do grau de desenvolvimento socioeconômico²⁴. No Brasil, esta prática reflete a evolução histórica da saúde e está fortemente correlacionada a fator cultural. Ela foi facilitada pela função de prático de saúde exercida pelo farmacêutico, que devido à falta de médicos, estimulavam o consumo visando obter maior lucro²⁵.

A literatura não apresenta consenso entre pesquisadores acerca do período recordatório em estudos d/e automedicação. Neste estudo optou-se por adotar critério estabelecido pela

OMS¹⁹, que recomenda período recordatório de uma semana, por ser este utilizado para atenuar o viés de memória principalmente em relação aos medicamentos não prescritos.

Em Aiquara-BA, considerando período recordatório de uma semana, a prevalência de automedicação entre os idosos foi de 31,6%. Estudos que também utilizaram o mesmo período recordatório encontraram resultados contrastantes como o de Santa Rosa-RS, com prevalência de 4%⁹, e Fortaleza-CE onde a prevalência foi de 21,5% para os idosos residentes na área central, 25,6% na zona intermediária e 37,4% na zona periférica⁶. Em Campinas-SP, utilizando período recordatório de três dias a prevalência foi de 8,9%²⁶.

Mesmo que alguns medicamentos empregados na automedicação sejam considerados de venda livre e, portanto, não necessita da obrigatoriedade de receita médica, eles podem apresentar sérios riscos à saúde, principalmente da população idosa, por poder trazer consequências indesejáveis, enfermidades iatrogênicas e mascarar doenças evolutivas²⁷.

O acesso aos medicamentos de forma gratuita pode contribuir para um maior uso de medicamentos e a facilidade de acesso por compra também pode interferir em maior prática de automedicação²⁸. Tal aspecto pode ser inferido para o município de Aiquara/BA, locus da pesquisa, por dispor de uma ESF com disponibilidade de oferta de medicamento a população de forma gratuita e a presença de uma farmácia de fácil acesso a população.

A prática da automedicação não deveria ser condenada, tendo em vista que seria socioeconomicamente inviável o atendimento médico para solução de todos os sintomas da população²⁹. Contudo, há que se considerar que o limite entre os benefícios e malefícios dessa prática é muito tênue. A maior parte da população brasileira não está preparada para fazer automedicação responsável³⁰.

De acordo com a caracterização da automedicação em Aiquara/BA, o grupo de medicamentos mais utilizados pelos idosos foram respectivamente antiinflamatórios, analgésicos^{24, 26} e agentes que atuam no sistema renina-angiotensina, sendo os analgésicos os mais consumidos desde a década de 80 no Brasil e em estudos internacionais²⁷.

No Brasil na cidade de Goiânia-GO³¹, achados de alta prevalência de medicamentos dentro do grupo cardiovascular também concordam com o presente estudo que apresentou, diante da classificação anatômica do ATC, o grupo anatômico cardiovascular como o mais prevalente na prática de automedicação e entre a maior parte dos idosos.

Depreende-se desse fato que esse grupo farmacológico apresenta medicamentos que foram prescritos em momentos anteriores, representados por uma automedicação realizada através de receitas antigas ou pela aquisição sem receita, principalmente como uma prática que pode ocorrer em município de pequeno porte pela facilidade de compra na farmácia. Para

Leite et al.³², uma das formas mais relatadas de "indicação" (automedicação) do medicamento para sua utilização é uma prescrição médica para um episódio anterior.

Tal fato é considerado prejudicial e preocupante, uma vez que, com exceção dos analgésicos, os demais medicamentos mais utilizados na automedicação são tarjados e requerem receita médica atual no ato da compra, sendo utilizados para agravos que necessitam de acompanhamento e que podem sem controle sistemático, acarretar outros problemas de saúde.

A maioria dos estudos descreve o uso mais frequente de automedicação entre as mulheres sendo justificado pela tendência de direcionarem maiores cuidados à saúde³³. Essas são consideradas mais vulneráveis a alterações no estado de saúde como quedas, múltiplas doenças, obesidade, pobreza, dependências diversas e, conseqüentemente, ao uso de múltiplos medicamentos³⁴.

Assim como o estudo realizado em Campinas²⁶, apesar de um pouco maior ser a prevalência de automedicação nas mulheres com 33,8% quando comparadas aos homens com 28,6%, não houve associação significativa em relação ao sexo.

Dados sobre renda relacionados a automedicação apresentou maior prevalência, ainda que não muito diferenciada, para a população com mais de um salário mínimo estando em conformidade com os estudo em Campinas²⁶.

É apontada também a influência da idade³⁴ no uso de medicamentos de forma inconclusiva. Segundo o autor, alguns trabalhos mostraram que a automedicação em idosos não é afetada pela idade ou podem demonstrar aumento ou ainda diminuição.

Neste estudo, apenas a independência das atividades de vida diária associou-se a automedicação em primeira análise, mas nenhuma das variáveis analisadas apresentou associação com a automedicação no modelo final.

Entre os idosos, a perda da capacidade em atividades diárias está associada à predição de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, morte e problemas de mobilidade³⁵.

Pode-se entender que as pessoas independentes funcionalmente têm mais autonomia sobre si e sobre suas decisões a respeito dos medicamentos que ingere. Assim, para aquelas dependentes, o auxílio necessário e/ou a presença de um cuidador, pode estar interferindo positivamente em evitar o uso de medicamentos não prescritos.

Não houve associação em última análise com a automedicação o que pode conduzir ao entendimento de que os idosos dessa população apresentam uma razão de chance semelhante entre si ao praticar a automedicação. Com isso, ressalta-se que possíveis intervenções tornar-

se-ão facilitadas visto que, não há necessidade de direcionamento para grupos específicos frente ao quadro de homogeneidade encontrado. Essa característica ainda pode denotar que para os idosos do município, o uso de fármacos de venda livre assim como de uso crônico sem receita é uma prática comum e que o serviço de saúde tem influenciado positivamente para um menor uso de medicamentos autoprescritos.

Numa conformação de município de pequeno porte, o município de Aiquara/BA possui uma Estratégia de Saúde da Família com 100% de cobertura populacional. Segundo determinados autores, este aspecto pode contribuir em conjunto com um atendimento adequado à saúde, para redução dos riscos de efeitos adversos e potenciais agravos que o uso irracional de medicamentos pode gerar à saúde²⁸.

Como limitações do estudo há que se considerar a falta de estudos com municípios de pequeno porte e com mesmo período recordatório que incluíssem as variáveis desse estudo, não foi possível maiores comparações de dados. Apresenta limitações de diferenças metodológicas no que dizem respeito aos diferentes períodos recordatórios, categorizações, modelos de atenção de saúde, além das próprias características demográficas, sociais e culturais ligadas ao consumo de medicamentos.

Destaca-se ainda que para controlar vieses adotou-se período recordatório de sete dias e a solicitação dos medicamentos e receitas durante a entrevista além do treinamento dos entrevistadores. E, diante desses motivos deve-se estimular o desenvolvimento de bases nacionais sobre o uso de medicamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho, foi observada alta prevalência de automedicação com associação em primeira análise entre os idosos considerados independentes funcionalmente. Não houve associação à automedicação considerando a regressão logística. Diante desses resultados, percebe-se que a população é homogênea quanto aos fatores analisados diante da automedicação. Assim, os idosos praticam automedicação independentemente de cor, renda, ter plano privado de saúde, autopercepção de saúde, acesso ao serviço, escolaridade, sexo, grau de dependência nas atividades diárias, presença de ansiedade ou depressão.

Ainda, encontrou-se que parte dos medicamentos em maior uso de automedicação e pelo maior número de idosos foi os cardiovasculares, não sendo de venda livre e que, portanto, necessitariam de receita médica.

Percebe-se que o cenário apresentado da automedicação assemelha-se ao perfil de agravos mais prevalentes na população brasileira com referência às doenças crônicas e não conforme orienta a OMS em que a automedicação é também uma prática de autocuidado presente em indicação de males ou sintomas clínicos menores com uso dos medicamentos isentos de prescrição.

Novos estudos são necessários para permitir uma compreensão mais profunda dos mecanismos envolvidos nessa prática. Proposições de gestores ao uso racional na prescrição médica e utilização do medicamento pelo usuário do serviço; fiscalização das farmácias para correta obrigatoriedade de dispensação mediante receita dos devidos medicamentos; ênfase na educação popular em saúde e programas específicos de atenção a saúde do idoso para além do tratamento das doenças crônicas, são estratégias válidas na minimização dos riscos advindos da inadequada utilização dos medicamentos.

COLABORADORES

SALES AS realizou a concepção do artigo, revisão da literatura, análise e interpretação dos dados, redação do texto. CASOTTI CA colaborou com a redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de medicamentos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Bortolon PC et al. Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1219-26.
3. Haak H. Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia (Brasil). *Rev Saúde Pública*. 1989;23:143-51.
4. Barros MBA. *Saúde e Classe Social: Um Estudo sobre Morbidade e Consumo de Medicamentos*. [Tese de Doutorado] Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 1983.
5. Aquino DS da. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Ciênc Saúde Coletiva* 2008;13(suppl):733-736.
6. Coelho Filho JM et al. Perfil de utilização de medicamentos por idosos. *Rev Saúde Pública* 2004;38(4):557-64.

7. Qato DM, Alexander GC, Conti RM, Johnson M, Schumm P, Lindau ST. Use of prescription and over-the-counter medications and dietary supplements among older adults in the United States. *JAMA* 2008; 300:2867-78.
8. Marin MJS et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família *Cad. Saúde Pública* 2008;24(7):1545-1555.
9. Flores VB, Benvegnú LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24(6):1439-46.
10. Ribeiro AQ. et al. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. *Rev Saúde Pública* 2008;42(4):724-32.
11. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pública* 2003;19:717-24.
12. WHO. The role of the pharmacist in self-medication and self-care. Genebra: WHO; 15p. [WHO/DAP/09.13], 1998.
13. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Cidades@. Aiquara. Estimativa da População 2011-2014. Disponível em: <[http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 10 de setembro de 2014.
14. _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Brasília.
15. _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Cidades@. Aiquara. Mapa de Pobreza e Desigualdade - Municípios Brasileiros 2003. Disponível em: <[http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 10 de setembro de 2014.
16. _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Cidades@. Aiquara. Produto Interno Bruto dos Municípios 1999-2011. Disponível em: <[http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 10 de setembro de 2014.
17. Gorenstein C, Andrade L. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p.139.
18. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14(10):858-865.
19. World Health Organization (2004) *How to investigate the use of medicines by consumers*. Suíça: WHO/ Univ. Amsterdam.
20. WHO. World Health Organization. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index 2014. [site na Internet]. [acessado 2014 jan 5]. Disponível em: <http://www.whocc.no/atcddd/> World.
21. Lebrão M L, Duarte YAO. SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. *O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p.255

22. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185(12):914-9.
23. Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da Escala de AIVDs. *RBPS* 2008; 21(4):290-296.
24. Sá MB, Barros JAC, Sá MPBO. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(1):75-85.
25. Paulo LG, Zanini AC. Automedicação no Brasil. *Rev Assoc Med Bras* 1988;34:69-75.
26. Oliveira MA et al. Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2012;28(2):335-345.
27. Arrais PSD, Coelho HLL, Batista MCDS, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev Saúde Pública* 1997;31(1):71-7.
28. Schmid B, Bernal R, Silva NN. Self-medication in low-income adults in Southeastern Brazil. *Rev. Saúde Pública* 2010;44(6):1039-1045.
29. Vilarino JF, Soares IC, Silveira CM, Rödel APP, Bortoli R, Lemos RR. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1998; 32(1):43-9.
30. Pelicioni AF. *Padrão de consumo de medicamentos em duas áreas da região metropolitana de São Paulo, 2001-2002*. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005. 112p.
31. Santos TRA et al. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2013;47(1):94-103.
32. Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008, 13(suppl):793-802.
33. Silva JAC et al. Prevalência de automedicação e os fatores associados entre os usuários de um Centro de Saúde Universitário. *Rev Bras Clín Med*. São Paulo, 2013 jan-mar;11(1):27-30
34. Loyola Filho AI et al. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(2):545-553.
35. Guimarães LH de CT et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *Revista Neurociências* 2004;3(12):131-4.

5.2 MANUSCRITO 2: ANÁLISE FARMACOTERAPÊUTICA E FATORES ASSOCIADOS À POLIFARMÁCIA EM IDOSOS

Análise farmacoterapêutica e fatores associados à polifarmácia em idosos

Pharmacotherapeutic analysis and factors associated with polypharmacy in the elderly

Análisis farmacoterapéutico y los factores asociados a la polifarmacia en los ancianos

Alessandra Santos Sales ^I

Cezar Augusto Casotti ^{II}

RESUMO

Analisar medicamentos utilizados e fatores associados à polifarmácia em idosos. Estudo transversal, censitário realizado com 272 idosos de Aiquara-BA. Destes, 53,3% usam apenas medicamento prescrito e 31,6% pelo menos um medicamento não prescrito dos 858 utilizados. Prevalência polifarmácia foi 29%. Fatores associados polifarmácia na regressão Logística: sexo feminino (OR=2,20;IC95%:1,11-4,35), plano privado saúde (OR=2,18;IC95%:1,05-4,55), ter 4/mais doenças autoreferidas (OR=3,18;IC95%:1,60-6,29), autoavaliar a saúde regular/má (OR=2,20;IC95%:0,98-4,94), e ser internado último ano (OR=2,34;IC95%:1,18-4,65). Medicamentos cardiovasculares foram mais utilizados na polifarmácia (n=205; 34,9%). A polifarmácia e os fatores associados confirmam importância dos medicamentos na atenção à saúde do idoso.

Palavra chave: saúde do idoso; uso de medicamentos; farmacovigilância; polimedicação.

ABSTRACT

Analyze drugs used and associated with polypharmacy in elderly people. Cross-sectional study, conducted with 272 elderly census of Aiquara-BA. Of these, 53.3% use only prescribed medication and 31.6% at least one medication not prescribed for 858 used. Polypharmacy prevalence was 29%. Associated with polypharmacy in Logistic regression factors: female gender (OR=2,18;IC95%:1,05-4,55), private health plan (OR=2,18;IC95%:1,05-4,55), having 4/more diseases self-reported (OR=3,18;IC95%:1,60-6,29), self-Evaluate the regular/poor health (OR=2,20;IC95%:0,98-4,94), being hospitalized last year (OR=2,34;IC95%:1,18-4,65). Cardiovascular drugs were most commonly used in polypharmacy (n=205; 34.9%). Polypharmacy and associated factors confirm the importance of medicines in health care for the elderly.

Keywords: health of the elderly; drug utilization; pharmacovigilance; polypharmacy.

RESUMEN

Analizar los fármacos utilizados y asociados a la polifarmacia en las personas de edad avanzada. Estudio transversal, censo realizado con 272 ancianos de Aiquara -BA. De éstos, el 53,3% sólo uso prescribe la medicación y 31,6 % por lo menos un medicamento no recetado a 858 utilizado. La polifarmacia prevalencia fue del 29%. Factores asociados a la polifarmacia

en regresión logística: sexo femenino ((OR=2,18;IC95%:1,05-4,55), plan privado de salud (OR=2,18;IC95%:1,05-4,55), tener 4/más enfermedades autoreferidas (OR=3,18;IC95%:1,60-6,29), autoevaluación de salud regular/mala (OR=2,20;IC95%:0,98-4,94), está hospitalizado el año pasado (OR=2,34;IC95%:1,18-4,65). Los medicamentos cardiovasculares fueron los más comúnmente utilizados en la polifarmacia (n=205; 34,9%). La polifarmacia y los factores asociados confirman la importancia de los medicamentos en la atención de salud para los ancianos.

Palabras clave: salud del anciano; utilización de medicamentos; farmacovigilancia; polifarmacia.

INTRODUÇÃO

A exposição a múltiplos fármacos, o uso de mais medicamentos do que está clinicamente indicado¹ ou consumo de 5 ou mais medicamentos² é reconhecido como polifarmácia. Possui etiologia multifatorial, sendo maior em indivíduos com doenças crônicas e manifestações clínicas decorrentes do envelhecimento³.

O aumento das camadas de mais idade tem modificado de forma significativa a pirâmide etária e coloca o idoso no foco das atenções dos serviços públicos e da sociedade⁴. Esse aumento segue tendência já ocorrida em países desenvolvidos, trazendo mais desafios aos serviços e profissionais de saúde⁵, ao gerar novas demandas sociais, econômicas e sanitárias⁶.

Por conviver com problemas crônicos de saúde, os idosos são consumidores de grande número de medicamentos⁷, que embora necessários, quando mal utilizados, podem desencadear complicações sérias para a saúde e aumento dos custos individuais e governamentais⁸. Apesar dos benefícios da terapêutica medicamentosa, é crescente seu uso de forma irracional e indiscriminada⁹.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) mais de 50% dos medicamentos são prescritos ou dispensados de forma inadequada e 50% dos pacientes tomam medicamentos de maneira incorreta levando a alto índice de morbidade e mortalidade. Acrescenta que os tipos mais comuns de uso irracional de medicamentos estão relacionados às pessoas que utilizam polifarmácia, ao uso inapropriado de antibiótico e de medicamento injetável, a automedicação e a prescrição em desacordo com as diretrizes clínicas¹⁰.

No Brasil, como na maioria dos países, os medicamentos se apresentam como o principal agente tóxico, respondendo por aproximadamente 28% dos casos de intoxicação humana registrada anualmente¹¹. No campo dos medicamentos prescritos, entre os idosos o aumento de déficits cognitivos e visuais dificulta o reconhecimento do medicamento e

adequado cumprimento da prescrição terapêutica. Muitas vezes a presença de doenças concomitantes e o consumo simultâneo de um maior número de fármacos, aumentam a probabilidade de ocorrência de reações adversas e interações medicamentosas¹².

Estudos realizados com idosos identificou que o consumo médio de medicamentos é maior entre os idosos que vivem sem companheiro (a) e do sexo feminino¹³ e como fatores associados a polifarmácia estavam o sexo feminino¹⁴, a baixa escolaridade e a pior auto-avaliação da saúde¹⁵.

Considerando a carência de estudos farmacoepidemiológicos de base populacional com idosos, o elevado e crescente consumo de medicamentos com a idade¹⁶, a importância do correto uso de medicamentos para melhoria das condições de vida e saúde destes indivíduos, bem como os agravos advindos da polifarmácia, este estudo objetivou estimar a prevalência e investigar os fatores associados á polifarmacia, bem como identificar os medicamentos mais utilizados por idosos residentes em Aiquara/BA.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, censitário, realizado com pessoas de 60 anos ou mais, não institucionalizadas, residentes na zona urbana do município de Aiquara-BA. O município possui população estimada de 4.790 habitantes¹⁷ com 357 idosos moradores da zona urbana, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,583¹⁸, Índice de gini de 0,35¹⁹, Índice de pobreza 47%¹⁹ e PIB *per capita* de R\$5.579,58²⁰.

Foram critérios de inclusão no estudo apresentar 60 anos ou mais de idade, residir na zona urbana, não apresentar déficit auditivo, cognitivo e/ou doença neurológica que impedisse a compreensão do questionário, dormir quatro dias ou mais por semana no domicílio onde foi realizada a entrevista. Quando havia no domicílio um cuidador responsável pelos medicamentos do idoso foi permitida a presença do cuidador quando o idoso respondia as questões relativas aos medicamentos o que ocorreu com apenas três idosos. Excluiu-se do estudo idosos não localizados em seu domicílio após três tentativas em dias e horários diferentes.

A pesquisa foi realizada em fevereiro de 2014, após estudo piloto, através de visitas nos domicílios. Os idosos residentes na sede do município foram identificados por meio de um censo completo da cidade em sua zona urbana, realizado por pesquisadores padronizados.

A variável de interesse do estudo foi a polifarmácia (variável dependente), definida como o consumo de cinco ou mais medicamentos² e categorizada em presença (sim) ou ausência (não) de sua prática pelos idosos.

Para a avaliação do número de medicamentos habitualmente consumidos citados pelos idosos procedeu-se à apresentação, quando possível, da embalagem e receita médica minimizando viés de memória do entrevistado e eventuais erros de anotação do entrevistador.

Na classificação dos medicamentos, após sua identificação e desdobramento nos seus princípios ativos, empregou-se o código ATC²⁷ - Anatomical Therapeutic Chemical Index (ATC/DDD Index), elaborado pelo World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, segundo o grupo anatômico e terapêutico. Para as medicações com mais de um código, foi verificado o motivo de uso autoreferido e feita à devida classificação.

Foram utilizados instrumentos validados para coleta de dados sociodemográficos, de condições de saúde, acesso ao serviço e uso de medicamentos (questionário do Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe SABE²¹); presença de indicativo de ansiedade (Inquérito de Ansiedade de Beck – BAI²² e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD²³); de depressão (Escala de depressão geriátrica - GDS-15²⁴ e HAD²³) e dependência/independência nas atividades de vida diária (escala de Katz – ABVD²⁵ e escala de Lawton e Brody – AIVD²⁶).

Na HAD a partir de 8 pontos considerou-se indicativo de depressão e também ansiedade uma vez que, a referida escala comporta os dois parâmetros. No BAI quem apresentou “ansiedade de leve a moderada” (11 a 19 pontos), “moderada a grave” (20 a 30 pontos) e “grave” (31 a 63 pontos) foi determinado como com ansiedade e quem teve escore para “ausência de ansiedade ou mínima” foi considerado como sem ansiedade. Na GDS-15 (de 6 a 15 pontos) a avaliação de “depressão ligeira” e “depressão grave”, classificaram-se como com depressão. Para a ABVD e AIVD foi considerado como sendo “dependente” quando apresentaram pelo menos uma função com dependência e “independente” aqueles que tiveram independência total.

As variáveis independentes que sofreram categorização foram: etnia autodeclarada branca ou não branca (parda, negra, indígena e amarela); arranjo familiar mora acompanhado ou sozinho; escolaridade sem escolaridade (nunca foi a escola, lê e escreve o nome) e com escolaridade (fundamental I, II, ensino médio e superior); renda menor que um salário mínimo e maior/igual; autopercepção da saúde excelente/muito boa e regular/má; indicativo de depressão na GDS15 com depressão (depressão ligeira e depressão grave) e sem depressão; depressão e ansiedade na HAD em com depressão (possível e com depressão), com ansiedade

(possível e com ansiedade), sem depressão e sem ansiedade; ansiedade no BAI em com ansiedade (ansiedade leve, moderada e grave) e sem ansiedade (ausência ou ansiedade mínima); paras as escalas de ABVD e AIBD igualmente determinou-se em independente e dependente (com ao menos uma função com dependência).

O banco de dados foi digitado em duplicata no programa EPIDATA versão 3.1b, para correção de possíveis erros e exportados para análise no SPSS 21,0 (SPSS Inc., Chicago, IL.).

Para apreciação dos dados realizou-se análise das frequências e bivariada por meio do teste do qui-quadrado, com nível de significância 5%. Em seguida, realizou-se análise múltipla pela regressão Logística, sendo os intervalos de confiança de 95%. No modelo múltiplo, o critério para inclusão foi associação na análise bivariada com a polifarmácia, em nível $\leq 0,20$. Permaneceram no modelo as variáveis com $p < 0,05$.

O estudo faz parte de projeto maior intitulado Condições de Saúde e Estilo de Vida em Idosos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CAAE 10786212.3.0000.0055).

RESULTADO

Em Aiquara-BA identificou-se 299 idosos. Destes, oito recusaram participar do estudo, dezenove não atenderam os critérios de elegibilidade, sendo quinze por doenças neurológicas e déficit cognitivo, quatro por problemas auditivos que comprometiam a compreensão dos questionamentos. Participaram da pesquisa 272 idosos.

A idade dos idosos variou de 60 a 90, sendo que a média foi de 71,76 (DP=7,8) anos. Entre os idosos 41,2% são do sexo feminino. Quanto à escolaridade 51,9% são analfabetos ou analfabetos funcionais. Quanto à renda, 88,2% recebiam até um salário mínimo e com relação ao arranjo familiar, 80,5% moravam acompanhados.

Foram consumidos por 84,9% dos idosos, 858 medicamentos distribuídos em 1032 princípios ativos totais. O número máximo de medicamento utilizado por um idoso foi de 15 com média de 3,7 (DP 2,5) medicamentos. Entre os idosos, 15,1% não utilizavam nenhum medicamento. Para os que usavam medicamentos, 29,4% utilizavam medicamentos impróprios; 53,3% tomavam apenas medicamentos prescritos e 31,6% usavam pelo menos um medicamento não-prescritos e que, portanto, podem englobar também os medicamentos prescritos. A prevalência de polifarmácia foi de 29% dos idosos, num total de 499 medicamentos consumidos por essa prática.

Os grupos farmacológicos utilizados segundo o código ATC (nível 1) pela população idosa foram descritos abaixo (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de medicamentos utilizados pelos idosos conforme classificação anatômica (nível 1) e terapêutica (nível 2) ATC. Aiquara, BA, Brasil, 2014.

Classificação	n	%*
A – Trato alimentar e metabolismo (n=209)		20,2
A01 Preparações estomatológicas	8	0,77
A02 Medicamentos para transtornos relacionados à acidez	63	6,10
A03 Medicamentos para transtornos gastrointestinais funcionais	13	1,25
A06 Laxantes	6	0,58
A07 Anti-diarréicos, agentes anti-inflamatórios/anti-infecciosos intestinais	3	0,29
A09 Digestivos, incluindo enzimas	2	0,19
A10 Medicamentos utilizados no diabetes	56	5,42
A11 Vitaminas	47	4,55
A12 Suplementos minerais	10	0,96
A16 Outros produtos para o trato alimentar e metabolismo	1	0,09
C – Sistema cardiovascular (n=390)		37,3
C01 Terapia cardíaca	20	1,93
C02 Anti-hipertensivos	20	1,93
C03 Diuréticos	122	11,8
C05 Vasoprotetores	10	0,96
C07 Betabloqueadores	49	4,74
C08 Bloqueadores dos canais de cálcio	32	3,10
C09 Agentes que atuam no sistema renina-angiotensina	110	10,6
C10 Agentes modificadores de lipídeos	27	2,61
M – Sistema musculoesquelético (n=106)		10,2
M01 Anti-inflamatórios e antirreumáticos	71	6,87
M02 Produtos tópicos para dor articular e muscular	2	0,19
M03 Relaxantes musculares	24	2,32
M04 Preparações antigota	3	0,29
M05 Medicamentos para o tratamento de doenças ósseas	6	0,58
N – Sistema nervoso (n=150)		14,5
N02 Analgésicos	72	6,97
N03 Antiepilépticos	11	1,06
N04 Antiparkinsonianos	2	0,19
N05 Psicolépticos	15	1,45
N06 Psicoanalépticos	42	4,06
N07 Outros fármacos com ação no sistema nervoso central	8	0,77
R – Sistema respiratório (n=49)		4,74
R01 Preparações de uso nasal	7	0,67
R02 Preparações para a garganta	1	0,09
R03 Agentes contra doenças obstrutivas das vias aéreas	11	1,06
R05 Preparações para tosse e resfriado	5	0,48
R06 Anti-histamínicos para uso sistêmico	25	2,42
Outros		
B – Sangue e órgãos hematopoiéticos	23	2,22
D – Dermatológicos	14	1,35
G - Sistema geniturinário e hormônios sexuais	11	1,06
H – Preparados hormonais exceto hormônios sexuais e insulina	12	1,16
J – Anti-infecciosos para uso sistêmico	31	3,00
L – Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	2	0,19
P – Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes	3	0,29
S – Órgãos dos sentidos	32	3,10
Sem classificação ATC	02	0,19
Total	1032	100,0

* Porcentagem em relação ao total de princípio ativo utilizado pelos idosos.

A classe de medicamento mais utilizado foi Diuréticos (12%), os agentes que atuam no sistema renina-angiotensina (10,8%), os Analgésicos, Antiinflamatórios e antireumáticos (7,1%) e os medicamentos utilizados no Diabetes (7%) (Tabela 1).

Entre os medicamentos utilizados na Polifarmácia, o grupo dos medicamentos Cardiovasculares (34,9%) e do Trato Alimentar e Metabolismo (22,8%) foram os mais frequentes em concordância com o consumo total de medicamentos pelos idosos (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de medicamentos utilizados pelos idosos segundo polifarmácia e conforme classificação anatômica (nível 1) e terapêutica (nível 2) ATC. Aiquara, BA, Brasil, 2014.

Classificação	n	(%)*
A – Trato alimentar e metabolismo (n=134)		22,8
A01 Preparações estomatológicas	05	0,85
A02 Medicamentos para transtornos relacionados à acidez	37	6,31
A03 Medicamentos para transtornos gastrointestinais funcionais	08	1,36
A06 Laxantes	04	0,68
A07 Antidiarréicos, agentes antiinflamatórios/antiinfecciosos intestinais	02	0,34
A09 Digestivos, incluindo enzimas	02	0,34
A10 Medicamentos utilizados no diabetes	40	6,82
A11 Vitaminas	30	5,11
A12 Suplementos minerais	06	1,02
C – Sistema cardiovascular (n=205)		34,9
C01 Terapia cardíaca	17	2,90
C02 Anti-hipertensivos	13	2,21
C03 Diuréticos	55	9,38
C05 Vasoprotetores	06	1,02
C07 Betabloqueadores	26	4,3
C08 Bloqueadores dos canais de cálcio	19	3,24
C09 Agentes que atuam no sistema renina-angiotensina	54	9,21
C10 Agentes modificadores de lipídeos	15	2,55
M – Sistema musculoesquelético (n=54)		9,21
M01 Antiinflamatórios e antirreumáticos	36	6,14
M02 Produtos tópicos para dor articular e muscular	01	0,17
M03 Relaxantes musculares	11	1,87
M04 Preparações antigota	03	0,51
M05 Medicamentos para o tratamento de doenças ósseas	03	0,51
N – Sistema nervoso (n=80)		13,6
N02 Analgésicos	38	6,48
N03 Antiepilépticos	05	0,85
N04 Antiparkinsonianos	01	0,17
N05 Psicolépticos	13	2,21
N06 Psicoanalépticos	18	3,07
N07 Outros fármacos com ação no sistema nervoso central	05	0,85
Outros		
B – Sangue e órgãos hematopoiéticos	13	2,21
D – Dermatológicos	10	1,70
G - Sistema geniturinário e hormônios sexuais	07	1,19
H – Preparados hormonais exceto hormônios sexuais e insulina	09	1,53
J – Anti-infecciosos para uso sistêmico	21	3,58
L – Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	01	0,17
P – Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes	01	0,17
R – Sistema respiratório	36	6,14
S – Órgãos dos sentidos	15	2,55
Sem classificação ATC	01	0,17
Total	586	100,0

* Porcentagem em relação ao total de princípio ativo utilizado em polifarmácia.

A prevalência de polifarmácia foi 29%, e maior entre idosos do sexo feminino, com idade entre 70 a 79 anos, que moravam sozinhos, com autopercepção de saúde regular/má, que referiam 4 ou mais doenças, que estiveram internados no último ano, que se automedicou e aqueles com ansiedade (escalas de BAI e HAD) e depressão (escalas HAD e GDS-15). Todas essas, apresentaram significância estatística com a prática da polifarmácia (Tabela 3).

Tabela 3. Prevalência da polifarmácia segundo variáveis estudadas em idosos. Aiquara, BA, Brasil, 2014.

Variáveis independentes	Total (n=272)	Polifarmácia			
		N	%	Valor de p	RP(IC95%)
Sexo				0,002	
Masculino	112	21	18,8		1,00
Feminino	160	58	36,3		1,93(1,25-2,99)
Faixa etária				0,013	
60-69	117	24	20,5		1,00
70-79	104	40	38,5		1,87(1,21-2,88)
80+	51	15	29,4		1,43(0,82-2,49)
Arranjo familiar				0,020	
Acompanhado	219	57	26,0		1,00
Sozinho	52	22	42,3		1,62(1,10-2,39)
Cor				0,113	
Branca	38	7	18,4		1,00
Não branca	232	72	31,0		1,68 (0,84-3,37)
Escolaridade				0,570	
Com escolaridade	115	36	31,3		1,00
Sem escolaridade	157	43	27,4		0,87(0,60-1,26)
Renda mensal (SM)**				0,479	
< igual 1SM	240	68	28,3		1,00
>1SM	32	11	34,4		1,21(0,72-2,03)
Filiação a plano de saúde				0,095	
SUS	217	58	26,7		1,00
Plano privado	55	21	38,2		1,42(0,95-2,13)
Autopercepção da saúde				<0,001	
Excelente/Muito boa	79	11	13,9		1,00
Regular/Má	192	68	35,4		2,54(1,42-4,54)
Percepção de saúde comparada há 1ano				0,703	
Melhor	75	20	26,7		1,00
Igual	108	30	27,8		1,04(0,64-1,68)
Pior	87	28	32,2		1,20(0,74-1,85)
Número de doenças autoreferidas				<0,001	
0-3	126	19	15,1		1,00
4+	146	60	41,1		2,72(1,72-4,30)
Dificuldade de acesso ao serviço				0,916	
Não	224	65	29,0		1,00
Sim	47	14	29,8		1,02(0,63-1,66)
Número de consultas no último ano				0,560	
Nenhuma/até 1	76	27	35,5		1,00
2+	167	53	31,7		0,89(0,61-1,30)
Internação no último ano				0,003	
Não	199	48	24,1		1,00
Sim	77	31	42,5		1,76(1,22-2,53)

Variáveis independentes (continuação)	Total (n=272)	Polifarmácia			
		N	%	Valor de p	RP(IC95%)
ABVD				0,262	
Independente	252	71	28,2		1,00
Dependente parcial ou total	20	8	40,0		1,42 (0,80-2,51)
AIVD				0,751	
Independente	140	42	30,0		1,00
Dependente parcial ou total	131	37	28,2		0,94(0,64-1,36)
BAI				0,008	
Sem ansiedade	231	60	26,0		1,00
Com ansiedade	41	19	46,3		1,78(1,20-2,64)
HAD – ansiedade				0,003	
Sem ansiedade	244	64	26,2		1,00
Com ansiedade	28	15	53,6		2,04(1,36-3,05)
HAD – depressão				0,001	
Sem depressão	213	52	24,4		1,00
Com depressão	59	27	45,8		1,87(1,30-2,69)
GDS-15				0,002	
Sem depressão	223	56	25,1		1,00
Com depressão	49	23	46,9		1,86(1,28-2,71)

** Salário mínimo vigente

Na análise multivariada após ajuste, as variáveis incluídas que mantiveram associação à polifarmácia foram o sexo feminino, plano de saúde privado, internação no último ano, quem apresentou 4 ou mais doenças e autopercepção de saúde regular/má (Tabela 4).

Tabela 4. Análise ajustada de polifarmácia em idosos segundo modelo de regressão logística. Aiquara, BA, Brasil, 2014.

Variável	Valor de p*	OR (IC95%)
Sexo Feminino	0,023	2,20 (1,11-4,35)
Morar sozinho	0,086	0,51 (0,23-1,09)
Idade 70 a 79	0,513	0,75 (0,32-1,76)
Idade 80+	0,460	1,40 (0,57-3,43)
Plano privado de saúde	0,036	2,18 (1,05-4,55)
Cor não branca	0,085	2,47 (0,88-6,96)
Internação no último ano	0,014	2,34 (1,18-4,65)
4 ou mais doenças	0,001	3,18 (1,60-6,29)
BAI – ansiedade	0,917	1,04 (0,43-2,51)
HAD – ansiedade	0,450	1,46 (0,54-3,96)
GDS15 – depressão	0,452	1,36 (0,61-3,04)
HAD – depressão	0,101	1,86 (0,88-3,91)
Autopercepção de saúde regular/má	0,050	2,20 (0,98-4,94)

*As variáveis com nível de significância entre 5 e 20% foram mantidas no modelo para controle de confusão

DISCUSSÃO

A prevalência de polifarmácia foi 29% em idosos no município de Aiquara-BA, corroborando com estudos realizados com a mesma população e utilizando o mesmo critério para definir polifarmácia nas cidades de Porto Alegre-RS (27%) na zona de cobertura do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) ligado a grupo hospitalar¹³ e Tubarão-SC (28,8%) nas

zonas de cobertura dos Programas de Saúde da Família (PSFs)¹⁴. Valores inferiores obteve-se em Belo Horizonte-MG (14,3%)¹⁵, Carlos Barbosa-RS (19,7%)²⁹, Bambuí-MG (25,5%)³⁰ e Fortaleza-CE (26,7%)³¹. Ao mesmo tempo prevalências superiores obteve-se em São Paulo-SP (36%)³².

Divergências na prevalência da polifarmácia podem ser explicadas pelas características do modelo de atenção à saúde, indicadores sociais e econômicos de cada região ou mesmo por estipulação de recortes temporais diferentes para listar o uso dos medicamentos pelos idosos variando entre medicamentos utilizados na última semana, nos últimos 15 ou 90 dias, no último ano e/ou habitualmente utilizados. Mesmo em pesquisas internacionais diferentes prevalências de polifarmácia são identificadas, porém com a menção de ser a polifarmácia um fenômeno expressivo independente do local e, sobretudo entre os idosos³³, corroborando com dados de estudos nacionais.

Neste estudo a prevalência de polifarmácia foi maior em idosas, estando, portanto em consonância com outros estudos^{14, 15, 32}, o que faz com que o sexo feminino seja considerado um preditor do uso de medicamentos³⁴.

No estudo de Galato et al¹⁴, realizado no ano de 2007, foram estudados uma amostra de 104 idosos, em estudo transversal, no qual encontrou significância estatística entre a polifarmácia e o gênero feminino ($p=0,03$). A maior utilização de medicamentos pelas mulheres idosas pode estar relacionada a fatores como: maior sobrevivência das mulheres; a maior frequência ao serviço de saúde; maior procura aos serviços de saúde e maior familiaridade com os medicamentos^{2, 15}.

Em estudos internacionais^{35, 36, 37} com idosos, o sexo feminino apresenta o maior uso de medicamentos. Foi identificado também, associação do uso de cinco ou mais medicamentos com o sexo feminino em estudo realizado em Hong Kong³⁵ com 997 homens e 1.035 mulheres entrevistadas como parte de um inquérito sobre, saúde mental funcional física e status social dos idosos.

Identificou-se que a polifarmácia foi maior em idosos com autopercepção de saúde negativa, corroborando com outros estudos^{15, 32}. Entende-se que estes indivíduos procuram solução ou alívio para seus sintomas sendo, portanto, conduzidas a utilização de medicamentos. Quanto pior o indicador de saúde, maior a quantidade de medicamentos utilizados³⁸ sejam estes prescritos ou não, sendo um meio de solução para os problemas de saúde³⁹.

Os resultados apontam também que a polifarmácia é maior em idoso com 4 ou mais doenças. As morbidades crônicas são altamente prevalentes em idosos e, geralmente, faz-se

necessário utilizar vários medicamentos para o seu controle²⁹. Além disso, com frequência, o idoso apresenta polimorbidade, justificando a necessidade da polifarmácia³². Destaca-se ainda que quanto maior número de problemas acrescenta-se mais prescrições^{31,40}.

Identificou-se que o maior número de internações leva a polifarmácia corroborando com estudo realizado em São Paulo-SP³², o qual ainda evidenciou conexão entre o número de internações, condições de saúde, necessidade de uso dos serviços de saúde. Fica evidente a necessidade de qualificação de protocolos clínicos e educação continuada do profissional prescritor³⁸.

Ainda no presente trabalho, a variável cobertura privada do seguro de saúde esta associada à polifarmácia. Este achado encontra-se em consonância com o estudo SABE, realizado na região metropolitana de São Paulo, no ano 2000³². Em Belo Horizonte-MG, entre idosos aposentados, possuir plano privado de saúde esta associado à polifarmácia, sugerindo que ao facilitar o acesso a mais prescritores aumentaria o consumo de medicamentos³⁸.

Destaca-se que no município de Aiçara a ESF tem cobertura de 100% e distribuição gratuita de medicamentos. Uma dispensação de medicamentos vinculados à prescrição contribui para redução do consumo de medicamentos inseguros para idosos, e desta forma diminui a chance deles sofrerem iatrogenias, reações adversas e interações medicamentosas¹¹.

Neste estudo, os medicamentos com ação sobre o aparelho cardiovascular foram os mais utilizados, corroborando com outras pesquisas em que as condições crônicas não transmissíveis mais prevalentes nos idosos conduzem a necessidade do uso de medicamentos cardiovasculares^{14, 15, 29, 31, 32}. A facilidade de acesso às medicações e a baixa frequência de utilização de recursos não farmacológicos para o manejo de problemas médicos, contribui para o consumo elevado de medicamentos pela população idosa¹³.

Este estudo apresenta como limitações a presença de dados sobre doenças autoreferidas sem o diagnóstico médico para confirmação o que pode superestimar ou subestimar os agravos mais frequentes na população. Porém, como meio de fácil obtenção de informações sobre as condições de saúde em inquérito domiciliar, o autorrelato é a ferramenta mais utilizada. Outros vieses de estudo transversais estão presentes pela impossibilidade de determinação de causa, a temporalidade dos fatores associados e ainda o fato de não terem sido avaliados os idosos que residem no meio rural.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa identificou alta prevalência de polifarmácia e como fatores associados sexo, morar sozinho, ter mais de 4 doenças, plano privado de saúde e internação. A referida população enquadra-se no contexto mundial de ampla utilização de medicamentos para o sistema cardiovascular em consonância com o padrão de prevalência das doenças crônicas não transmissíveis entre os idosos.

Entende-se que mesmo diante de um município com 100% de cobertura da população pela Estratégia de Saúde da Família dispensando gratuitamente as medicações pactuadas na atenção à saúde, é imprescindível informações sobre a utilização de medicamentos para subsidiar os gestores no direcionamento de políticas, serviços de qualidade e ações específicas para este grupo populacional com enfoque no uso racional de medicamentos.

Com a alta prevalência da polifarmácia mesmo sendo muitas vezes uma prática necessária para a referida população, um processo de educação em saúde deve ser constante no município com estímulo a medidas preventivas e também não farmacológicas no cuidado a sua saúde.

Estes dados estão em concordância com pesquisas realizadas em municípios de médio a grande porte. Ressalta-se que as ações de intervenção podem ser mais bem viabilizadas em municípios de pequeno porte com alta cobertura pela a ESF e quando há maior facilidade de acesso aos serviços.

COLABORADORES

SALES AS realizou a concepção do artigo, revisão da literatura, análise e interpretação dos dados, redação do texto. CASOTTI CA colaborou com a redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

REFERÊNCIAS

1. Fulton MM, Allen ER. Polypharmacy in the Elderly: A literature review. *J Am Acad Nurse Pract.* 2005; 17(4):123-32.
2. Linjakumpu T et al. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol.* 2002; 55(8):809-17.

3. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2010; 63(1):136-40
4. Walter MIMT. A dualidade na inserção política, social e familiar do idoso: estudo comparado dos casos de Brasil, Espanha e Estados Unidos. *Opin. Publica* 2010; 16(1):186-219.
5. Flores VB, Benvegnú LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(6):1439-46.
6. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3):548-54.
7. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(3):700-701.
8. Barros JAC, Joany S. Anúncios de medicamentos em revistas médicas: ajudando a promover a boa prescrição? *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4):891-8.
9. Marin, M.J.S. et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(7):1545-55.
10. WHO. World Health Organization. *The safety of medicines in public health programmes: pharmacovigilance an essential tool*. Geneva: World Health Organization; 2006.
11. Brasil. Ministério da Saúde. *Política nacional de medicamentos*. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2001
12. Loyola Filho AI et al. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(2):545-553.
13. Flores LM & Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(6):924-9.
14. Galato D et al. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. *Ciênc. saúde coletiva* 2010; 15(6):2899-2905.
15. Loyola Filho AI et al. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(12):2657-2667.
16. Haak H. Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia (Brasil). *Rev Saúde Pública* 1989; 23(2):143-51.
17. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção populacional do Brasil com data de referência 1º de julho de 2014. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais; 2014.

18. _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Brasília; Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>
19. _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Cidades@. Aiquara. Mapa de Pobreza e Desigualdade - Municípios Brasileiros 2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 de setembro de 2014.
20. _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Cidades@. Aiquara. Produto Interno Bruto dos Municípios 1999-2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 de setembro de 2014
21. Lebrão M L, Duarte YAO. SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. *O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p.255
22. Gorenstein C, Andrade L. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p.139.
23. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67(6):361-370.
24. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14(10):858-865
25. Lino VTS. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública* 2008;24(1):103-112.
26. Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da Escala de AIVDs. *RBPS* 2008; 21(4):290-296.
27. World Health Organization (WHO). WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index 2014. [site na Internet]. [acessado 2014 jan 5]. Disponível em: <http://www.whocc.no/atcddd/> World
28. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults: The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. *J Am Geriatr Soc*. 2012; 60(4):616–631.
29. Dal Pizzol TS et al. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(1):104-114.
30. Loyola Filho AI et al. Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(1):89-99.
31. Coelho Filho JM et al. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(4):557-64.
32. Carvalho MFC et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo

SABE. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(4): 817-27.

33. Silva AL et al. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(6):1033-1045.

34. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):717-24.

35. Woo J, Ho SC, Yuen YK, Lau J. Drug use in an elderly Chinese population: prevalence and associated factors. *Gerontology* 1995; 41:98-108.

36. Chrischilles EA, Foley DJ, Wallace RB, Lemke JH, Semla TP, Hanlon JT, et al. Use of medications by persons 65 and over: data from the Established Populations for Epidemiologic Studies of Elderly. *J Gerontol* 1992; 47:M137-44.

37. Hanlon JT, Fillenbaum GG, Ruby CM, Gray S, Bohannon A. Epidemiology of over-the-counter drug use in community dwelling elderly: United States perspective. *Drugs Aging* 2001; 18:123-31.

38. Ribeiro AQ et al. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. *Rev Saúde Pública* 2008;42:724-32.

39. Santos TRA et al. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2013; 47(1):94-103.

40. Chen YF, Dewey ME, Avery AJ. Analysis group of the MRCCFA study. Self-reported medication use for older people in England and Wales. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, Oxford, 2001; 26(2):129-140.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de medicamentos é uma prática comum entre os idosos que vivem em Aiquara/BA apresentando níveis de automedicação e polifarmácia próximos aos de cidades de médio e grande porte.

Fatores como sexo feminino, plano de saúde privado, internação no último ano, quem apresentou 4 ou mais doenças e autopercepção de saúde regular/má interferem significativamente na prática da polifarmácia. Já na hora de adotar a automedicação, a população apresenta-se homogênea quanto a prática da automedicação, não apresentando fatores associados em última análise.

Seja na prática de polifarmácia, automedicação ou numa análise todos os medicamentos prescritos e não prescritos, os medicamentos cardiovasculares são os mais utilizados pela maioria dos idosos, retratando o perfil de condições de saúde da população de Aiquara em concordância com a brasileira relacionada às doenças crônicas não transmissíveis.

Tal aspecto, relacionado principalmente a automedicação, traz preocupações uma vez que são medicações sujeitas à prescrição médica em que os entrevistados estão adquirindo sem receita ou por receita antiga denotando uma necessidade de fortalecimentos da assistência farmacêutica do município.

Assim, o conhecimento farmacológico dos medicamentos consumidos pelos idosos permite estabelecer fatores específicos que servirão para orientação de intervenções deste segmento da população frente ao uso racional dos medicamentos.

Faz-se necessário a implantação de ações educativas de forma contínua quanto ao uso correto de medicamentos e capacitação do profissional de saúde para propor medidas e realizar orientações à população de forma direcionada e adequada a heterogeneidade dos riscos envolvidos. Soma-se ainda, a necessidade de fiscalização mais rigorosa na venda de medicamentos para uma redução da prática de automedicação por medicamentos prescritos e uso desnecessário de múltiplos medicamentos que usados de maneira inadequada causa prejuízos à saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry*, v. 14, n. 10, p. 858-865, 1999.
- AMERICAN GERIATRICS SOCIETY UPDATED BEERS CRITERIA. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. v. 40, n. 4, p. 616-631, 2012.
- ANDRADE, A. R.; PINHO, L. B. Fatores socioculturais associados à prática da automedicação em uma cidade do interior do Estado de Mato Grosso, Brasil. *Rev enferm UFPE*, Recife, v. 2, n. 2, p. 121-129, 2008.
- ANDRADE, M. A.; SILVA, M. V. S.; FREITAS, O. Assistência Farmacêutica como Estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. *Semina Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 25, n. 1, p. 55-63, 2004.
- AQUINO, D. S. de. Por Que o uso racional de medicamentos deve serviços uma prioridade?. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 13, suppl., p.733-736, 2008.
- ARAÚJO-JÚNIOR, J. C.; VICENTINI, G. E. Automedicação em adultos na cidade de Guairacá - PR. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, Umuarama, v. 11, n. 2, p. 83-88, mai/ago. 2007.
- ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Ciênc. saúde coletiva*, v.7, n. 3, p. 455-79, 2002.
- BECK, A. T. et al. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, v. 19, n.4, p. 561-571, 1961.
- BECKHAUSER, G. C. et al. Utilização de medicamentos na pediatria: a prática de automedicação em crianças por seus responsáveis. *Rev. paul. pediatr*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 262-268, 2010.
- BEERS, M.H.; OUSLANDER, J.G.; ROLLINGHER, I.; REUBEN, D.B.; BROOKS, J.; BECK, J.C. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Arch. Intern. Med*, Chicago, v.151, n.9, p.1825-1832, Sep. 1991.
- BISSON, M. P. *Farmácia clínica & atenção farmacêutica*. 2. ed. rev. e atual. São Paulo: Manole; 2007. 371 p.
- BORTOLON, P. C. et al. Análise de perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p. 1219-1226, 2008.
- BOTEGA, N. J., PONDE, M. P. M., PLEDSON, L. M. G., GUERREIRO, C. A. M. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. *J. bras. psiquiatr.*, v. 6, n. 47, p. 285-289, 1998

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CFF nº 586**, de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. Disponível em: < http://www.abmes.org.br/abmes/public/arquivos/legislacoes/Res-CFF-586-2013-08-29.pdf>. Acesso em: 10 set. 2013.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução Nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 25 de Julho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. SINITOX. Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas. Registro de intoxicações. Dados nacionais. **Casos registrados de intoxicação e/ou envenenamento: Brasil, 2010**. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=8>. Acesso em 28 mai 2013

_____. _____. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Cadernos de Atenção Básica nº19. Brasília – DF, 2007.

_____. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004** /Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 200 p.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 138 de 29 de maio de 2003. Dispõe sobre o enquadramento na categoria de venda de medicamentos. **Diário Oficial da União**, 02 jun 2003.

_____. Portaria nº. 3916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998. Aprovar a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, 10 nov, 1998.

CARAMELLI, B. et al. Automedicação [editorial]. **Rev Assoc Med Bras**, v. 47, n. 4, p. 269-270, 2001.

CARDÃO, M. **Medicamentos e o Idoso**. Farmácia Técnica. Janeiro 2007, Nº 9. Disponível em:< <http://www.anf.pt/site/cms/pdf/farmtecnica/FTC4638a11cbe22c.pdf>>. Acesso em 15 Jun 2013.

CARVALHO, D. C. et al. Uso de medicamentos em crianças de zero a seis anos matriculadas em creches de Tubarão, Santa Catarina. **Ver. paul. pediatr**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 238-244, set. 2008.

CASCAES, E. A.; FALCHETTI, M. L.; GALATO, D. Perfil da automedicação em idosos participantes de grupos da terceira idade de uma cidade do sul do Brasil. **ACM Arq Catarin Med**, v. 37. n.1, p.63-9, 2008.

CESAR, J. A. et al. Perfil dos idosos residentes em dois municípios pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: resultados de estudo transversal de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.8, p. 1835-184, 2008.

CIM. Centro de Informações sobre Medicamentos. **Uso de medicamentos pelo idoso**. Nº 01 Ano I - Fevereiro/Março 2003.

COELHO FILHO, J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n.4, p.557-62, 2004.

CRAMÊS, M.L.R. **Envelhecimento Ativo no Idoso Institucionalizado**. 2012. 74 f. Dissertação (Mestrado em Educação Social) - Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, 2012.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**, Casa do Psicólogo, Psychological Corporation, 2001.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 326-35.

FIGUEIRA, A. R. **Qualidade de Vida e Espiritualidade em Pessoas Idosas**. 2010. 95 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade de Aveiro, Aveiro, 2010.

FLEITH, V. D.; FIGUEIREDO, M. A.; FIGUEIREDO KFLRO, M. E. C. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, p. 755-62, 2008.

FLORES, V. B.; BENVEGNÚ, L. A. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública** v. 24, n. 6, p. 1439-46, 2008.

FRIAS, P. G. et al. Sistema de Informações sobre Mortalidade: estudo de caso em municípios com precariedade dos dados. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. 10, p. 2257-2266. 2008.

FUCHS, F.D.; WANNMACHER, L. **Farmacologia Clínica - Fundamentos da Terapêutica Racional**, 4.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2010. p.9-25

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p.139.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Cidades@. Aiquara. Estimativa da População 2011-2014. Disponível em: <[http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 10 de setembro de 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Brasília.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Cidades@. Aiquara. Produto Interno Bruto dos Municípios 1999-2011. Disponível em: <[http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 10 de setembro de 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Cidades@. Aiquara. Mapa de Pobreza e Desigualdade - Municípios Brasileiros 2003. Disponível em: <[http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 10 de setembro de 2014.

ISAÚDE. Saúde pública: automedicação ainda é uma das principais causas de internação no país. Mar. 2010. Disponível em: <<http://www.isaude.net/pt-BR/noticia/6147/saude-publica/automedicacao-ainda-e-uma-das-principais-causas-de-internacao-no-pais>>. Acesso em: 05 abr. 2013

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, v. 185, n. 12, p. 914-9, 1963.

LAGE, E. A.; FREITAS, M. I. de F.; ACÚRCIO, F. de A. Informação sobre Medicamentos na Imprensa: uma contribuição par o uso racional **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, suppl., p. 133-139, 2005.

LANDRY, J. A. et al. Validation of two methods of data collection of self-reported medicine among the elderly. **The Gerontologist**, v. 28, p. 672 - 676, 1988.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v. 9, n. 3, p.179–85, 1969.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. **O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p.255

LEITE, S.N.; CORDEIRO, B.C. A interdisciplinaridade na promoção do uso racional de medicamentos. **Ciênc Cuid Saúde**, v.7, n.3, p.399-403, 2008.

LIMA, G. B. de et al. Avaliação da utilização de medicamentos armazenados em domicílios por uma população atendida pelo PSF. **Rev. Bras. Farm**, v.89, n.2, p.146-149, 2008.

LINJAKUMPU, T. et al. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol.*, v. 55, n. 8, p. 809-17, 2002.

LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad Saúde Pública**, v. 24, n 1, p. 103-112, 2008.

LOYOLA FILHO, A. I.; UCHOA, E. Automedicação: motivações e características de sua prática. **Rev Méd Minas Gerais**, v. 12, p. 219-27, 2002.

_____; FIRMO, J. de O.A.; LIMA-COSTA, M.F. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, março/abril, v. 21, n. 2, p. 545-553, 2005.

MARQUESINI, E. A. **Automedicação em idosos: estudo SABE**. 2011. 76f. (Dissertação)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

MEDEIROS, E. F. F. et al. Intervenção Interdisciplinar enquanto estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.7, p. 3139-3149, 2011.

MEDRONHO, R. A. et.al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p 790.

MOTA, D. M. et al. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, suppl, p. 589-601, 2008.

MOURA, B. V. de; COHN, A.; PINTO, R. M. F. Farmácia: a porta de entrada para o acesso a medicamentos para idosos residentes em Santos. **Saude soc**, São Paulo, v.21, n.2, p. 399-409, 2012.

NASCIMENTO, Á. C. **A persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado. Isto é regulação?** 2003. 125f. (Tese de Doutorado)- Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2003.

NAVES, J. O. S. et al. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. **Ciênc saúde coletiva**, suppl, v.1, p. 1751-62, 2010.

OLIVEIRA, A. M. de E. et al. Factors Contributing to The Self-Medication Practiced by Elderly Persons In A Family Health Unit. **Rev enferm UFPE on line**, v. 6, n. 1, p. 125-31, jan. 2012a.

OLIVEIRA, M. A. de et al. Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. saúde pública**, v.28, n.2, p. 335-345, 2012b.

PASSARELLI, M. C. Boletim informativo Farmacovigilância. **Medicamentos inapropriados para idosos: um grave problema de saúde pública**. N°02, 2006.

PEREIRA, J. R. et al. **Riscos da automedicação: tratando o problema com conhecimento**. Universidade da Região de Joinville. Joinville, SC: UNIVILLE, 2008. (Relatório de Projeto de Extensão). Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/premio_medica/pdfs/trabalhos/mencoes/januarina_ramos_trabalho_completo.pdf. Acesso em: 31 mar. 2013.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M.H.S. Atenção farmacêutica: do medicamento ao ser humano. **Cad. saúde colet**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.153 - 162, 2007.

RIBEIRO, A.Q.; ARAÚJO, C.M.C.; ACURCIO, F.A.; MAGALHÃES, S.M.S.; CHAIMOWICZ, F. Qualidade do uso de medicamentos por idosos: uma revisão dos métodos de avaliação disponíveis. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.1037-1045, out.-dez. 2005.

ROLLASON, V.; VOGT, N. Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematic review of the role of the pharmacist. **Drugs and Aging, Auckland**, v.20, n.11, p.17-832, 2003.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2013.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.717-724, 2003.

SALDANHA, A; CALDAS C. P. **Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 399.

SÁ, M. B.; BARROS, J. A. C.; SÁ, M. P. B. O. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. **Rev Bras Epidemiol**, v. 10, p. 75-85, 2007.

SANTOS, B. **Esse consumo que nos consome – olhares sobre a sociedade de consumo atual**. Porto, Campos das Letras. 2006.

SANTOS, T. R. A. et al . Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 47, n. 1,p. 94-103, fev. 2013.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da Escala de AIVDs. **RBPS**, v. 21, n. 4, p.290-296, 2008.

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

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. do. Promoção da Saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.7, n.12, p.91-112, 2003.

SOARES, M. A. **Automedicação versus indicação farmacêutica**. Mundo farmacêutico. No18. p. 16-17, set. 2005.

SOBRAVIME, O que é o Uso Racional de Medicamentos. São Paulo, 2001.

SOEIRO, M. dos A. S. **Políticas e Programas Sociais** 2010. 125f. Dissertação (Mestrado). Especialização de Globalização e Ambiente. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2010.

TAPIA-CONYER, R. et al. Consumo de drogas médicas em poblacion de 60 a 65 años en México. **Salud Pública de México**, v. 38, n. 6, p. 458-65, 1996.

VERAS, R. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad. saúde pública**, v. 28, n. 10, p. 1834-1840, 2012.

VERAS, R. Envelhecimento populacional Contemporâneo: Demandas, Desafios e Inovações **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VITOR, R. S. et al. Padrão de consumo de medicamentos sem prescrição médica na cidade de Porto Alegre, RS. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, Suppl, p.737-743, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The safety of medicines in public health programmes: pharmacovigilance an essential tool**. Geneva: World Health Organization; 2006.

_____. **How to investigate the use of medicines by consumers**. Suíça: WHO/ Univ. Amsterdam, 2004.

_____. **Global strategy for containment of antimicrobial resistance**. 2001

_____. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. **Guideline for ATC classification and DDD assignment.** WHO, Oslo; 2000.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. The role of the pharmacist in self-medication and self-care. Geneva: WHO, 1998. 15p.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. **The hospital anxiety and depression scale.** Acta Psychiatr Scand, v.67, p.361-370, 1983.

APÊNDICE A: Instrumento de coleta de dados



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

AUTOMEDICAÇÃO EM IDOSOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Número do questionário: Código de resultado*

Nome Completo do Entrevistador.....

Hora de início: ____:____ Hora de término: ____:____

Data da Entrevista

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Dia Mês
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Indivíduo:

Nome Completo do Participante.....

Endereço.....

Bairro.....

Nº.....

Telefone.....

*** Códigos de resultados**

01 Entrevista Completa

02 Entrevista Incompleta (anote em observações)

03 Entrevista adiada (anote em observações)

04 Nunca encontrou a pessoa

05 Recusou-se

06 Outros (anote em observações)

Observações:.....

.....

.....

II CONDIÇÕES DE SAÚDE

1. Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre sua saúde. O(a) Sr(a) diria que sua saúde é excelente, muito boa, regular ou má?

1 () Excelente 2 () Muito boa 3 () Regular 4 () Má 8 () NS 9 () NR

2. Comparando sua saúde de hoje com a de doze meses atrás, o (a) Sr(a) diria que agora sua saúde é melhor, igual, melhor ou pior do que estava então?

1 () Melhor 2 () Igual 3 () Pior 8 () NS 9 () NR

3. Você tem algum dos problemas de saúde listados abaixo?

Diabetes	0 () Sim	1 () Não	Insônia	0 () Sim	1 () Não
Colesterol alto	0 () Sim	1 () Não	Sonolência	0 () Sim	1 () Não
Parkinson	0 () Sim	1 () Não	Tuberculose	0 () Sim	1 () Não
Pressão alta	0 () Sim	1 () Não	Doença articular	0 () Sim	1 () Não
Câncer	0 () Sim	1 () Não	Hanseníase	0 () Sim	1 () Não
Infarto/angino	0 () Sim	1 () Não	Dores de coluna	0 () Sim	1 () Não
Doença da tireóide	0 () Sim	1 () Não	Doença de Alzheimer	0 () Sim	1 () Não
Histórico de queda	0 () Sim	1 () Não	Catarata	0 () Sim	1 () Não
Insuficiência cardíaca	0 () Sim	1 () Não	AVC – Acidente Cerebrovascular	0 () Sim	1 () Não
Pneumonia	0 () Sim	1 () Não	Incontinência urinária	0 () Sim	1 () Não
Outras:					

III. USO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1. Que tipo de seguro de saúde o(a) Sr(a) tem? (Assinale todas as respostas mencionadas)

1 () Plano de saúde 2 () Seguro público (SUS) 3 () Outro: _____
4 () Nenhum 8 () NS 9 () NR

2. O(a) Sr(a) tem dificuldade para acessar/usar os serviços de saúde quando necessário?

1 () Sim 2 () Não 8 () NS 9 () NR

3. Se SIM na questão anterior, Qual o(s) motivo?

1 () Falta de recursos financeiros 2 () Falta de transporte 3 () Não tem companhia
4 () Não consegue se locomover 5 () Os serviços são ruins 6 () Barreiras arquitetônicas
7 () Distância 8 () Outro: _____
98 () NS 99 () NR

3. Quantas vezes, nos últimos 12 meses o(a) Sr.(a) procurou consulta/atendimento de saúde?

..... VEZES 8 () NS 9 () NR

4. Durante os últimos 12 meses, quantas vezes diferentes esteve internado, PELO MENOS POR UMA NOITE (Incluindo em casa de repouso)?

..... VEZES 00 () NENHUMA VEZ 8 () NS 9 () NR

4ª Quais dessas causas de internações foram por motivos medicamentosos?

..... VEZES 00 () NENHUMA VEZ 8 () NS 9 () NR

IV. FUNCIONALIDADE

ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA- KATZ

Para cada área de funcionamento listada abaixo, assinale a descrição que se aplica (a palavra “ajuda” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal). I – independente D – dependente

Por favor, gostaria que respondesse algumas perguntas sobre atividades do seu dia-a-dia.

1. Em relação a tomar banho (leito, banheira ou chuveiro).

(I) não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho).

(I) recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna).

(D) recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho.

2. Vestir-Se

Pega roupas nos armários e gavetas, inclusive peças íntimas e manuseia fechos (inclusive os de órteses

e próteses, quando forem utilizadas).

(I) pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda.

(I) pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos.

(D) recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa.

3. Uso do vaso sanitário

Ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas.

(I) vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando- o de manhã).

(D) recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite.

(D) não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas.

4. Transferência

(I) deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador)

(I) deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda.

(D) não sai da cama.

5. Continência:

(I) controla inteiramente a micção e a evacuação.

(D) tem “acidentes” ocasionais.

(D) necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente.

6. Alimentação:

(I) alimenta-se sem ajuda.

- (I) alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão.
(D) recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de catéteres ou fluidos intravenosos.

Resultado:

- Independência para as 6 funções
 Independência para as 5 funções e dependência para 1 função
 Independência para as 4 funções e dependência para 2 função
 Independência para as 3 funções e dependência para 3 função
 Independência para as 2 funções e dependência para 4 função
 Independência para as 1 funções e dependência para 5 função
 Dependente para as 6 funções

ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA- LAWTON E BRODY

- Procure recordar em cada atividade a ser questionada, se a Sr./Sra. faz sem ajuda, com algum auxílio ou não realiza de forma alguma.

a) Em relação ao Telefone:

- ³ Recebe e faz ligações sem assistência
 ² Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas
 ¹ Não tem hábito ou é incapaz de usar telefone

b) Em relação as viagens:

- ³ Realiza viagens sozinha
 ² Somente viaja quando tem companhia
 ¹ Não tem o hábito ou é incapaz de viajar

c) Em relação a realização de compras:

- ³ Realiza compras, quando é fornecido o transporte
 ² Somente faz compras quando tem companhia
 ¹ Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras

d) Em relação ao preparo de refeições:

- ³ Planeja e cozinha as refeições completas
 ² Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda

Classificação:

- Dependência total: menor igual a 7
 Dependência parcial: $> 7 < 21$
 Independência: 21

- ¹ Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições

e) Em relação ao trabalho doméstico:

- ³ Realiza tarefas pesadas
 ² Realiza tarefa leves, necessitando de ajuda nas pesadas
 ¹ Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos

f) Em relação ao uso de medicamentos:

- ³ Faz uso de medicamentos sem assistência
 ² Necessita de lembretes ou assistência
 ¹ É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos

g) Em relação ao manuseio do dinheiro:

- ³ Preenche cheque e paga contas sem auxílio
 ² Necessita de assistência para o uso de cheques e contas
 ¹ Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...

**V. AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO
ESCALA HAD**

1. O(a) Sr(a) se sente tenso (a) ou contraído			
() a maior parte do tempo[3]	() boa parte do tempo[2]	() de vez em quando[1]	() nunca [0]
2. O(a) Sr(a) ainda sente que gosta das mesmas coisas de antes:			
() sim, do mesmo jeito que antes [0]	() não tanto quanto antes [1]	() só um pouco [2]	() já não consigo ter prazer em nada [3]
3. O(a) Sr(a) sente uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer?			
() sim, de jeito muito forte [3]	() sim, mas não tão forte [2]	() um pouco, mas isso não me preocupa [1]	() não sinto nada disso[0]
4. O(a) Sr(a) da risada e se diverte quando vê coisas engraçadas			
() do mesmo jeito que antes[0]	() atualmente um pouco menos[1]	() atualmente bem menos[2]	() não consigo mais[3]
5. O(a) Sr(a) esta com a cabeça cheia de preocupações			
() a maior parte do tempo[3]	() boa parte do tempo[2]	() de vez em quando[1]	() raramente[0]
6. O(a) Sr(a) se sente alegre			
() nunca[3]	() poucas vezes[2]	() muitas vezes[1]	() a maior parte do tempo[0]
7. O(a) Sr(a) consegue ficar sentado à vontade e se sentir relaxado:			
() sim, quase sempre[0]	() muitas vezes[1]	() poucas vezes[2]	() nunca[3]
8. O(a) Sr(a) está lento (a) para pensar e fazer coisas:			
() quase sempre[3]	() muitas vezes[2]	() poucas vezes[1]	() nunca[0]
9. O(a) Sr(a) tem uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:			
() nunca[0]	() de vez em quando[1]	() muitas vezes[2]	() quase sempre[3]
10. O(a) Sr(a) perdeu o interesse em cuidar da sua aparência:			
() completamente[3]	() não estou mais me cuidando como eu deveria[2]	() talvez não tanto quanto antes[1]	() me cuido do mesmo jeito que antes[0]
11. O(a) Sr(a) se sente inquieto(a), como se não pudesse ficar parado(a) em lugar nenhum?			
() sim, demais[3]	() bastante[2]	() um pouco[1]	() não me sinto assim[0]
12. O(a) Sr(a) fica animado(a) esperando animado(a) as coisas boas que estão por vir			
() do mesmo jeito que antes[0]	() um pouco menos que antes[1]	() bem menos do que antes[2]	() quase nunca[3]
13. De repente, o(a) Sr(a) tem a sensação de entrar em pânico:			
() a quase todo momento[3]	() várias vezes[2]	() de vez em quando[1]	() não senti isso[0]
14. O(a) Sr(a) consegue sentir prazer quando assiste a um bom programa de televisão, de rádio ou quando ler alguma coisa:			
() quase sempre[0]	() várias vezes[1]	() poucas vezes[2]	() quase nunca[3]
RESULTADO DO TESTE			

Observações: Ansiedade: [] questões (1,3,5,7,9,11,13) Depressão: [] questões (2,4,6,8,10,12 e 14)	Escore: sem depressão e sem ansiedade de 0 a 7; possível ansiedade ou depressão – 8 a 10; com ansiedade ou depressão - > igual 11.
--	--

ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK

(BAI)

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ÚLTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE. Marcar com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	3
	Ausente	Suave, não me incomoda muito	Moderado, é desagradável mas consigo suportar	Severo, quase não consigo suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensações de calor				
3. Tremor nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo de acontecimentos ruins				
6. Confuso ou delirante				
7. Coração batendo forte e rápido				
8. Inseguro (a)				
9. Apavorado (a)				
10. Nervoso (a)				
11. Sensação de sufocamento				
12. Tremor nas mãos				
13. Trêmulo (a)				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado (a)				
18. Indigestão ou desconforto abdominal				
19. Desmaios				
20. Rubor facial				
21. Sudorese (não devido ao calor)				
Escore: ()	() Ausência de depressão ou mínimo - 0 a 10 pontos () Depressão leve, moderada - 11 a 19 pontos () Depressão moderada a grave - 20 a 30 pontos () Depressão grave - 31 a 63 pontos			

ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor, leia com atenção cada uma delas e selecione a afirmativa que melhor descreve como a pessoa se sentiu na SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Marque um X no quadrado ao lado da afirmativa que você selecionou. Certifique-se de ter lido todas as afirmativas antes de fazer a escolha.

1. (0) = não me sinto triste (1) = sinto-me triste (2) = sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disto (3) = estou tão triste e infeliz que não posso agüentar
2. (0) = não estou particularmente desencorajado(a) frente ao futuro (1) = sinto-me desencorajado(a) frente ao futuro (2) = sinto que não tenho nada por que esperar (3) = sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não vão melhorar
3. (0) = não me sinto fracassado(a) (1) = sinto que falhei mais do que um indivíduo médio (2) = quando olho para trás em minha vida, só vejo uma porção de fracassos (3) = sinto que sou um fracasso completo como pessoa
4. (0) = não obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer (1) = não gosto das coisas da maneira como costumava gostar (2) = não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma (3) = estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo
5. (0) = não me sinto particularmente culpado(a) (1) = sinto-me culpado(a) boa parte do tempo (2) = sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo (3) = sinto-me culpado(a) o tempo todo
6. (0) = não sinto que esteja sendo punido(a) (1) = sinto que posso ser punido(a) (2) = espero ser punido(a) (3) = sinto que estou sendo punido(a)
7. (0) = não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a) (1) = sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a) (2) = sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a) (3) = eu me odeio
8. (0) = não sinto que seja pior que qualquer pessoa (1) = critico minhas fraquezas ou erros (2) = responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas (3) = culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem
9. (0) = não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar (1) = tenho pensamentos a respeito de me matar mas não os levaria adiante (2) = gostaria de me matar (3) = eu me mataria se tivesse uma oportunidade
10. (0) = não costumo chorar mais do que o habitual (1) = choro mais agora do que costumava chorar antes (2) = atualmente choro o tempo todo (3) = eu costumava chorar, mas agora não consigo mesmo que queira
11. (0) = não me irrita mais agora do que em qualquer outra época (1) = fico molestado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava (2) = atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo (3) = absolutamente não me irrita com as coisas que costumam irritar-me

12. (0) = não perdi o interesse nas outras pessoas (1) = interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas (2) = perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas (3) = perdi todo o meu interesse nas outras pessoas

13. (0) = tomo as decisões quase tão bem como em qualquer outra época (1) = adio minhas decisões mais do que costumava (2) = tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes (3) = não consigo mais tomar decisões

17. (0) = não fico mais cansado(a) do que de hábito (1) = fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava (2) = sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa (3) = estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa

18. (0) = o meu apetite não está pior do que de hábito (1) = meu apetite não é tão bom como costumava ser (2) = meu apetite está muito pior agora (3) = não tenho mais nenhum apetite

19. (0) = não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente (1) = perdi mais de 2,5 kg estou deliberadamente (2) = perdi mais de 5,0 kg tentando perder peso, (3) = perdi mais de 7,0 kg comendo menos: () sim () não

20. (0) = não me preocupo mais do que de hábito com minha saúde (1) = preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisões de ventre (2) = estou preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso (3) = estou tão preocupado(a) em ter problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa

21. (0) = não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual (1) = estou menos interessado(a) por sexo do que acostumava (2) = estou bem menos interessado(a) por sexo atualmente (3) = perdi completamente o interesse por sexo

Escore: () () Ausência de depressão ou mínimo - 0 a 11 pontos
 () Depressão leve, moderada - 12 a 19 pontos
 () Depressão moderada a grave - 20 a 35 pontos
 () Depressão grave - 36 a 63 pontos

VI. MEDICAMENTOS

Gostaria de tomar nota dos remédios que o(a) sr(a) está tomando ou usando atualmente. Peça a receita médica (se houver). Se não, pergunte sobre cada medicamento mostrado ou referido da mesma forma. (lembrar de tudo que pode ser medicamento, porém só serão incluídos os alopáticos)

1. O(a) Sr(a) poderia me mostrar os remédios que atualmente está usando ou tomando? (Solicitar receita e medicamentos)

1. () Sim
2. () Não 3. () Entrevistado não toma medicamentos (Ir para Q. 3)

**2. O(a) Sr(a) poderia me dizer o nome dos remédios que está usando ou tomando?
(Anotar todos os remédios mostrados ou referidos)**

1. MEDICAMENTO	RESPONSABILIDADE	TEMPO	COMO TOMA	MODO DE OBTENÇÃO
----- ----- ----- ----- (Nome comercial, princípio ativo, apresentação e concentração)	Quem receitou/indicou? Médico.....(1) Dentista.....(2) Farmacêutico.....(3) Enfermeiro(a).....(4) Balconista da farmácia.....(5) O(a) Sr.(a) mesmo....(6) Outro.....(7) (especificar) (8) NS (9) NR	Há quanto tempo usa, de maneira contínua? Dias [_/ _] Semana [_/ _] Meses [_/ _] Anos [_/ _] Não toma de maneira contínua...(10) (8) NS (9) NR	Como toma? Nº vezes/dia-.....-.....-..... Há a necessidade de dividir? (1)Sim (2)Não Toma conforme foi prescrito na receita? (1)Sim (2)Não Se NÃO, toma: () a mais () a menos É de venda livre? (entrevistador observe na caixa) (1)Sim (2)Não (8) NS	Como obteve esse medicamento? Sistema público (SUS).....(1) Assistência ao servidor público (Municipal, Estadual, Federal/Militar)... (2) Plano de Saúde(3) Do próprio bolso.....(4) Outro.....(5) (especificar) (8) NS (9) NR
Tem receita? (1) Sim (2) Não				
Porque usou? (1) Diabetes (2) Pressão alta (3) Insuficiência cardíaca (4) Infarto/angina (5) AVC (6) Dores de coluna (7) Doença articular () Outro:	Houve orientação sobre o medicamento e como usar? (1) Sim (2) Não Foi de receita antiga? (Se for de uso contínuo a validade é de 4 meses) (1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR	----- (mês/ano) Data de validade (1) Ilegível (2) Não tem embalagem		

3. Além dos medicamentos citados, o(a) Sr(a) costuma tomar algum outro como, por exemplo, laxantes, medicamentos para gripe, aspirinas, medicamentos para dormir, etc.?

1 () Sim (VOLTE P/ Q.2) 2 () Não 8 () NS 9 () NR

4. Durante a última semana, o(a) Sr(a) fez uso de algum desses medicamentos? (GRIFE O NOME DA MEDICAÇÃO)

1 () Sim (VOLTE P/ Q.2 E ANOTE/GRIFE O NOME) 2 () Não
8 () NS 9 () NR

5.a O senhor tem problemas ou dificuldades para obter esses remédios?

1 () Sim 2 () Não (Vá para Q. 6)
8 () NS 9 () NR

5.b Em geral, quais são os problemas ou as dificuldades mais importantes que o(a) Sr.(a) tem para obter os remédios que toma regularmente?

	SIM	NÃO
1. Problema financeiro	()	()
2. Dificuldade para encontrar o remédio na farmácia	()	()
3. Dificuldade em obter a receita de remédios controlados	()	()
4. Dificuldade para atendimento médico	()	()
5. Outro problema ou dificuldade (especifique)		
6. Não tenho problemas em obter os remédios		

8. () NS

9. () NR

6. De uma forma geral, onde o(a) Sr(a) costuma guardar os seus remédios?

1 () No armário/gaveta

2 () No forno

3 () Na geladeira

4 () Fica exposto

5 () Outro (especificar): _____

8 () NS

9 () NR

7. De modo geral, como o(a) Sr(a) identifica seus remédios?

1 () Pela cor

2 () Pelo tamanho

3 () Pela forma

4. () Pelo nome

5 () Pela embalagem

7 () Não identifica

6 () Outro(especificar): _____

8 () NS

9 () NR

8. (SE RESP ANTERIOR FOR 7, 8 ou 9) Como o(a) Sr(a) disse que não identifica ou não sabe identificar seus medicamentos, diga-me como faz para tomá-los corretamente:

1 () Alguém fornece

2 () Alguém deixa separado diariamente

3 () Alguém deixa separado semanalmente

4 () Outro(especificar)

8 () NS

9 () NR

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conforme Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde

Este é um convite para que o Senhor (a) participe da Pesquisa DETERMINANTE DA AUTOMEDICAÇÃO EM IDOSOS, que faz parte de estudo já realizado anteriormente sobre CONDIÇÕES DE SAÚDE E ESTÍLO DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE AIQUARA-BA, por professor e alunos do Mestrado Acadêmico em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, bem como pesquisadores colaboradores de outras instituições.

O objetivo da pesquisa é analisar os fatores que podem determinar a prática da automedicação nas pessoas idosas. Para isso, iremos solicitar sua colaboração com informações sobre as medicações e receitas atualmente utilizadas pelo senhor (a).

Para retirar qualquer dúvida e em qualquer momento, você poderá perguntar aos pesquisadores responsáveis, Alessandra Santos Sales e Cezar Augusto Casotti, no endereço Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde/Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Av. José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho, Jequié-BA-Brasil, telefone (73) 3528-9738.

Este material será posteriormente analisado e terão os resultados divulgados, porém será garantido o sigilo absoluto sobre as questões respondidas, e mantido em segredo o seu nome. Para essa pesquisa está sendo convidadas as pessoas com 60 anos ou mais de todo o município.

Caso você sinta algum desconforto nas respostas do questionário, o pesquisador oferecerá um suporte com esclarecimento de dúvidas e devidas orientações. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento.

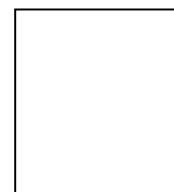
Uma via desse Termo ficará com você e a outra devolverá assinada. Qualquer dúvida a respeito da ética dessa pesquisa poderá ser obtida ainda junto ao Comitê de Ética em Pesquisa na UESB no mesmo endereço fornecido acima, ou pelo telefone (73) 3528-9721.

ALESSANDRA SANTOS SALES
(Pesquisador Responsável/UESB)

CEZAR AUGUSTO CASOTTI
(Pesquisador Responsável/UESB)

Sendo assim, eu _____
aceito livremente participar do estudo “Determinantes da Automedicação em Idosos”, que é parte do Projeto Condições de Saúde e Estilo de Vida de Idosos Residentes no Município de Aiquara, Bahia.

Assinatura do participante: _____



Polegar direito

ANEXO A: Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Saúde e Estilo de Vida de Idosos.

Pesquisador: Paulo da Fonseca Valença Neto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10786212.3.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 171.464

Data da Relatoria: 17/12/2012

Apresentação do Projeto:

Resumo

O envelhecimento é um processo natural que ocorre na evolução humana, caracterizando-se por uma série de mudanças ajustadas geneticamente para cada indivíduo que se traduz na diminuição da capacidade funcional e qualidade de vida, além do aumento da vulnerabilidade. Devido ao crescimento deste grupo etário da população, muitos estudos têm surgido relacionados ao tema, porém poucos foram direcionados para o entendimento de populações idosas com baixo nível socioeconômico e que residem em cidades de pequeno porte. O objetivo deste estudo é avaliar as condições de saúde e estilo de vida de idosos residentes na zona urbana do município de Aiquara, Bahia. Trata-se de um estudo de corte transversal, de base populacional. A população do estudo será constituída por indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos e residentes na área urbana e cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do município de Aiquara-BA. Para a coleta de dados será utilizado instrumento padronizado incluindo questões sobre características sociodemográficas, estilo de vida e condições de saúde. Os dados serão tabulados com o auxílio do programa EPIDATA e analisados por meio dos programas SPSS 9.0 e MedCalc 12.3. Para escolha da análise estatística apropriada serão observadas as seguintes características: natureza dos dados, normalidade e distribuição dos dados, escalas de medidas e linearidade. Em todas as análises será utilizado o nível de significância $p = 5\%$. Os aspectos éticos deste estudo estão pautados na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Este estudo possibilitará o

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



reconhecimento das condições de saúde e estilo de vida da população em questão. A delimitação da população se dará através das seguintes normativas: Indivíduos com 60 anos ou mais; ambos os sexos; não institucionalizados; cadastrados na ESF do município; residentes na zona urbana.

Como critério de exclusão, possuir baixo déficit cognitivo, o qual será avaliado através do Mini Exame do Estado Mental (MMSE). Serão utilizados 351 sujeitos como amostra da população sob investigação.

Objetivo da Pesquisa:

Primário:

Avaliar as condições de saúde e estilo de vida de idosos residentes na zona urbana do município de Aiquara, Bahia.

Secundários:

-Descrever as características sociodemográficas dos idosos do município de Aiquara-BA;

Estimar as condições de saúde (níveis glicêmicos; colesterol; morbidades; função física) dos idosos residentes na referida cidade;

-Verificar o estilo de vida (uso do álcool; uso do tabaco; atividade física; estado nutricional, saúde mental) dos idosos da referida cidade;

- Analisar os fatores associados às condições de saúde e estilo de vida dos idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores informam os desconfortos possíveis, inerentes à pesquisa com seres humanos, inclusive da coleta de sangue, conforme orienta a Res. 196/96. Além disso, esclarece como serão divididas as etapas de coleta dos dados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O autor do projeto propõe um estudo do processo de envelhecimento humano, suas características, peculiaridades e seus reflexos na qualidade de vida dos idosos e no quadro socioeconômico de população de uma zona urbana do interior da Bahia. Conforme os autores: "Tem-se então que o aumento do contingente de idosos atrelado ao processo natural

de envelhecimento pode repercutir num expressivo impacto na saúde pública, ocasionado pelo aumento da demanda de serviços de atenção à saúde dessa população, além disso, pode representar um grave problema para a sociedade, caso esse acréscimo da expectativa de vida não seja vivido em condições de saúde ideais". "A ampliação significativa da longevidade aponta para a necessidade de se compreender a senilidade e suas conseqüências (JUNQUEIRA, 1998). Não basta apenas adicionar anos a vida, faz-se necessário o envelhecimento de maneira saudável." "Ao viver

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



longo, de dimensão cronológica, adicionam-se valores de dimensões moral, psicológica, filosófica, assentadas no espaço sócio-econômico - Qualidade de vida. Na metodologia o autor informa que o estudo é caracterizado como "epidemiológico, transversal, censitário, de base domiciliar e visa investigar as condições de saúde e estilo de vida de idosos residentes na zona urbana do município de Aiquara-BA." O autor demonstrou, na elaboração do projeto, cuidado com os aspectos metodológicos, observando criteriosamente os pressupostos estatísticos, a natureza dos dados, o instrumento de coleta de dados e os procedimentos para tratamento dos dados e a finalização inferencial. A execução e consecução do trabalho está prevista para aproximadamente um ano.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários à apreciação do projeto foram apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos de parecer favorável à aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto considerado aprovado pelo CEP/UESB.

JEQUIE, 13 de Dezembro de 2012

Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3525-6683

Fax: (73)3528-9727

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

