



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

THALYTA RENATA ARAÚJO SANTOS

**Análise do padrão do uso de medicamentos em idosos
no município de Goiânia, Goiás**

**Goiânia
2012**

THALYTA RENATA ARAÚJO SANTOS

**Análise do padrão do uso de medicamentos em
idosos no município de Goiânia, Goiás**

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade
Federal de Goiás para obtenção do
Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rita Goreti Amaral

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Dione Marçal Lima

**Goiânia
2012**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
GPT/BC/UFG**

S237a Santos, Thalyta Renata Araújo Santos.
Análise do padrão do uso de medicamentos em idosos no município de Goiânia, Goiás [manuscrito] / Thalyta Renata Araújo Santos. - 2012.
xv, 81f. : il., figs, tabs.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rita Goreti Amaral; Co-orientadora: Prof^a. Dr^a Dione Marçal Lima.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2012.
Bibliografia.
Inclui lista de figuras, abreviaturas, siglas e tabelas.
Apêndices.

1. Medicamento – Uso. 2. Idoso – Goiânia (GO). I.
Título.

CDU: 615.015.3-053.9

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Goiás**

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluno(a): Thalyta Renata Araújo Santos

Orientador(a): Prof^a Dr^a Rita Goreti Amaral

Co-Orientador(a): Prof^a Dr^a Dione Marçal Lima

Membros:

1. Prof^a Dr^a Rita Goreti Amaral

2. Prof^a Dr^a Clévia Ferreira Duarte Garrote

3. Prof^a Dr^a Lílian Varanda Pereira

SUPLENTE

4. Prof^a Dr^a Mércia Pandolfo Provin

5. Prof^a Dr^a Adélia Yaeko Kyosen Nakatani

Data: 30/03/2012

Dedico este trabalho...

Aos meus pais, Adhemar e Ivonete, por sempre acreditarem nos meus sonhos e nunca medirem esforços para me ajudar.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre ao meu lado.

À minha orientadora, professora Rita, que com paciência e dedicação me ensinou a fazer tudo com amor, e por sempre confiar no meu potencial.

À professora Dione, pela colaboração em todas as etapas do trabalho.

Às professoras Adélia e Lílian pela competência e profissionalismo à frente da Rede de Vigilância à Saúde do Idoso de Goiânia, Goiás.

A todos os pesquisadores da Rede de Vigilância a Saúde do Idoso que por diferentes formas tornaram possível a realização desse trabalho.

Ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde que me possibilitou a realização do mestrado.

Ao meu esposo, por todo companheirismo e amor.

À minha família e amigos, meu muito obrigado pelas orações, suporte e compreensão ao longo desse desafio.

Aos idosos que permitiram que o conhecimento pudesse ser expandido.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Envelhecimento da população	13
1.2 A prevalência de doenças crônicas e o uso de medicamentos.....	14
1.3 Polifarmácia	15
1.4 Medicamentos impróprios para idosos	17
1.5 Automedicação	18
2. OBJETIVOS	20
3. MÉTODOS	21
3.1 Desenho do estudo	21
3.2 Seleção dos sujeitos.....	21
3.3 Amostra e amostragem	22
3.4 Procedimentos para seleção da amostra	22
3.5 Estudo Piloto	23
3.6 Coleta de dados e operacionalização da pesquisa	23
3.7 Variáveis do estudo	24
3.8 Análise de dados	27
4. PUBLICAÇÃO	28
Artigo- O uso de medicamentos por idosos goianienses	29
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
5.1 Conclusões do estudo	51
5.2 Recomendações	51
5.3 Limitações do estudo	53
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICES	58
Apêndice 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	58
Apêndice 2- Questionário Completo	62
ANEXOS	75
Anexo 1- Parecer do Comitê de Ética da UFG	75
Anexo 2- Normas de Publicação- Revista de Saúde Pública	76

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

GO - Goiás

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS- Organização Mundial da Saúde

WHO- World Health Organization

REVISI - Rede de Vigilância a Saúde do Idoso

FAPEG- Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de Goiás

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SC- Setores Censitários

COMDATA- Companhia de Processamento de Dados do Município de Goiânia

ATC- Anatomical Therapeutic and Chemical Classification

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

RESUMO

Introdução: A maior convivência com doenças crônicas faz dos idosos grandes usuários de serviços de saúde e possivelmente o grupo mais medicalizado da sociedade. Nesse contexto surgem sérios problemas, como o uso de vários medicamentos concomitantemente (polifarmácia) que pode levar a sérias consequências à saúde do idoso. Pode ser citada também a prática da automedicação, que pode acentuar os riscos relacionados aos medicamentos prescritos, retardar um diagnóstico e mascarar uma doença. Além disso, têm-se o uso de medicamentos considerados impróprios para o idoso, seja por redução da eficácia terapêutica ou por um risco aumentado de efeitos adversos que superam seus benefícios. **Objetivo:** Analisar o padrão do uso de medicamentos em idosos no município de Goiânia, Goiás e associá-lo com aspectos socioeconômicos e com a autopercepção de saúde. **Métodos:** Estudo de base populacional e delineamento transversal, que avaliou o uso de medicamentos em idosos no município de Goiânia-GO. Foram coletados dados de 934 idosos no período entre dezembro/2009 e abril/2010. No questionário aplicado havia questões sobre medicamentos, além de informações sobre autopercepção de saúde e o perfil socioeconômico. Os medicamentos usados pelos idosos foram classificados segundo o *Anatomical Therapeutic and Chemical Classification-ATC*. Os medicamentos impróprios para idosos foram identificados segundo Critério de Beers-Fick. Utilizou-se Teste de Mann Whitney (U) e Qui-quadrado, considerando significativo $p < 0,05$. **Resultados:** Dos 934 idosos participantes do inquérito, 783 (83,8%) responderam completamente ao questionário. Esses 783 idosos usavam 2.846 medicamentos (3,63 medicamentos/idoso). As mulheres usavam mais medicamentos que os homens (3,94 e 3,06 respectivamente, $p < 0,001$). Os medicamentos mais usados atuam no aparelho cardiovascular

(38,6%). A prevalência de polifarmácia foi de 26,4% e 35,7% dos idosos relatou praticar automedicação. Os medicamentos mais usados por automedicação foram os analgésicos (30,8%). Segundo os critérios de Beers-Fick, 24,6% dos idosos usava pelo menos um medicamento considerado impróprio, 90,2% desses medicamentos era proveniente de uma receita médica atual. Os medicamentos impróprios mais usados foram os benzodiazepínicos (34,2%). Mulheres, viúvos, idosos com 80 anos ou mais e os que apresentaram pior autopercepção de saúde praticavam mais a polifarmácia ($p < 0,05$). Idosos com menor escolaridade e com pior autopercepção de saúde praticavam mais a automedicação ($p < 0,05$). **Conclusões:** Os resultados desse estudo mostraram que o padrão do uso de medicamentos por idosos goianienses foi semelhante ao encontrado em idosos de outras regiões do Brasil. Visto que o número de medicamentos usados, a prevalência das práticas da polifarmácia e automedicação e o uso de medicamentos impróprios estiveram dentro da média nacional. Mulheres, viúvos, idosos com 80 anos ou mais e aqueles que consideram sua saúde como ruim praticavam com maior frequência a polifarmácia; a maior prática da automedicação esteve associada com uma menor escolaridade e uma pior autopercepção de saúde.

ABSTRACT

Introduction: The fact of elderly people live in a greater amount with chronic diseases, make the elderly a great consumer of health services and, probably, the most medicated group in the society. In this context serious problems arise, such as the use of multiple medications simultaneously (polypharmacy) that can lead to serious consequences to the elderly health. Another problem is the self-medication, which may exacerbate the associated risks with prescript drugs, delaying a diagnosis and masking a disease. There is, still, the use of drugs considered inappropriate for elderly, either by reducing the therapeutic efficacy or an increased risk of adverse effects that increase the advantages in elderly usage. **Objective:** Analyzing the pattern of use of medications in aged people in the city of Goiânia-GO, and associate it with socioeconomic aspects and with the self-rated health. **Methods:** A population-based study and cross-section, that evaluated the health of elderly in the city of Goiânia-GO. The data collection was carried out in December/2009 to April/2010 from 934 elderly. The questionnaire had questions about medications, in addition to information about self-rated health and socioeconomic profile. The drugs groups were classified according to the Anatomical Therapeutic Chemical and Classification-ATC. The inappropriate drugs for elderly were identified according to Beers Criteria. Used Mann Whitney (U) and Chi-square test, it was considered significant $p < 0.05$. **Results:** Among 934 elderly participants of the survey, 783 (83.8%) had answered completely to the questionnaire. These 738 elderly used 2846 drugs (3.63 drugs/elderly). Women consumed more medication than men (3.94 and 3.06 respectively, $p < 0.001$). The most frequently consumed drugs act on the cardiovascular system (38.6%). The prevalence of polypharmacy was 26.4% and 35.7% of the elderly told to practise self-medication. The drugs most commonly used by self-medication were the painkillers (30.8%). According to Beers-Fick Criteria, 24.6% of the elderly used inappropriate drugs, 90.2% of

these drugs came from a current prescription. The inappropriate drugs more consumed were benzodiazepines (34.2%). Women, widows, elderly with 80 years or more and those who had a worse self-rated health practiced more polypharmacy ($p < 0.05$). Elderly people with lower education and with worse self-rated health practiced more self-medication ($p < 0.05$). **Conclusions:** The results of this study showed that the pattern of drug use by elderly of Goiânia was similar to that found in elderly people from other regions of Brazil. Since the number of drugs used, the prevalence of polypharmacy and self-medication practices and the use of inappropriate drugs were within the national average. Women, widows, aged 80 years or more and those who consider their health as poor more often practiced polypharmacy, the largest self-medication was associated with a lower education and poorer self-rated health.

1 INTRODUÇÃO

1.1. Envelhecimento da população

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial e configura um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea (CARVALHO & GARCIA, 2003). Em 1950 havia cerca de 204 milhões de idosos no mundo, em 1998 esse número passou para 579 milhões e projeta-se que em 2050 chegue a 1,9 bilhões (FURTADO, 2005).

No Brasil as modificações ocorrem de forma radical e bastante acelerada. A partir de 1960, com o declínio da fecundidade e da mortalidade infantil e com o aumento da expectativa de vida a população idosa brasileira vem crescendo rapidamente. Esse processo de envelhecimento da população tem gerado profundas mudanças em sua dinâmica demográfica (VERAS, 2009).

O Censo Populacional de 2007 (IBGE, 2007) revelou que no Brasil os idosos representavam 8,6% da população total, e chegaram a 12% segundo o Censo de 2010 (IBGE, 2010), sendo o grupo populacional que teve maior crescimento. Portanto, segundo critério da Organização Mundial da Saúde (OMS), não se pode considerar o Brasil como um país de jovens, pois sua população com mais de 60 anos já ultrapassou 7% da população total. No Estado de Goiás os idosos já representam 9,3% da população total e em Goiânia há mais de 70 mil idosos de uma população de 1.302.001 habitantes, correspondendo a 9,6% da população (IBGE, 2010).

Projeta-se que em 2020 a população idosa brasileira corresponderá a 15% da população. Projeta-se ainda que no período de 1975 a 2025 o país viverá a era do envelhecimento, o número de idosos crescerá 16 vezes, e o

Brasil será colocado como o sexto país com maior população de idosos do mundo (CARVALHO & GARCIA, 2003).

Esse quadro demandará melhorias no modelo de atenção à saúde prestado no país, sobretudo no tocante às eficiências da assistência farmacêutica prestada à população idosa (VERAS, 2009). Assim, no Pacto pela Vida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa se tornou uma das prioridades (BRASIL, 2006). Em Goiânia foi criada a Rede de Vigilância a Saúde do Idoso (REVISI) para atender a uma das propostas desta Política.

A consolidação da REVISI veio em resposta ao Edital de financiamento nº01/2007 da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de Goiás. Essa rede tem como objetivos responder aos desafios da implementação da Política da Pessoa Idosa no Estado de Goiás; produzir conhecimentos que aprimorem e consolidem a atenção à saúde da pessoa idosa. Conta com a parceria dos docentes da Universidade Federal de Goiás, com a Secretaria Municipal e Estadual em todos os níveis de atenção.

1.2. A prevalência de doenças crônicas e o uso de medicamentos

O processo de transição demográfica da população brasileira tem acarretado em um processo de transição epidemiológica. Esse processo caracteriza-se pela diminuição da mortalidade por doenças transmissíveis e por causas externas, e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis. E tem como consequência o deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens para os mais idosos (VERAS, 2009).

Alguns autores buscaram caracterizar a população idosa com enfoque nos aspectos de morbi-mortalidade, e encontraram um perfil de alta prevalência de doenças crônico-degenerativas, tais como: acidente vascular cerebral, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, demência, coronariopatia, dentre outras (SOUZA, 2010; LIMA-COSTA et al., 2007).

A maior convivência com doenças crônicas faz dos idosos grandes consumidores de serviços de saúde e possivelmente o grupo mais medicalizado

da sociedade. A população idosa contribui com aproximadamente 25% do total das vendas de medicamentos em países desenvolvidos (BORTOLON et al., 2008). O Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento realizado com 2.143 idosos na cidade de São Paulo encontrou que 84,3% deles usava medicamentos (CARVALHO, 2007). Esse padrão elevado no uso de medicamentos entre os idosos que vivem na comunidade tem sido descrito em outros estudos no Brasil (AGUIAR et al., 2008; MARIN et al., 2008; RIBEIRO et al., 2008). A proporção de idosos que não usa qualquer medicamento é de apenas 4% a 10% (ROZENFELD, 2003).

Esse alto consumo de medicamentos por idosos tende a crescer e tem como agravante o fato que para a grande parte dos idosos o uso dos medicamentos não representa a cura das doenças, mas uma tentativa de controlar ou amenizar alguma enfermidade. Assim sendo, não significa uma redução futura no uso de medicamentos (O'NEILL et al., 2003).

Entretanto, os medicamentos que ajudam a prolongar a vida controlando as doenças, podem comprometer a qualidade de vida dos idosos e até piorar sua situação de saúde quando utilizados de forma incorreta. Algumas propostas terapêuticas com a indicação de vários medicamentos concomitantemente são inapropriadas, e podem gerar sérias consequências para os idosos e até serem fatais (MEDEIROS-SOUZA et al., 2007).

1.3. Polifarmácia

O incremento das prescrições nessa faixa etária, seja pela presença de múltiplas doenças, seja pelo despreparo do prescrito em propor um esquema terapêutico racional, pode levar a um sério problema para o paciente idoso: a prática da polifarmácia (SECOLI, 2010). Quantitativamente a polifarmácia tem sido classificada como o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos (LINJAKUMPU et al., 2002).

A etiologia da polifarmácia é multifatorial. Todavia, as doenças crônicas e as manifestações clínicas decorrentes do envelhecimento, apresentam-se como

os principais elementos. No entanto, outros fatores são relevantes, como: o tratamento medicamentoso de um efeito colateral a outro medicamento; a consulta com várias especialidades médicas sem que ocorra conciliação das prescrições; dificuldade do idoso de lembrar os nomes dos medicamentos que está usando durante uma consulta e a automedicação (CARVALHO et al., 2007).

A polifarmácia no idoso deve ser adequadamente supervisionada, visto que aumenta a não adesão ao tratamento, a probabilidade de reações adversas e interações medicamentosas e o custo com a medicação e hospitalização (KAIRUZ et al., 2008). Esta prática está presente em aproximadamente um terço dos idosos residentes na comunidade (LOYOLA FILHO et al., 2008).

O estudo feito por Rollason & Vogt (2003) mostrou uma alta taxa de hospitalizações dos pacientes por não adesão aos medicamentos, reações adversas e interações medicamentosas devido à prática da polifarmácia. Um estudo da OMS (WHO, 2002) mostrou que 18% da população apresentou prevalência de reações adversas quando usavam até seis medicamentos e 80% quando acima de seis medicamentos. Das classes terapêuticas mais envolvidas na interação medicamentosa encontram-se os medicamentos cardiovasculares, anti-histamínicos, antidepressivos e antiinflamatórios (PARIKH, 2007).

A vulnerabilidade dos idosos aos eventos adversos relacionados a medicamentos é bastante alta, o que se deve à complexidade dos problemas clínicos, à necessidade de múltiplos agentes, e às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao envelhecimento (MCLEAN & LE COUTER, 2004). Sendo assim, é necessário um diagnóstico correto dos problemas clínicos apresentados pelos idosos, e cuidando para que estes problemas não sejam confundidos com alterações próprias do envelhecimento (senescência), o que levará as pessoas idosas ao uso adequado das medicações sem excessos (SECOLI, 2010).

Além disso, deve-se atentar para o fato de que o organismo idoso apresenta mudanças em suas funções fisiológicas que não devem ser

desconsideradas, pois podem levar a uma farmacocinética diferenciada e maior sensibilidade tanto aos efeitos terapêuticos quanto adversos dos fármacos (NÓBREGA & KARNIKOWSKI, 2005).

1.4. Medicamentos impróprios para idosos

As alterações que ocorrem na absorção, distribuição, metabolismo e excreção dos fármacos nos indivíduos idosos requerem atenção dos profissionais de saúde. Sendo assim, a administração de qualquer medicamento no idoso exige a avaliação de sua farmacocinética, pois uma dose de um medicamento pode produzir resposta diferente, e por vezes inesperada, daquela observada em um jovem do mesmo gênero e peso (COSTA & PEDROSO, 2011).

Essas alterações farmacocinéticas associam-se a várias mudanças que ocorrem no organismo do idoso, como: a redução da eliminação renal, prolongando a meia-vida plasmática dos fármacos, levando ao aumento do risco de efeitos ou eventos adversos; a diminuição do fluxo sanguíneo e do processo de bio-transformação hepática, com conseqüente redução do metabolismo de primeira passagem dos fármacos; a redução no teor de água no organismo com conseqüente diminuição no volume de distribuição e aumento na biodisponibilidade de fármacos hidrossolúveis; e as alterações na sensibilidade de receptores e modificações da resposta dos sistemas fisiológicos comprometidos por outras doenças (KATZUNG, 2002; BEERS et al., 1991).

Os idosos são, por isto, mais sensíveis a alguns e menos a outros fármacos, e apresentam três vezes mais probabilidade de apresentar reação adversa a medicamentos que os jovens (WRIGHT et al., 2006). As reações adversas a medicamentos estão presentes em 3% das internações hospitalares, sendo que em 77% delas observa-se alguma associação com as propriedades farmacológicas dos fármacos usados, sendo potencialmente evitáveis (COSTA & PEDROSO, 2011).

Neste contexto, alguns medicamentos são considerados impróprios para serem usados por idosos, seja por redução de eficácia terapêutica ou por apresentar um risco aumentado de efeitos adversos que supera seus benefícios. Também estão associados ao aumento de morbidades, mortalidade e gastos de recursos em saúde (FICK et al., 2008). Para auxiliar o clínico na hora da prescrição de medicamentos para idosos foram criados alguns critérios, que consistem em listas de fármacos potencialmente impróprios para uso em idosos, sendo o mais conhecido e utilizado o critério de Beers-Fick (GALLAGHER, 2007).

Beers et al. (1991) estabeleceram critérios, baseados em trabalhos publicados sobre medicamentos e farmacologia do envelhecimento, para definir lista de fármacos potencialmente impróprios para idosos. A lista foi atualizada em 2003 por Fick et al. (2003) e tem sido mundialmente utilizada em contextos clínicos para avaliação da qualidade de prescrição. Muitas vezes é utilizada como diretriz de prescrição, servindo como uma lista de referência com fármacos a serem evitadas em idosos, independentemente do diagnóstico ou da condição clínica, devido aos altos índices de efeitos colaterais e com opções de outros fármacos mais seguros (FICK et al., 2008).

Além da prescrição de medicamentos impróprios para idosos, outro problema que pode colocar em risco a saúde da população idosa é a prática da automedicação. Essa prática que tem se tornado cada vez mais frequente entre as populações pode acentuar os riscos relacionados aos medicamentos prescritos, retardar um diagnóstico e ainda mascarar uma doença (SÁ et al., 2007).

1.5. Automedicação

A automedicação é um procedimento caracterizado pela iniciativa de um paciente, ou de seu responsável, em obter e utilizar um produto que ele acredita trazer benefícios no tratamento de suas doenças ou no alívio de seus sintomas (LOYOLA FILHO & UCHOA, 2002). Pode ser praticada através da compra de

medicamentos sem prescrição, compartilhamento de medicamentos com membros da família e amigos, uso de sobras de prescrições e reutilização de antigas receitas (BORTOLON et al., 2008).

Entretanto, a automedicação é extremamente perigosa e inaceitável segundo a OMS (OMS, 2005). O uso do medicamento de forma incorreta pode gerar reações adversas, reação alérgica, reação com outro medicamento que está se fazendo uso, pode chegar a um nível de intoxicação medicamentosa com consequente internação hospitalar e pode chegar até mesmo à morte (SÁ et al., 2007).

O crescimento dessa prática tem atingido todas as populações, independente dos contextos socioeconômicos e culturais (LOYOLA FILHO & UCHOA, 2002). É um problema que tem gerado novas despesas devido ao atendimento a intoxicações relacionadas ao uso inadequado de fármacos, e tem sido colocada como um problema de saúde pública (CHUI & LI, 2005).

Em se tratando de indivíduos idosos essa prática se torna ainda mais perigosa. No entanto, observa-se um número muito alto de idosos que praticam o ato de automedicar-se (SÁ et al., 2007). Estudos mostram que o grande número de produtos farmacêuticos lançados no mercado e a publicidade que os cerca; a dificuldade que o idoso encontra no acesso a serviços de saúde; a simbolização da saúde que o medicamento pode representar e o incentivo ao auto cuidado têm favorecido o incremento nas taxas de automedicação pelos idosos (BORTOLON et al., 2008; SÁ et al., 2007; SOUZA et al., 2007).

Neste sentido, tornam-se necessários estudos que abordem o uso de medicamentos pela população idosa de Goiânia e alguns fatores relacionados, visto que não há estudos abordando essa temática em Goiânia, Goiás. Com isso é possível fornecer subsídios para o planejamento de ações de educação em saúde e principalmente para planejar ações que amenizem as complicações decorrentes do uso inadequado de medicamentos.

2 OBJETIVOS

2.1. Geral

Analisar o padrão do uso de medicamentos em idosos no município de Goiânia, Goiás e associá-lo com aspectos socioeconômicos e autopercepção de saúde.

2.2. Específicos

- Determinar a prevalência do uso de medicamentos pelos idosos;
- Conhecer os grupos farmacológicos mais usados pelos idosos;
- Verificar a origem da indicação terapêutica dos medicamentos usados pelos idosos;
- Identificar a prevalência do uso de medicamentos impróprios pelos idosos;
- Verificar se há associação entre as práticas da polifarmácia e da automedicação com as condições socioeconômicas e a autopercepção de saúde;
- Verificar se há associação entre as práticas da polifarmácia e da automedicação.

3 MÉTODOS

3.1. Desenho do estudo

Trata-se de estudo descritivo transversal, de base populacional, que avaliou o uso de medicamentos entre idosos no município de Goiânia-GO.

Esse estudo é um recorte de um inquérito epidemiológico realizado pela Rede de Vigilância a Saúde do Idoso (REVISI). A pesquisa foi intitulada: “Situação de saúde da população idosa do município de Goiânia, Goiás”. Este inquérito foi o primeiro passo na implantação da Rede de Vigilância a Saúde do Idoso em Goiânia. Foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, protocolo nº 050/2009 (ANEXO 1). Contou com o financiamento da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) pelo Edital 001/2007.

3.2. Seleção dos sujeitos

A população alvo constituiu-se de indivíduos com 60 anos ou mais (idade estabelecida para o idoso no Brasil, de acordo com a Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1996), que viviam em seus domicílios e residiam na zona urbana do município de Goiânia-GO.

Considerou-se elegível para o estudo o indivíduo que atendeu aos seguintes critérios: ter 60 anos de idade ou mais e dormir mais de quatro dias por semana na residência da entrevista. Foram excluídos aqueles que não estavam no domicílio no momento da visita do entrevistador.

3.3. Amostra e amostragem

O tamanho da amostra foi calculado a partir do número de idosos no município no ano de 2007 (7% de 1.249.645 habitantes) e considerando uma frequência esperada de 30% para todos os eventos, intervalo de confiança de 95%, nível de significância de 5%, precisão absoluta de 5% e DEFF (efeito do desenho da amostra por conglomerados) de 1,8. Foi acrescentado 11% como possível índice de perda de dados e calculou-se que a amostra seria de 934 idosos.

3.4. Procedimentos para seleção da amostra

O processo amostral foi realizado por conglomerados, tendo como unidades amostrais primárias os setores censitários (SC) definidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no censo de 2000. Foi utilizado o Mapa Urbano Básico Digital de Goiânia fornecido pela COMDATA, que é instituição municipal responsável pela construção da malha digital da cidade. Esse mapa digital urbano foi utilizado na digitalização dos 1.068 SC. Desse total 912 SC eram estritamente urbanos e foram utilizados para a localização dos idosos. Para a delimitação dos SC foram utilizados mapas de campos e memorial descritivo (IBGE, 1996).

A zona urbana de Goiânia é composta por 912 SC. A média de idosos nos SC foi de aproximadamente 17 indivíduos, esse número foi identificado através do estudo piloto. Utilizou-se a média de idosos em cada SC para identificar o número de setores a serem visitados. O cálculo utilizado foi: o número da amostra (934) dividido pela média de idosos estimada em cada SC (17), que resultou em 56 SC. Estes SC foram sorteados através de tabela de números aleatórios criada em sistema eletrônico de randomização.

Para cada SC sorteado ainda foram realizados sorteios para definir os quateirões e as esquinas em que a coleta de dados deveria iniciar. A partir da esquina sorteada a primeira residência foi visitada, excluindo todo imóvel que não fosse residencial. Quando não havia idoso na residência visitada, o entrevistador deslocava-se para o próximo domicílio até identificar um idoso,

reiniciando-se em seguida a busca sistemática. Os dados foram coletados de idosos que estavam presentes no domicílio no momento da visita do entrevistador e que eram elegíveis para o estudo. Ao visitar duas casas consecutivas com idosos residentes, a segunda casa não foi incluída na amostra. Prosseguiu-se assim até completar o total estimado de idosos em cada SC para completar a amostra.

3.5. Estudo Piloto

Antes da coleta dos dados foi realizada a aplicação do questionário na modalidade piloto. Este foi realizado com 50 idosos de setores censitários não sorteados para a coleta dos dados. Após o estudo piloto o questionário foi revisado e procederam-se alterações em questões que demonstraram ser ineficientes para responder aos objetivos propostos.

3.6. Coleta de dados e operacionalização da pesquisa

Foram utilizados dados coletados durante o período de dezembro/2009 a abril/2010 por entrevistadores devidamente treinados.

Após o entrevistador ter identificado o domicílio, o idoso elegível para o estudo era convidado a participar da pesquisa, e em caso de aceite era lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). Após sua assinatura, nas duas vias do termo, era aplicado o questionário.

O questionário completo era composto por 12 seções: perfil social; dados sobre o cuidador; saúde geral do idoso e antecedentes familiares, com verificação da pressão arterial e registro do peso e altura referidos; hábitos de vida; avaliação da dor; sintomas respiratórios; avaliação funcional; qualidade de vida; fragilidade; quedas; acesso a serviços de saúde e Mini Exame do Estado Mental (Apêndice 2). Após serem devidamente preenchidos, os questionários foram entregues à secretaria central para o controle de qualidade dos dados. Este controle foi realizado por pesquisadores e técnicos treinados que supervisionaram todos os questionários aplicados logo após a entrevista. Quando alguma incongruência era identificada, o entrevistador era instado a

retornar ao domicílio do idoso quando necessário ou a corrigir os registros antes de seu envio para o banco de dados eletrônico.

3.7. Variáveis do estudo

Para determinar a prevalência de uso de medicamentos pelos idosos e verificar a origem da indicação terapêutica foram utilizadas as seguintes perguntas: “Quais os medicamentos que o (a) senhor (a) consome regularmente?” e “Quem indicou esse medicamento foi o médico, vizinho, balconista da farmácia, você mesmo, algum familiar ou é de uma receita médica antiga?” (Seção do questionário: Acesso a serviços de saúde, questão nº128).

Era pedido ao idoso que mostrasse os medicamentos usados e as respectivas receitas, e o pesquisador copiava os nomes dos medicamentos diretamente dos rótulos. Foi considerada receita antiga aquelas com data superior a três meses.

Para verificar se havia associação da polifarmácia e da automedicação com as condições socioeconômicas e com a autopercepção de saúde e entre as práticas da polifarmácia e da automedicação foram utilizadas as informações contidas no questionário (Apêndice 2). O número de medicamentos foi contabilizado a partir dos usados pelos idosos e definiu-se a prática de polifarmácia como o uso de cinco medicamentos ou mais (LINJAKUMPU et al., 2002). Para avaliar a autopercepção de saúde foi utilizada a seguinte pergunta: “Em geral o (a) senhor (a) diria que sua saúde é ótima, boa, regular ruim ou péssima?” (Seção: Saúde geral e antecedentes familiares, questão nº 28) e sobre o perfil socioeconômico foram utilizadas as perguntas sexo, idade, escolaridade, estado civil, renda familiar e tipo de moradia (Seções do questionário: Identificação e Perfil Social, questões nº 7, 8, 9, 11, 17 e 20).

Para conhecer os grupos farmacológicos mais usados pelos idosos foi identificado o princípio ativo de cada medicamento e estes foram classificados de acordo com o *Anatomical Therapeutic and Chemical Classification-ATC* (WHO, 2000). Essa classificação de medicamentos foi desenvolvida pelo Conselho Nórdico de Medicamentos, recomendada pela Organização Mundial

da Saúde (OMS) e empregada pelo Centro Colaborativo para o Monitoramento Internacional de Medicamentos.

Os medicamentos foram classificados em 14 grandes grupos, considerando o órgão ou sistema sobre o qual o fármaco atua e correspondendo ao grupo anatômico (por exemplo, A- Aparelho digestivo e metabolismo). Cada grupo foi subdividido em subgrupos, o primeiro subgrupo corresponde ao grupo terapêutico (exemplo: A02- Medicamentos para dispepsia). Neste estudo, utilizou-se para classificação dos medicamentos apenas os dois primeiros grupos (anatômico e subgrupo terapêutico). Contudo, essa classificação não engloba os produtos naturais, que foram classificados como fitoterápicos.

Para identificar a prevalência do uso de medicamentos impróprios pelos idosos foi utilizado o Critério de Beers-Fick (FICK et al., 2003). Foi verificado se cada medicamento utilizado pelos idosos estava na lista do Critério de Beers-Fick segundo cada princípio ativo (Quadro 1).

Quadro 1- Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos segundo critério de Beers-Fick (Fick et al., 2003)

GRUPO	MEDICAMENTO	POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS
Antidepressivos tricíclicos	amitriptilina	Efeitos anticolinérgicos e hipotensão ortostática
Antiagregantes plaquetários	dipiridamol	Eventos adversos no SNC e hipotensão ortostática
	ticlopidina	Não apresenta vantagens sobre o ácido acetilsalicílico, além de ser muito mais tóxico
Anti-histamínicos	dexclorfeniramina prometazina	Efeitos anticolinérgicos potentes; sedação prolongada
Anti-hipertensivos	metildopa	Exacerbação de quadros depressivos; bradicardia
	clonidina	Alto risco de hipotensão ortostática, depressão e sedação
	reserpina	
Inibidores seletivos de recaptção da serotonina	fluoxetina	Estimulação do SNC, agitação e distúrbios do sono
Antiarrítmicos	amiodarona	Alterações do intervalo QT, arritmias graves
	disopiramida	Efeito inotrópico negativo e efeitos anticolinérgicos
Antiinflamatórios não-hormonais	fenilbutazona indometacina	Agranulocitose e eventos adversos no SNC
Antiinflamatórios não-hormonais de meia-vida longa ou usados em doses elevadas por tempo prolongado	naproxeno	Risco de sangramento gastrointestinal, insuficiência renal, insuficiência cardíaca e hipertensão arterial
	piroxicam	
	tenoxicam	
Antagonistas dos receptores H2 da histamina	cimetidina	Eventos adversos no SNC, principalmente confusão mental
Antianêmicos	sulfato ferroso em dose >350mg	Aumento significativo da incidência de constipação
Hipoglicemiantes orais	clorpropamida	Hipoglicemia prolongada e síndrome de secreção inapropriada de hormônio antidiurético
Bloqueadores de canais de cálcio	nifedipina de meia vida curta	Hipotensão; constipação
Benzodiazepínicos de meia-vida longa	diazepam	Sedação; possibilidade de quedas e fraturas
	flurazepam	
	bromazepam	
	clonazepam	
Benzodiazepínicos de meia-vida curta, conforme a dose	lorazepam >3mg	Considerando o aumento da sensibilidade aos benzodiazepínicos apresentado por idosos, doses menores são mais seguras e tão efetivas quanto as maiores
	oxazepam >60 mg	
	alprazolam >2mg	
	triazolam >0,25 mg	
Barbitúricos	todos menos o fenobarbital, exceto quando usados para o tratamento de convulsões	Incidência muito maior de eventos adversos em idosos que a maioria dos medicamentos sedativos e/ou hipnóticos
Glicosídeos cardiotônicos	digoxina >0,125mg	Maior risco de toxicidade digitalica
Agentes antiespasmódicos gastrointestinais	hioscina	Efeitos anticolinérgicos; efetividade questionável nas doses toleradas por idosos
	butilscopolamina	
Relaxantes musculares e antiespasmódicos	carisoprodol	Efeitos anticolinérgicos; efetividade questionável nas doses toleradas por idosos
	ciclobenzaprina	
	oxibutinina	
Agentes analgésicos	propoxifeno	Possibilidade de dependência, sedação e confusão mental; toxicidade cardíaca; a potência analgésica é baixa
	pentazocina	Confusão e alucinações
	meperidina	Confusão mental
Antibióticos	nitrofurantoína	Risco elevado de insuficiência renal
Agentes hormonais	metiltestosterona	Hipertrofia prostática e cardiopatias
	estrógenos orais isolados	Evidências de potencial carcinogênico sem comprovação de efeito cardioprotetor em idosas
Diuréticos	ácido etacrínico	Potencial para hipotensão e distúrbios hidroeletrólíticos
Laxativos estimulantes usados por tempo prolongado	dulcolax, cáscara sagrada	Risco de exacerbação de disfunções motoras do intestino
	óleo mineral	Risco de aspiração
Agentes anoréxicos	anfetaminas	Risco de dependência, hipertensão, angina e infarto do miocárdio
Antipsicóticos	tioridazina	Risco importante de eventos adversos extra-piramidais e no SNC
	mesoridazina	

3.8. Análise dos dados

Os dados foram digitados com dupla entrada no programa Excel. Após a digitação foi realizada a limpeza do banco e checagem das inconsistências. As análises estatísticas foram realizadas no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 15.0 for Windows.

As variáveis numéricas foram exploradas pelas medidas descritivas de centralidade (média, mediana) e de dispersão (mínimo, máximo, desvio padrão e coeficiente de variação) e as variáveis categóricas foram exploradas por frequências absolutas e relativas.

Foi utilizado o teste de aderência de Kolmogorov-Smirnov para comprovar distribuição normal ou não normal das variáveis, e assim aplicar testes paramétricos ou não paramétricos. Para as variáveis que não tiveram distribuição normal foi utilizado Teste de Mann Whitney (U) para comparação de dois grupos. O teste de Qui-quadrado (X^2) foi utilizado para investigar associação entre as variáveis categóricas, quando o N foi menor ou igual a cinco foi utilizado o teste exato de Fisher. O nível de significância para todos os testes foi de $p < 0,05$.

4 PUBLICAÇÃO

Artigo – O uso de medicamentos por idosos goianienses

Autores: Thalyta Renata Araújo Santos, Dione Marçal Lima, Adélia Yaeko
Kyosen Nakatani, Lílian Varanda Pereira, Geraldo Sadoyama Leal,
Rita Goreti Amaral

Artigo submetido- Revista de Saúde Pública

Artigo

O uso de medicamentos por idosos goianienses
The medicine use by elderly of Goiânia

Autores:

Thalyta Renata Araújo Santos¹*, Dione Marçal Lima¹, Adélia Yaeko Kyosen Nakatani², Lílian Varanda Pereira², Geraldo Sadoyama Leal³, Rita Goreti Amaral¹

¹Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil.

²Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil.

³Departamento de Ciências Biológicas – Campus Catalão. Universidade Federal de Goiás. Catalão, GO, Brasil.

*Artigo baseado em dissertação de Mestrado, intitulada “Análise do padrão do uso de medicamentos em idosos no município de Goiânia, Goiás”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás, no ano de 2012.

Correspondência:

Thalyta Renata Araújo Santos

Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Goiás. Av. Universitária, esq. com 1ª Avenida, Setor Universitário, CEP: 74605-220, Goiânia/Goiás - Brasil.

E-mail: thalytarenata@hotmail.com Telefone: (62) 9672-7686, (62) 8166-9674

Título Resumido: O uso de medicamentos por idosos goianienses

Financiamento: Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de Goiás pelo Edital 001/2007.

Apresentação prévia: VI Congresso Centro-Oeste de Geriatria e Gerontologia. IV Jornada Goiana de Geriatria e Gerontologia.

RESUMO

Objetivo: Analisar o padrão de uso de medicamentos em idosos no município de Goiânia-GO e associá-lo com aspectos socioeconômicos e com a autopercepção de saúde. **Métodos:** Estudo de base populacional e delineamento transversal. Foram coletados dados, por meio de questionário, de 934 idosos entre dezembro/2009 e abril/2010. Os medicamentos foram classificados segundo o *Anatomical Therapeutic and Chemical Classification*. Os medicamentos impróprios para idosos foram identificados segundo o Critério de Beers-Fick. **Resultados:** Os idosos participantes do estudo usavam 2.846 medicamentos (3,63 medicamentos/idoso), e os medicamentos mais usados atuam no aparelho cardiovascular (38,6%). A prevalência de polifarmácia foi de 26,4% e da automedicação de 35,7%. Os medicamentos mais usados por automedicação foram os analgésicos (30,8%). Uma proporção de 24,6% dos idosos usava medicamento considerado impróprio. A polifarmácia teve associação com sexo, estado civil, idade e autopercepção de saúde. A automedicação teve associação com a escolaridade e com a autopercepção de saúde. **Conclusões:** O padrão do uso de medicamentos por idosos goianieneses foi semelhante ao encontrado em idosos de outras regiões do Brasil. Visto que o número de medicamentos usados, a prevalência das práticas da polifarmácia e automedicação e o uso de medicamentos impróprios estiveram dentro da média nacional. Mulheres, viúvos, idosos com 80 anos ou mais e aqueles que consideram sua saúde como ruim praticavam com maior frequência a polifarmácia; a maior prática da automedicação esteve associada com uma menor escolaridade e uma pior autopercepção de saúde. **Descritores:** Polifarmácia. Automedicação. Medicamentos impróprios. Saúde do idoso

ABSTRACT

Objective: Analyzing the pattern of use of medications in aged people in the city of Goiânia-GO, and associate it with socioeconomic aspects and with the self-rated health. **Methods:** A population-based study and cross-section. The data collection was carried out in December/2009 to April/2010 from 934 elderly. The drugs groups were classified according to the *Anatomical Therapeutic Chemical and Classification-ATC*. The inappropriate drugs for elderly were identified according to Beers Criteria. **Results:** The elderly study participants consumed 2,846 drugs (3.63 drugs / elderly). The most frequently consumed drugs act on the cardiovascular system (38.6%). The prevalence of polypharmacy was 26.4% and the prevalence of self-medication was 35.7%. The drugs most commonly used by self-medication were the painkillers (30.8%). A proportion of 24.6% of the elderly used inappropriate drugs. Polypharmacy was associated with sex, marital status, age and self-rated health. Self-medication was associated with education and self-rated health. **Conclusions:** The results of this study showed that the pattern of drug use by elderly of Goiânia was similar to that found in elderly people from other regions of Brazil. Since the number of drugs used, the prevalence of polypharmacy and self-medication practices and the use of inappropriate drugs were within the national average. Women, widows, aged 80 years or more and those who consider their health as poor more often practiced polypharmacy, the largest self-medication was associated with a lower education and poorer self-rated health.

Keywords: Polypharmacy. Self-medication. Inappropriate Medication. Aging health

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial e configura um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea.³ O Brasil também se encontra nesse cenário, pois o Censo Populacional de 2010 revelou que os idosos correspondem a 12,0% da população. No estado de Goiás os idosos já representam 9,3% da população total, e em Goiânia 9,6%.¹¹ A maior convivência com doenças crônicas faz dos idosos grandes consumidores de serviços de saúde e possivelmente o grupo mais medicalizado da sociedade. A população idosa contribui com aproximadamente 25,0% do total das vendas de medicamentos em países desenvolvidos.²

No entanto, terapias que usam vários medicamentos concomitantemente podem ser inapropriadas, e gerar sérias consequências para os idosos e até serem fatais, devido às alterações no metabolismo produzidas pelo avanço da idade.¹⁸ Além disso, a não adesão ao tratamento, as reações adversas, as interações medicamentosas, o alto custo com a medicação e hospitalização são as principais consequências da prática da polifarmácia.⁷

Deve-se atentar ainda para o fato de que o organismo do idoso apresenta mudanças em suas funções fisiológicas. Essas mudanças levam a uma farmacocinética diferenciada e maior sensibilidade tanto aos efeitos terapêuticos quanto adversos dos fármacos.²⁰ Assim, alguns medicamentos são considerados impróprios para idosos, seja por redução de eficácia terapêutica ou por apresentarem um risco aumentado de efeitos adversos que supera seus benefícios.⁹

Além disso, outro problema que coloca em risco a saúde da população idosa é a automedicação. Essa prática pode acentuar os riscos relacionados aos medicamentos prescritos, retardar um diagnóstico e ainda mascarar uma doença.²⁴

É imprescindível que haja uma redefinição de políticas públicas voltadas para a melhoria das condições de vida e saúde dos idosos. Neste sentido,

torna-se necessário o conhecimento sobre o uso de medicamentos pela população idosa e alguns fatores relacionados. Assim, o objetivo desse estudo foi analisar o padrão do uso de medicamentos em idosos do município de Goiânia, Goiás e associá-lo com aspectos socioeconômicos e com a autopercepção de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo transversal, de base populacional, que analisou o uso de medicamentos em idosos no município de Goiânia-Goiás no período de dezembro/2009 a abril/2010. Esse estudo é um recorte da pesquisa: “Situação de saúde da população idosa do município de Goiânia, Goiás” realizada pela Rede de Vigilância a Saúde do Idoso (REVISI).

Considerou-se elegível para o estudo os indivíduos que tinham 60 anos de idade ou mais e dormiam mais de quatro dias por semana na residência da entrevista. Foram excluídos aqueles que não estavam no domicílio no momento da visita do entrevistador.

O tamanho da amostra foi calculado a partir do número de idosos no município no ano de 2007 (7% de 1.249.645 habitantes) e considerando uma frequência esperada de 30% para todos os desfechos, intervalo de confiança de 95%, nível de significância de 5%, precisão absoluta de 5% e DEFF (efeito do desenho da amostra por conglomerados) de 1,8. Foi acrescentado 11% como possível índice de perda de dados e calculou-se que a amostra seria de 934 idosos.

A zona urbana de Goiânia é composta por 912 setores censitários (SC). A média de idosos nos SC identificado no estudo piloto foi de aproximadamente 17 indivíduos. Utilizou-se a média de idosos em cada SC para identificar o número de setores a serem visitados. O cálculo utilizado foi: o número da amostra (934) dividido pela média de idosos estimada em cada SC (17), que resultou em 56 SC. Estes SC foram sorteados através de tabela de números aleatórios criada em sistema eletrônico de randomização.

Para cada SC sorteado ainda foram realizados sorteios para definir os quateirões e as esquinas em que a coleta de dados deveria iniciar. A partir da esquina sorteada a primeira residência foi visitada, excluindo todo imóvel que não fosse residencial. Quando não havia idoso na residência visitada, o entrevistador deslocava-se para o próximo domicílio até identificar um idoso, reiniciando-se em seguida a busca sistemática. Os dados foram coletados de idosos que estavam presentes no domicílio no momento da visita do entrevistador e que eram elegíveis para o estudo. Ao visitar duas casas consecutivas com idosos residentes, a segunda casa não foi incluída na amostra. Prosseguiu-se assim até completar o total estimado de idosos em cada SC para completar a amostra.

Antes da coleta de dados foi realizada a aplicação do questionário na modalidade piloto com 50 idosos em setores censitários não sorteados para a coleta dos dados.

Quando o entrevistador identificava o domicílio e o idoso elegível para o estudo, este era convidado a participar da pesquisa e para os que aceitavam era aplicado o questionário. O questionário completo era composto por 12 seções e após serem devidamente preenchidos eram entregues à secretaria central para o controle de qualidade dos dados.

Para determinar a prevalência de uso de medicamentos pelos idosos e verificar a origem da indicação terapêutica foram utilizadas as seguintes perguntas: “Quais os medicamentos que o (a) senhor (a) consome regularmente?” e “Quem indicou esse medicamento foi o médico, vizinho, balconista da farmácia, você mesmo, algum familiar ou é de uma receita médica antiga?”. Era pedido ao idoso que mostrasse os medicamentos usados e as respectivas receitas, e o pesquisador copiava os nomes dos medicamentos diretamente dos rótulos. Foi considerada receita antiga aquelas com data superior a três meses.

Para verificar a associação da polifarmácia com as condições socioeconômicas e a autopercepção de saúde estratificou-se os indivíduos em praticantes e não praticantes da polifarmácia e verificou-se a ocorrência de

associação. O mesmo foi feito com a prática da automedicação. O número de medicamentos foi contabilizado a partir dos usados pelos idosos e definiu-se a prática de polifarmácia como o uso de cinco medicamentos ou mais.¹⁴

Para avaliar a autopercepção de saúde foi utilizada a seguinte pergunta: “Em geral o (a) senhor (a) diria que sua saúde é ótima, boa, regular ruim ou péssima?” e para o perfil socioeconômico foram consideradas as variáveis: sexo, idade, escolaridade, estado civil, renda familiar e tipo de moradia.

Para conhecer os grupos farmacológicos mais usados pelos idosos foi identificado o princípio ativo de cada medicamento e estes foram classificados de acordo com o *Anatomical Therapeutic and Chemical Classification-ATC*.²⁵ Os medicamentos foram classificados em 14 grandes grupos, correspondendo ao grupo anatômico. Cada grupo foi subdividido em subgrupos, correspondendo ao grupo terapêutico. Neste estudo, utilizou-se até o segundo nível de classificação (anatômico e subgrupo terapêutico). Contudo, essa classificação não engloba os produtos naturais, que foram classificados como fitoterápicos.

Para identificar a prevalência do uso de medicamentos impróprios pelos idosos foi utilizado o Critério de Beers-Fick.⁹ Foi verificado se cada medicamento utilizado pelos idosos estava na lista do Critério de Beers-Fick segundo cada princípio ativo.

Os dados foram digitados no programa Excel. As análises estatísticas foram realizadas no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 15.0 for Windows. As variáveis numéricas foram exploradas pelas medidas descritivas de centralidade e de dispersão e as variáveis categóricas foram exploradas por frequências absolutas e relativas. Foi utilizado Teste de Mann Whitney (U) para comparação de dois grupos com distribuição não normal e teste de Qui-quadrado (X^2) para investigar associação entre as variáveis qualitativas através da frequência. O nível de significância para todos os testes foi de $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, protocolo nº 050/2009.

RESULTADOS

Dos 934 idosos participantes do inquérito, 783 (83,8%) responderam completamente ao questionário do inquérito. Destes 783 idosos, 65,0% (510) era do sexo feminino, 45,7% (358) possuía de 60 a 69 anos e a média da idade foi de 71,9 anos (mínima de 60 e máxima de 96 anos). Cerca de 50,0% (375) havia iniciado ou finalizado somente o curso primário, 49,5% (386) era casado e 32,0 % (252) viúvo e 80,0% (620) dos idosos residia em casa própria. Predominavam os idosos que consideravam sua saúde como regular (46,5%).

Esses 783 idosos usavam um total de 2.846 medicamentos (média de 3,63 medicamentos por idoso). Todos os idosos que responderam às questões relacionadas ao uso de medicamentos usavam pelo menos um medicamento no dia da entrevista. O número máximo de medicamentos usados foi de 19. As mulheres usavam mais medicamentos que os homens (3,94 e 3,06 respectivamente, $p < 0,001$). A prevalência da prática da polifarmácia foi de 26,4%.

Adotando o critério de Beers-Fick para a inadequação dos medicamentos utilizados por idosos observou-se que 24,6% dos idosos usava pelo menos um medicamento impróprio. Dos 2.846 medicamentos, 193 (6,8%) eram considerados impróprios. Destes, 90,2% era proveniente de uma receita médica atual. Os medicamentos considerados impróprios mais usados foram os benzodiazepínicos de meia vida longa (34,2%) e os antidepressivos (16,0%) (Tabela 1).

Em relação à classificação anatômica, 38,6% dos medicamentos usados atuava sobre o aparelho cardiovascular, seguindo os medicamentos com ação sobre o sistema nervoso (19,6%) e aparelho digestivo e metabolismo (17,1%). Considerando a classificação terapêutica, os medicamentos mais usados foram os antihipertensivos (19,7%), seguidos dos analgésicos (9,1%), e do grupo das vitaminas, suplementos alimentares, tônicos e estimuladores de apetite (6,7%) (Tabela 2).

Do total de 2.846 medicamentos, 83,7% era proveniente de uma receita médica atual e 16,2% de automedicação. Dos 783 idosos participantes da

pesquisa, 35,7% relatou praticar automedicação. Os medicamentos mais automedicados foram os analgésicos (30,8%), os antihipertensivos (14,7%) e os fitoterápicos (7,8%) (Tabela 3).

Na tabela 4 estão apresentados os resultados da associação entre a prática da polifarmácia e as condições socioeconômicas e a autopercepção de saúde dos idosos. Observou-se que sexo, estado civil, idade e autopercepção de saúde apresentaram associação significativa com a prática da polifarmácia ($p < 0,05$).

Os resultados da associação entre a prática da automedicação e as condições socioeconômicas e a autopercepção de saúde, e entre a automedicação e a polifarmácia estão apresentados na tabela 5. Escolaridade, idade e autopercepção de saúde apresentaram associação com a prática da automedicação ($p < 0,05$). Não houve associação entre a prática da polifarmácia e a automedicação ($p > 0,05$).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que a média de medicamentos usados por idoso no município de Goiânia-GO foi maior que o observado em outras capitais brasileiras, como Porto Alegre e Fortaleza.^{6,10} No entanto, foi inferior ao encontrado em Belo Horizonte.²² Essas desigualdades no número de medicamentos usados podem ser explicadas pelas diferenças em relação à situação dos serviços prestados à população e o tipo de modelo de atenção à saúde de cada região.¹⁵ Além disso, a prescrição de medicamentos como o principal tipo de intervenção, o surgimento das várias doenças ao longo da vida e o fácil acesso aos medicamentos podem aumentar o número de medicamentos usados.⁷

A prevalência da prática da polifarmácia foi elevada neste estudo, já que mais de um quarto dos idosos participantes estiveram expostos a essa prática. Essa prevalência foi maior do que a observada em Belo Horizonte e semelhante à encontrada em Porto Alegre.^{10,15} Considerando alguns estudos nacionais a prevalência da polifarmácia se encontra entre 11,0% e 40,6%.^{15,19}

Por muitas vezes a prática da polifarmácia se faz necessária, pois muitos idosos possuem doenças e sintomas múltiplos que requerem o uso de vários medicamentos. Assim, a prática da polifarmácia não indica necessariamente que a prescrição e o uso dos fármacos estejam incorretos.⁷ Todavia, alguns autores têm mostrado as altas taxas de prevalência da polifarmácia e destacam o fato de que o uso de vários medicamentos aumenta o risco de reações adversas e interações medicamentosas.^{7,15} Nesse contexto se faz necessário uma abordagem multidisciplinar para os idosos que realmente necessitam da polifarmácia.

Este estudo mostrou que os idosos mais velhos praticavam com maior frequência a polifarmácia. Esse resultado é consistente com diferentes estudos no Brasil.^{15,22} Esta correlação entre a polifarmácia e o aumento da idade pode ser explicada pelo surgimento de doenças crônicas com o passar dos anos e pela maior utilização de serviços de saúde pelos idosos de maior idade.¹⁴

Observou-se ainda que as mulheres praticavam com maior frequência a polifarmácia. Esse achado é semelhante com outros estudos epidemiológicos nacionais.^{22,23} Nesse contexto, o mais provável é que a maior utilização de medicamentos pelas mulheres idosas esteja ligada a várias questões, como ao fato das mulheres viverem mais que os homens e conseqüentemente apresentarem maior número de doenças crônicas, à maior atenção que as mesmas dão aos seus problemas de saúde e à maior utilização dos serviços de saúde.¹⁴

O número de idosos que relatou praticar automedicação neste estudo é semelhante ao encontrado em outros estudos brasileiros. No nordeste foi observado que mais de 30,0% dos idosos praticavam automedicação e em Minas Gerais foi encontrada uma prevalência de 46,0% desta prática.^{6,16} Na revisão de estudos sobre automedicação entre idosos foram encontradas taxas de 12,0% a 44,0%.^{1,17} Grande parte da população, inclusive a idosa, pratica automedicação para tratar pequenos e grandes sintomas.¹⁶

Dentre os medicamentos usados por automedicação foi encontrado que os analgésicos são os mais frequentes. Este achado tem sido verificado em

outros estudos brasileiros.^{4,15} O uso de analgésicos por automedicação costuma ocupar efetivamente um lugar de destaque entre os idosos, tendo em vista que o seu uso está relacionado ao tratamento da dor e inflamação, sintomas comuns entre os idosos.

A constatação de que os antihipertensivos ocupavam a segunda categoria de fármacos usados por automedicação, demanda preocupação, mesmo que tenham sido prescritos em momentos anteriores. A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica com agravos importantes, e a utilização de medicamentos para o seu controle necessita de frequente acompanhamento. Porquanto, a maior causa de mortalidade entre idosos brasileiros ainda é o acidente vascular cerebral, esse fato provavelmente é devido à falta de controle dos fatores de risco.¹³

Os idosos com menor grau de escolaridade praticavam com maior frequência a automedicação. Em um estudo realizado no nordeste do Brasil foi observado que os idosos mais desfavorecidos do ponto de vista socioeconômico praticavam com maior frequência a automedicação.⁶ Isso pode ser explicado pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde e também por uma pior conscientização sobre os riscos que essa prática pode causar. E os idosos com 80 anos ou mais praticavam menos a automedicação, isso pode ser devido à maior utilização de serviços de saúde com acompanhamento rigoroso que esta faixa etária demanda.¹⁴

Não foi encontrada associação entre as práticas de polifarmácia e automedicação. A alta prevalência da prática da polifarmácia encontrada foi devido às prescrições médicas e não à automedicação. Fato que destaca a importância da conscientização dos prescritores em relação à prática da medicalização, especialmente entre os idosos.⁷

Foi encontrado que mais da metade dos idosos classificaram a própria saúde como regular, ruim ou péssima. Esse achado foi melhor do que o observado em Bambuí e semelhante ao encontrado pela Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) de 2003, em que 56,4% referiram seu estado de saúde como regular, ruim ou péssimo.^{12,13} Classificar a saúde como ruim

esteve associada com a prática da polifarmácia e da automedicação, estes resultados estão de acordo com outros estudos farmacoepidemiológico.^{12,15} Esta associação é compreendida, tendo em vista que pacientes com autopercepção de saúde ruim buscam nos medicamentos, prescritos ou automedicados, uma solução para seus problemas de saúde.

A prevalência do uso de medicamentos impróprios para idosos nesse estudo está dentro da faixa encontrada em outros estudos no Brasil (15,4% a 41,0%).^{8,19} Essa alta prevalência de medicamentos impróprios usados era em grande parte originadas de prescrições médicas. Em um estudo realizado no Rio de Janeiro, foi encontrado um consumo de 17,0% de medicamentos impróprios e 90,0% dos casos era devido às prescrições médicas.²³ Esse fato reflete o desconhecimento dos prescritores em relação ao uso de medicamentos impróprios para idosos, o que pode trazer sérias consequências clínicas e econômicas para o sistema de saúde.⁹

Os medicamentos impróprios mais usados neste estudo foram os benzodiazepínicos e os antidepressivos, apesar das sérias consequências do uso desses medicamentos pelos idosos, esse achado foi semelhante ao encontrado por Castellar et al.⁵ No caso dos benzodiazepínicos, estes medicamentos possuem meia vida longa em idosos e consequente sedação prolongada com risco de quedas e fraturas. Bem como os antidepressivos em que há forte possibilidade de ocorrer efeitos anticolinérgicos (dificuldade respiratória, visão turva, aumento do ritmo cardíaco, diminuição de pressão arterial); hipotensão ortostática e ainda estimulação do sistema nervoso central.⁹

O que muitas vezes ocorre é que o prescritor não conhece o perfil farmacológico desses medicamentos e suas possíveis consequências quando usados por idosos.⁷ Esse quadro não tende a diminuir, pois a própria visita aos serviços de saúde aumenta a chance de uso de medicamentos inadequados, pois no Sistema Único de Saúde não há um esquema de medicamentos mais adequados para uso em idosos. Obreli Neto & Cuman (2010) verificaram

redução significativa no uso de medicamentos impróprios em pacientes acompanhados por um programa multiprofissional.

A distribuição dos medicamentos segundo os grupos anatômicos e terapêuticos foi semelhante à observada na literatura nacional e internacional.^{6,10,15,17,22} Os medicamentos para o sistema cardiovascular representaram a categoria anatômica mais comumente usada, o que é explicado pela alta prevalência de doenças cardiovasculares entre a população idosa.¹³ E considerando o segundo nível da classificação ATC, os medicamentos mais usados guardam coerência com o perfil de morbidade encontrado no Brasil, como a hipertensão arterial sistêmica.¹²

Apesar da importância dos resultados desse estudo, algumas limitações devem ser consideradas. Primeiramente o fato do questionário envolver vários aspectos da saúde dos idosos e não ser específico para o uso de medicamentos. Tais observações, no entanto, não comprometem a importância do estudo ao analisar o padrão de uso de medicamentos pelos idosos da comunidade. Por outro lado, investigações subsequentes devem avaliar, de forma mais abrangente, o uso de medicamentos entre os idosos goianienses, como adesão, dosagem, posologia e como os medicamentos são ingeridos. E assim, associar o uso de medicamentos com outros aspectos de sua saúde e ainda fazer um acompanhamento a longo prazo para avaliar possíveis melhoras nas prescrições.

Concluindo, o padrão do uso de medicamentos por idosos goianienses foi semelhante ao encontrado em idosos de outras regiões do Brasil. Visto que o número de medicamentos usados, a prevalência das práticas da polifarmácia e automedicação e o uso de medicamentos impróprios estiveram dentro da média nacional. Assim como os grupos farmacológicos mais usados corresponderam ao tratamento das doenças mais frequentes na população idosa e estão de acordo com vários estudos no Brasil. Mulheres, viúvos, idosos com 80 anos ou mais e aqueles que consideram sua saúde como ruim praticavam com maior frequência a polifarmácia; a maior prática da

automedicação esteve associada com uma menor escolaridade e uma pior autopercepção de saúde.

Com essa análise do padrão de uso dos medicamentos pelos idosos goianienses ficou evidente a necessidade de estratégias para promoção do uso racional de medicamentos voltada para essa população específica. Neste contexto, pode-se dizer que surge um grande desafio para os farmacêuticos: contribuir para otimizar o uso de medicamentos por idosos e reduzir ao máximo as complicações decorrentes de seu uso. Espera-se que os resultados desta pesquisa possam servir de alerta aos gestores em saúde, a fim de se adaptar a rede de atendimento em saúde para a real demanda dos idosos já existentes, bem como se preparar para o novo contingente de idosos que virão em maior número a cada ano.

Agradecimentos

À Secretaria Estadual de Saúde de Goiás e do Município de Goiânia pela contribuição na elaboração do projeto e apoio no transporte de entrevistadores. Ao Sandro Batista, Eugênia Emília Madlum e Ana Luiza Lima pela contribuição no planejamento do trabalho, e a todos os pesquisadores da Rede de Vigilância à Saúde do Idoso de Goiânia pela participação no desenvolvimento dos trabalhos.

TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos medicamentos impróprios usados pelos idosos, segundo critérios de Beers-Fick

GRUPO FARMACOLÓGICO	MEDICAMENTOS USADOS	POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DANOSAS DO USO	n	%
Agentes antiespasmódicos gastrointestinais	Butilescopolamina	Efeitos anticolinérgicos; efetividade questionável nas doses toleradas por idosos	3	1,60
Antidepressivos	Amitriptilina/ fluoxetina	Efeitos anticolinérgicos e hipotensão ortostática; Estimulação do SNC, agitação e distúrbios do sono	31	16,00
Anti-histamínicos	Dexclorfeniramina/ prometazina	Efeitos anticolinérgicos potentes; sedação prolongada	7	3,60
Antihipertensivos	Metildopa	Exacerbação de quadros depressivos; bradicardia	3	1,60
Antiarrítmicos	Amiodarona	Alterações do intervalo QT, arritmias graves	19	9,80
Antiinflamatórios não-hormonais de meia-vida longa ou usados em doses elevadas por tempo prolongado	Naproxeno/ piroxicam/ tenoxicam	Risco de sangramento gastrointestinal, insuficiência renal, insuficiência cardíaca e hipertensão arterial	5	2,60
Antianêmicos	Sulfato ferroso	Aumento significativo da incidência de constipação	3	1,60
Bloqueadores de canais de cálcio	Nifedipina de meia vida curta	Hipotensão; constipação	23	11,90
Benzodiazepínicos de meia-vida longa	Diazepam/ bromazepam/ clonazepam	Sedação; possibilidade de quedas e fraturas	66	34,20
Benzodiazepínicos de meia-vida curta, conforme a dose	Lorazepam/ alprazolam	Considerando o aumento da sensibilidade aos benzodiazepínicos apresentado por idosos, doses menores são mais seguras e tão efetivas quanto as maiores	17	8,80
Glicosídeos cardiotônicos	Digoxina	Maior risco de toxicidade digitalica	12	6,20
Relaxantes musculares e antiespasmódicos	Carisoprodol/ ciclobenzaprina	Efeitos anticolinérgicos; efetividade questionável nas doses toleradas por idosos	4	2,00
TOTAL			193	100,00

Tabela 2 - Distribuição dos medicamentos usados pelos idosos por grupo farmacológico segundo a classificação da ATC^a

GRUPOS FARMACOLÓGICOS	n	%
APARELHO DIGESTIVO E METABOLISMO	488	17,10
Antiácidos e medicamentos para tratamento da úlcera péptica e da flatulência	116	4,10
Medicamentos para disfunções intestinais	1	0,03
Antieméticos e antinauseantes	28	0,98
Digestivo	5	0,17
Laxativos	2	0,07
Antidiarreicos	6	0,21
Preparados antiobesidade	2	0,07
Medicamentos utilizados na diabetes	138	4,80
Vitaminas, suplementos alimentares, tônicos e estimuladores de apetite	190	6,70
SANGUE E ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS	151	5,30
Medicamentos antitrombóticos	151	5,30
APARELHO CARDIOVASCULAR	1100	38,60
Terapêutica cardíaca	145	5,10
Antihipertensivos	561	19,70
Diuréticos	180	6,32
Vasodilatadores	55	1,93
Associação hipotensor/diurético	32	1,12
Vasoprotetores	10	0,35
Antidislipídemicos	117	4,10
MEDICAMENTOS DERMATOLÓGICOS	10	0,35
Outros preparados dermatológicos	10	0,35
APARELHO GENITO-URINÁRIO E HORMÔNIOS SEXUAIS	36	1,30
Hormônios sexuais e antagonistas, reposição hormonal	34	1,20
Antiespasmótico urinário	2	0,10
PREPARADOS HORMONAIS SISTÊMICOS, EXCL HORM SEXUAIS	145	5,10
Corticosteróides para uso sistêmico	17	0,61
Hormônios da tireóide	100	3,51
Insulina	28	0,98
ANTIINFECIOSOS GERAIS PARA USO SISTÊMICO	23	0,80
Antibacterianos para uso sistêmico	22	0,77
Antimicóticos para uso sistêmico	1	0,03
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS E IMUNOMODULADORES	7	0,24
Agentes antineoplásicos	7	0,24
SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO	138	4,85
Antiinflamatórios	86	3,02
Antireumáticos, preparados antigotosos	27	0,95
Medicamentos para tratamento de doenças ósseas	25	0,88
SISTEMA NERVOSO	559	19,60
Analgésicos, relaxante muscular	259	9,10
Antieplépticos	101	3,55
Antiparkinsonianos	17	0,60
Psicoléticos	66	2,30
Psicoanalépticos	115	4,04
Outros medicamentos do sistema nervoso	1	0,03
PRODUTOS ANTIPARASITÁRIOS, INSECTICIDAS E REPELENTES	1	0,03
Anti helmínticos	1	0,03
APARELHO RESPIRATÓRIO	48	1,70
Medicamentos para doenças obstrutivas das vias aéreas	35	1,22
Preparados para tosse e resfriados	3	0,11
Antiestamínico	10	0,35
ÓRGÃOS DOS SENTIDOS	25	0,90
Produtos oftalmológicos	25	0,90
OUTROS	14	0,50
FITOTERÁPICOS	101	3,60
TOTAL	2.846	100,00

^aAnatomical Therapeutic and Chemical Classification.

Tabela 3 - Frequencia da origem da indicação terapêutica e a classificação dos medicamentos utilizados por automedicação

Origem da indicação terapêutica	n	%
Receita médica atual	2383	83,70
Automedicação	461	16,20
Vizinho	11	0,39
Balconista de farmácia	13	0,50
Por conta própria	144	5,06
Familiar	27	0,94
Receita antiga	266	9,34
Não sabe ou não respondeu	2	0,07
TOTAL	2.846	100,00
Medicamentos utilizados por automedicação	n	%
Analgésicos, relaxante muscular	142	30,80
Antihipertensivos	68	14,75
Fitoterápicos	36	7,81
Antiinflamatórios	31	6,72
Vitaminas, recalcificantes, nutrientes	23	5,00
Outros	161	34,92
TOTAL	461	100,0

Tabela 4- Associação entre a prática da polifarmácia e as condições socioeconômicas e a autopercepção de saúde

	Pratica polifarmácia		Não pratica polifarmácia		p ^b
	n	%	n	%	
Sexo					
masculino	52	19,0	221	81,0	<0,001
feminino	155	30,4	355	69,6	
Estado civil					
casado	86	22,3	300	77,7	0,009
solteiro	18	24,0	57	76,0	0,62;
viúvo	86	34,1	166	65,9	<0,001
divorciado	16	23,9	51	76,1	0,62
Escolaridade					
analfabeto	35	27,8	91	72,2	0,71
sabe ler e escrever e nunca foi à escola	9	26,5	25	73,5	0,85
primário completo/incompleto	105	28,0	270	72,0	0,33
ensino médio completo/ incompleto	36	22,0	128	78,0	0,14
superior completo/incompleto	20	26,0	57	74,0	0,93
Tipo de moradia					
própria	164	26,5	456	73,5	0,87
alugada	22	22,7	75	77,3	0,38
emprestada	18	32,1	38	67,9	0,30
outros	0	0,0	2	100	0,96
Idade					
60 a 69 anos	78	21,8	280	78,2	0,007
70 a 79 anos	72	27,3	192	72,7	0,70
80 anos ou mais	57	35,4	104	64,6	0,004
Renda					
Até \$ 1.200,00	69	25,0	208	75,0	0,28
\$ 1.200,00 acima	99	28,8	245	71,2	
Autopercepção de saúde					
Ótima	13	18,1	59	81,9	0,09
Boa	49	21,0	184	79,0	0,03
Regular	92	26,3	258	73,7	0,98
Ruim	35	47,3	39	52,7	<0,001
Péssima	9	39,1	14	60,9	0,16

^bTeste Qui-quadrado

Tabela 5- Associação entre a prática da automedicação e as condições socioeconômicas e a autopercepção de saúde, e entre a automedicação e a polifarmácia

	Prática automedicação		Não pratica automedicação		p ^b
	n	%	n	%	
Sexo					
masculino	99	36,3	174	63,7	0,83
feminino	181	35,5	329	64,5	
Estado civil					
casado	126	32,6	260	67,4	0,06
solteiro	26	34,7	49	65,3	0,81
viúvo	100	39,7	152	60,3	0,13
divorciado	28	41,8	39	58,2	0,29
Escolaridade					
analfabeto	51	40,5	75	59,5	0,25
sabe ler e escrever e nunca foi à escola	21	61,7	13	39,3	0,001
primário completo/incompleto	137	36,5	238	63,5	0,74
ensino médio completo/ incompleto	55	33,5	109	66,5	0,47
superior completo/incompleto	15	19,5	62	80,5	0,001
Moradia					
própria	220	35,5	400	64,5	0,65
alugada	36	37,1	61	62,9	0,78
emprestada	21	37,5	35	62,5	0,79
outros	1	50,0	1	50,0	0,59
Idade					
60 a 69 anos	137	38,3	221	61,7	0,18
70 a 79 anos	98	37,1	166	62,9	0,57
80 anos ou mais	45	27,9	116	72,1	0,02
Renda					
Até \$ 1.200,00	96	39,3	148	60,7	0,22
\$ 1.200,00 acima	130	34,5	247	65,5	
Autopercepção de saúde					
Ótima	12	16,7	60	83,3	<0,001
Boa	85	36,5	148	63,5	0,98
Regular	130	37,1	220	62,9	0,71
Ruim	35	47,3	39	52,7	0,041
Péssima	12	52,2	11	47,8	0,11
Polifarmácia					
Sim	72	34,8	135	65,2	0,73
Não	208	36,1	368	63,9	

^bTeste Qui-quadrado

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aziz MM, Calvo MC, Schneider IJC, Xavier AJ, d'Orsi E. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2011;27(10):1939-50. doi: 10.1590/S0102-311X2011001000007
2. Bortolon PC, Medeiros EFF, Naves JOE, Karnikowski MGO, Nóbrega OT. Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, v.14, n. 4, p.1219-1226, 2008.
3. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):725-33. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300005
4. Cascaes EA, Falchetti ML, Galato D. Perfil da automedicação em idosos participantes de grupos da terceira idade de uma cidade do sul do Brasil. *Arq Cat Med*. 2008;37(1):63-9.
5. Castellar JI, Karnikowski MGO, Vianna LG, Nóbrega OT. Estudo da farmacoterapia prescrita a idosos em instituição brasileira de longa permanência. *Acta Med Port*. 2007; 20:97-105.
6. Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do nordeste do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2004;38(4):557-64. doi:10.1590/S0034-89102004000400012.
7. Costa SC, Pedroso ERP. A prescrição de medicamentos para idosos internados em serviço de clínica médica: atualização. *Rev Med Minas Gerais*. 2011; 21(2): 201-14.
8. Faustino CG, Martins MA, Jacob-Filho W. Medicamentos potencialmente inapropriados prescritos a pacientes idosos ambulatoriais de clínica médica. *Einstein*. 2011; 9(1):18-23.
9. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older

adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med.* 2003;163:2716-24.

10. Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saude Publica.* 2005;39(6):924-9. doi:10.1590/S0034-89102005000600009.

11. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em 20 de junho de 2011.

12. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saude Publica.* 2004;38(6):827-34.

13. Lima-Costa MF, Loyola Filho AI, Matos DL. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). *Cad Saude Publica.* 2007;23(10):2467-78.

14. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivelä S-L, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol.* 2002; 55(8):809-17. doi:10.1016/S0895-4356(02)00411-0

15. Loyola Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2006;22(12):2657-67.

16. Loyola Filho AI, Uchoa E. Automedicação: motivações e características de sua prática. *Rev Med Minas Gerais.* 2002;12(4):219-27.

17. Marin MJS, Cecílio LCO, Perez AEWUF, Santella F, Silva CBA, Filho JRG, Roceti LC. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica.* 2008;24(7):1545-55. doi: 10.1590/S0102-311X2008000700009.

18. Medeiros-Souza P, Santos-Neto LL, Kusano LTE, Pereira MG. Diagnosis and control of polypharmacy in the elderly. *Rev Saude Publica.* 2007; 41(6):1049-53. doi: 10.1590/S0034-89102006005000050

19. Nassur BA, Braun V, Devens LT, Morelato RL. Avaliação dos medicamentos inapropriados utilizados por idosos admitidos em hospital geral filantrópico. *Rev Bras Clin Med.* 2010;8(3):208-11.
20. Nóbrega OT, Karnikowski MGO. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. *Cien Saude Coletiva.* 2005;10(2):309-13. doi: 10.1590/S1413-81232005000200008
21. Obreli Neto PR, Cuman RKN. Programa de atenção farmacêutica no uso racional de medicamentos em idosos usuários de unidade básica de saúde no estado de São Paulo. *Am J Pharm.* 2010;29(3):333-9.
22. Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, César CC, Acurcio FA. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. *Rev Saude Publica.* 2008;42(4):724-32.
23. Rozenfeld S, Fonseca MJM, Acurcio FA. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. *Pan Am J Public Health.* 2008;23(1):34-43.
24. Sá MB, Barros JAC, Sá MPBO. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. *Rev Bras Epidemiol.* 2007;10(1):75-85. doi: 10.1590/S1415-790X2007000100009.
25. World Health Organization - WHO. *Anatomical therapeutic chemical – ATC classification index with defined daily doses- DDD's.* Oslo: WHO, 2000.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1. Conclusões do estudo

A prevalência do uso de medicamentos pelos idosos foi de 3,6 medicamentos por idoso. Os grupos de medicamentos mais usados foram os que atuam no aparelho cardiovascular, no sistema nervoso e no aparelho digestivo e metabolismo.

Grande parte dos medicamentos usados era proveniente de receita médica atual. Mais de um terço dos idosos relatou praticar automedicação.

A prevalência de consumo de medicamentos impróprios pelos idosos foi de 24,6%.

Mulheres, viúvos, idosos com 80 anos ou mais e aqueles que consideram sua saúde como ruim praticam com maior frequência a polifarmácia. A maior prática da automedicação esteve associada com uma menor escolaridade e uma pior autopercepção de saúde. Não foi encontrada associação entre as práticas da polifarmácia e da automedicação.

5.2 Recomendações

Com este estudo do padrão de uso dos medicamentos pelos idosos goianienses, ficou evidente a necessidade de estratégias para promoção do uso racional de medicamentos voltada para essa população específica.

Grande parte dos medicamentos utilizados pelos idosos, inclusive os impróprios, é fruto de prescrições médicas, portanto, a questão da educação permanente dos prescritores merece atenção especial. Há necessidade de uma atualização dos profissionais que tratam de pacientes idosos sobre as práticas apropriadas de prescrição e os potenciais riscos da utilização de certos medicamentos. Isso pode ocorrer por meio do acesso a protocolos de utilização de medicamentos, como por exemplo, o Critério de Beers-Fick. Além disso,

deve-se incentivar, sempre que possível, tratamentos não farmacológicos a esses pacientes.

Deve-se destacar também a necessidade de uma rede de atenção primária melhor adaptada as realidades da população idosa, composta por uma equipe multidisciplinar capaz de lidar efetivamente com a questão do idoso. O aspecto preventivo é um componente essencial a ser desenvolvido. A atuação dessa equipe pode ajudar a manter a capacidade funcional do idoso por um tempo maior com um uso menor de medicamentos. Assim, prolonga sua vida útil na comunidade, conservando a autonomia e a qualidade de vida.

Neste contexto, pode-se dizer que surge um grande desafio para os farmacêuticos: contribuir para otimizar o uso de medicamentos por idosos e trabalhar para reduzir ao máximo as complicações decorrentes de seu uso. Isso pode ser feito através da conscientização dos idosos e de seus familiares sobre o correto uso dos medicamentos; alertar sobre os perigos da automedicação; monitorar as reações adversas a medicamentos implicadas em desfechos negativos e ainda revisar periodicamente os fármacos usados. Sendo assim, a assistência farmacêutica ao idoso deve ser uma preocupação constante dos gestores.

Os gestores em saúde devem estar atentos a fim de se adaptar a rede de atendimento em saúde à real demanda dos idosos já existentes, bem como se preparar para o novo contingente de idosos que virão em maior número a cada ano.

5.3 Limitações do estudo

Apesar da importância dos resultados desse estudo, algumas limitações devem ser consideradas. Primeiramente o fato do questionário envolver vários aspectos da saúde dos idosos e não ser específico para o uso de medicamentos. Tais observações, no entanto, não comprometem a importância do estudo ao analisar o padrão de uso de medicamentos pelos idosos da comunidade. Por outro lado, investigações subsequentes devem avaliar, de forma mais abrangente, o uso de medicamentos entre os idosos goianienses,

como adesão, dosagem, posologia e como os medicamentos são ingeridos. E assim, associar o uso de medicamentos com outros aspectos de sua saúde e ainda fazer um acompanhamento a longo prazo para avaliar possíveis melhoras nas prescrições.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR P.M.; LYRA JUNIOR D.P.; SILVA D.T.; MARQUES T.C. Avaliação da Farmacoterapia de Idosos Residente em Instituições Asilares no Nordeste do Brasil. *Lat. Am. J. Pharm*, v. 27, n. 3, p. 454-459, 2008.
2. BEERS, M. H. et al. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Archives of Internal Medicine*, v. 151, n. 9, p. 1825-1832, 1991.
3. BORTOLON, P.C. et al. Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, v.14, n. 4, p.1219-1226, 2008.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. *Série Pactos pela Saúde*. Brasília, DF: 2006. 68 p.
5. CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*, v.19, n.3, p.725-733, 2003.
6. CARVALHO, M. F. C. A polifarmácia em idosos no município de São Paulo- Estudo SABE- Saúde, Bem- estar e envelhecimento. 2007. 195f. Tese (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.
7. CHUI, W.K.; LI, S. C. Advice- giving on self-medication: perspectives of community pharmacists and consumers in Singapore. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, v. 30, p. 225-231, 2005.
8. COSTA, S.C.; PEDROSO, E.R.P. A prescrição de medicamentos para idosos internados em serviço de clínica médica: atualização. *Rev. Med Minas Gerais*, v. 21, n. 2, p. 201-214, 2011.
9. FICK, D.M.; MION, L.C.; BEERS, M.H.; WALLER, J. L. Health outcomes associated with potentially inappropriate medication use in older adults. *Res. Nurs Health*, v.31, n. 1, p.42-51, 2008.

10. FICK, D. M.; COOPER, J. W.; WADE, W. E.; WALLER, J. L.; MACLEAN J. R.; BEERS, M. H. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med*, v. 163, p. 2716-2724, 2003.
11. FURTADO, A. A Participação do Idoso no Mercado de Trabalho Brasileiro. Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados. Brasília, 2005. Disponível em: http://www2.camara.gov.br/publicacoes/estnottec/tema8/2004_13576.pdf. Acesso em: 03 de abril 2011, p. 1–26.
12. GALLAGHER, P.; BARRY, P.; O'MAHONY, D. Inappropriate prescribing in the elderly. Review. *J. Clin Pharm Ther*, v. 32, n.2, p.113-121, 2007.
13. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 1996. Contagem Populacional 1996. Rio de Janeiro: IBGE.
14. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2010*. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em 20 de junho de 2011.
15. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Contagem da População*. População recenseada e estimada, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2007.
16. KAIRUZ, T.; BYE, L.; BIRDSALL, R.; DENG, T.; MAN, L.; ROSS, A. et al. Identifying compliance issues with prescription medicines among older people: a pilot study. *Drugs Aging*, v. 25, p. 153- 162, 2008.
17. KATZUNG, B. G. Aspectos especiais da farmacologia geriátrica In: KATZUNG, B.G. (Ed.). *Farmacologia básica e clínica*, 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 899-906.
18. LIMA-COSTA, M. F.; LOYOLA FILHO, A. I.; MATOS, D. L. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n.10, p. 2467-2478, 2007.

19. LINJAKUMPU, T.; HARTIKAINEN, S.; KLAUKKA, T.; VEIJOLA, J.; KIVELÄ, S-L.; ISOAHO, R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol*, v.55, p. 809-817, 2002.
20. LOYOLA FILHO, A.I.; UCHOA, E.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F. Influence of income on the association between cognitive impairment and polypharmacy: Bambuí Project. *Rev. Saúde Pública*, v. 42, p. 89-99, 2008.
21. LOYOLA FILHO, A. I.; UCHOA, E. Automedicação: motivações e características de sua prática. *Rev Méd Minas Gerais*, v. 12, p. 219-227, 2002.
22. MARIN, M.J.S.; CECÍLIO, L.C.O.; PEREZ, A.E.W.U.F.; SANTELLA, F.; SILVA, C.B.A.; FILHO, J.R.G.; ROCETI, L.C. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, v.24, n. 7, p.1545-1555, 2008.
23. MCLEAN, A.J.; LE COUTEUR, D.G. Aging biology and geriatric clinical pharmacology. *Pharmacol Rev*, v. 56, n.2, p.163-184, 2004.
24. MEDEIROS-SOUZA, P. et al. Diagnosis and control of polypharmacy in the elderly. *Rev. Saúde Pública*, v. 41, n. 6, p. 1049-1053, 2007.
25. NÓBREGA, O. T.; KARNIKOWSKI, M. G. O. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.2, p.309-313, 2005.
26. O'NEILL, C.; HUGHES, C. M.; JAMISON, J.; SCHWEIZER, A. Cost of pharmacological care of the elderly. *Drugs Aging*, v. 20, p. 253-261, 2003.
27. Organização Mundial de Saúde (OMS) Dpt. Of Essential Drugs and other Medicines. The role of Pharmacist in self care-medication. Disponível em http://www.who.int/medicines/library/docseng_from_a_to_z.shtml. Acesso em 01 nov. 2010.
28. PARIKH, A.O. Principles of geriatric pharmacology. *J. Indian Med Assoc*, v. 105, p. 282-284, 2007.

29. RIBEIRO, A.Q.; ROZENFELD, S.; KLEIN, C.H.; CÉSAR, C.C.; ACURCIO, F.A. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. *Rev. Saúde Pública*, v.42, n.4, p. 724-732, 2008.
30. ROLLASON, V.; VOGT, N. Reduction of polypharmacy in the elderly, A systematic review of the role of pharmacist. *Drugs Aging*, v. 20, n. 11, p. 817-832, 2003.
31. ROZENFELD, S. Prevalence, associated factors, and misuse of medication in the elderly: a review. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 2, p. 717-724, 2003.
32. 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, n.1, p.75-85, 2007.
33. SECOLI, S. R. Polifarmácia: Interações e reações adversas ao uso de medicamentos por idosos. *Rev Bras Enferm*, v. 63, n.1, p.136-40, 2010.
34. SOUZA, E. R. Políticas jovens para uma população idosa: desafios para o Setor Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v.15, n.6, 2010.
35. SOUZA, P. M. et al. Diagnóstico e controle da polifarmácia no idoso. *Rev. Saúde Pública*. v.41, n.6, 2007.
36. VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafio e inovações. *Rev Saúde Pública*, v.43, n.3, p.548-554, 2009.
37. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *Anatomical therapeutic chemical –ATC classification index with defined daily doses- DDD's*. Oslo: WHO, 2000.
38. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Department of Non communicable Disease Prevention and Health Promotion. *Active ageing. A policy framework*. 2002. 59p. Disponível em: <<http://www.who.int/library>>. Acesso em: 20 de jun. 2010.
39. WRIGHT, R.; HANDLER, S.M.; RUBY, C.; HANLON, J.T. Update on drug-related problems in the elderly. *Am J Geriatr Pharmacoter*, v. 4, n.1, p.78-84, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), em uma pesquisa intitulada “**SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA-GOIÁS**”. Meu nome é _____ e sou a entrevistadora. Este estudo faz parte da Rede de Pesquisa de Vigilância à Saúde do Idoso no Estado de Goiás, e as instituições envolvidas nele são: Universidade Federal de Goiás (Faculdade de Enfermagem, Farmácia, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública) e as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde.

O objetivo geral deste estudo é realizar um levantamento de informações (inquérito populacional) sobre a população idosa e a identificação de suas necessidades de assistência social e em saúde. Os benefícios que o(a) senhor(a) e todos os idosos receberão como resultado desta pesquisa, poderão ser visualizados por mudanças nas ações relacionadas à Política de Saúde do Idoso no município de Goiânia, tais como: melhoria no planejamento e acompanhamento de saúde da pessoa idosa, redefinição das ações e planos de assistência e cuidado a esta população.

O(a) senhor(a) terá o benefício de saber como está sua pressão e seus níveis de colesterol. Se for diabético(a) ou hipertenso(a) poderá saber como está o controle dessas doenças atualmente. Em relação à investigação imunológica, esclarecemos que o(a) senhor(a) não terá benefícios imediatos em sua saúde, porém, sua participação é importante para avanço nos conhecimentos científicos sobre o processo de envelhecimento, diagnóstico e prevenção de doenças na população idosa.

Além disso, o(a) senhor(a) receberá em sua casa o resultado dos exames, que deverão ser avaliados por um médico mediante consulta

agendada, conforme disponibilidade do serviço municipal de saúde/SUS ou outros serviços médicos de sua escolha (particulares ou convênios).

Esta pesquisa será desenvolvida em duas partes: a **primeira** é a de entrevista e a **segunda**, a de coleta de sangue.

Assim, concordando em participar, iniciaremos com a entrevista e medida da sua pressão arterial. Ao término, agendaremos a data da coleta de sangue para realização dos exames.

1) Entrevista: nesta etapa, o(a) senhor(a) responderá a várias perguntas sobre sua pessoa, sua saúde e seus familiares. Poderá sentir irritabilidade e/ou cansaço, não se preocupe, basta avisar e daremos um tempo para seu descanso. Poderemos até continuar no dia seguinte ou interromper de vez a sua participação, sem qualquer prejuízo para o(a) senhor(a).

2) Coleta de Sangue: serão coletados aproximadamente 15 ml de sangue e esse material será utilizado, exclusivamente, para o alcance dos objetivos apresentados. Após a análise laboratorial, ele será desprezado, garantindo que o sangue não será usado para qualquer outro fim.

O procedimento será executado por pessoal treinado com técnica rigorosa, e material esterilizado e descartável. No local da punção poderá aparecer uma mancha arroxeadada que logo desaparecerá.

O(a) senhor(a) poderá aceitar ou não esta etapa da pesquisa e terá liberdade para participar somente da entrevista.

Em caso de aceite, marque SIM (casela abaixo) para a coleta de sangue e em caso de recusa, marque NÃO:

Coleta de sangue []SIM []NÃO

Informamos, ainda, que o seu nome não aparecerá na pesquisa, sendo garantido o sigilo quanto à sua identidade. Garantimos que o(a) senhor(a) não sofrerá constrangimentos, danos, prejuízos ou despesas financeiras. Também não receberá nenhum pagamento ou gratificação por participar, tendo total liberdade de se recusar ou retirar o consentimento a qualquer momento. Os

resultados deste estudo serão posteriormente divulgados em eventos científicos e publicados em revistas científicas.

A coordenadora geral desta pesquisa é a Prof^ª Adélia Yaeko Kyossen Nakatani, da Faculdade de Enfermagem/UFG e poderá esclarecê-lo em caso de dúvidas pelos telefones: (62)3209 6280, (62)81940294 (inclusive ligações a cobrar).

Após os esclarecimentos e informações, se o(a) senhor(a) aceitar fazer parte do estudo, favor assinar abaixo, em duas vias de igual conteúdo. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Para outros esclarecimentos, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás pelo telefone (62) 3521-1075 ou 3521-1076.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Concordo em participar do estudo "**SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA-GOIÁS**", fornecendo informações solicitadas. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela entrevistadora _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento, caso necessário.

Local e data: _____

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

--	--

Impressão digital – se
necessário

Testemunha: (nome)

Testemunha: (ass.)

APÊNDICE 2- QUESTIONÁRIO COMPLETO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás
REVISI - Rede de Vigilância à Saúde do Idoso

Situação de Saúde da População Idosa do Município de Goiânia-GO

IDENTIFICAÇÃO

1. Nome completo: _____
Quem respondeu: _____
1[] o próprio 2[] familiar 3[] cuidador 3[] outros _____
2. Data da entrevista: __/__/____. 3. Hora início entrevista _____
4. Entrevistador: _____
5. Endereço completo (com referência de localização): _____
6. Telefones para contato: _____
7. Sexo: 1[] Masculino 2[] Feminino 8. Data de nascimento __/__/____ 8.1 Idade: _____ anos
9. Estado civil 1[] Casado 2[] Solteiro 3[] Viúvo 4[] Divorciado
10. Tem filhos? 1[] sim 10.1 Quantos filhos vivos? ____ 2[] não

PERFIL SOCIAL

11. Qual a escolaridade do(a) Sr(a)?

1[] analfabeto	2[] sabe ler e escrever e nunca foi à escola	3[] primário completo/incompleto
4[] ensino médio completo/incompleto	5[] superior completo/incompleto	

12. Atualmente o(a) Sr(a) recebe algum rendimento? 1[] sim quanto? _____ 2[] não

13. Esse dinheiro provém de 1[] Aposentadoria 2[] Pensão 3[] Benefício (BPC) 4[] outro

14. Se aposentado(a) qual o motivo? 1[] tempo de serviço 2[] por idade 3[] por problema de saúde

15. Se por problema de saúde, qual foi o problema?

1[] cardiovascular	2[] respiratório	3[] músculo esquelético
4[] psiquiátrico	5[] outro Especificar: _____	

16. Exerce trabalho remunerado? 1[] sim quanto recebe? _____ 2[] não

17. Qual a renda total da sua família que mora nessa casa? _____

18. Quantas pessoas moram nesta casa? _____

19. Quem mora aqui além do Sr (a)? 1[] mora sozinho 2[] esposa(o) 3[] filhos(as) 4[] outros, quais? _____

20. Essa moradia é? 1[] própria 2[] alugada 3[] emprestada 4[] financiada 5[] outros

21. Essa moradia é? 1[] alvenaria 2[] de madeira 3[] outro material, qual? _____

22. Quantos cômodos existem nesta casa? ____ cômodos (exceto banheiros)

23. Nesta casa existe:

Água tratada (SANEAGO)?	[] SIM	[] NÃO	[] não sabe	Fossa séptica?	[] SIM	[] NÃO	[] não sabe
Rede de coleta de esgoto?	[] SIM	[] NÃO	[] não sabe	Cisterna?	[] SIM	[] NÃO	[] não sabe

Asfalto na rua? SIM NÃO não sabe Coleta regular de lixo? SIM NÃO não sabe

24. Quando o(a) Sr(a) precisa sair e se locomover para outras regiões da cidade, que meio de transporte o(a) Sr(a) utiliza?

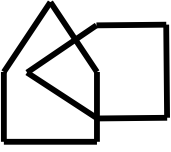
1[] carro 2[] ônibus 9[] outros Qual? _____

25. Se utiliza ônibus o(a) Sr(a) tem Passe Livre? 1[] sim 2[] não

***** APLICAR O MINI MENTAL

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO COGNITIVA - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (Folstein et al, 1975)

			PONTOS	PACIENTE
ORIENTAÇÃO TEMPORAL	ANO		1	
	MÊS		1	
	DIA DO MÊS		1	
	DIA DA SEMANA		1	
	HORA APROXIMADA		1	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	ESTADO		1	
	CIDADE		1	
	SETOR OU BAIRRO		1	
	LOCAL GENÉRICO (RESIDÊNCIA, HOSPITAL, CLINICA)		1	
	LOCAL ESPECÍFICO (APOSENTO, SETOR, CONSULTÓRIO)		1	
MEMÓRIA IMEDIATA	NOMEIE 3 OBJETOS E PEÇA PARA O PACIENTE REPETIR (Exemplo: Vaso, carro, tijolo)		1 para cada objeto (total = 3)	
ATENÇÃO E CÁLCULO	DIMINUIR 7 DE 100 5 VEZES SUCESSIVAS	❖ 100-7= 93 ❖ 93-7= 86 ❖ 86-7= 79 ❖ 79-7= 72 ❖ 72-7= 65	1 para cada subtração (total = 5)	
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO	REPETIR OS 3 OBJETOS ACIMA (Vaso, carro, tijolo)		1 para cada objeto (total = 3)	
LINGUAGEM	NOMEAR 2 OBJETOS (EX: RELÓGIO, CANETA)		1 para cada objeto (total = 2)	
	REPETIR "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"		1	
	SEGUIR O COMANDO DE 3 ESTÁGIOS: "PEGUE O PAPEL SOBRE A MESA COM A MÃO DIREITA, DOBRE-O AO MEIO UMA VEZ E COLOQUE-O DE VOLTA NA MESA"		1 para cada estágio (total = 3)	
	LEIA E EXECUTE A ORDEM: "FECHE OS OLHOS"		1	
	ESCREVER UMA FRASE		1	

	COPIAR O DESENHO: 		1	
TOTAL DE PONTOS		30		

Pontua-se as respostas certas

ESCORES:

- () NORMAL ≥ 26
- () COMPROMETIMENTO COGNITIVO < 24
- () LIMÍTROFE = ENTRE 24 E 26

CUIDADOR

26. Na sua opinião, o(a) Sr(a) **PRECISA** de alguém pra lhe ajudar nas tarefas do dia a dia? 1[] sim 2[] não

27. O(a) Sr(a) tem alguém pra lhe ajudar nas tarefas do dia a dia? 1[] sim 2[] não

27.1 Quem é essa pessoa? 1[] familiar 2[] não familiar

27.2 Ele(a) é pago(a) pra isso? 1[] sim 2[] não

27.3 Ele(a) tem formação na área da saúde? 1[] sim 2[] não Se SIM, qual? _____

27.4 Ele (a) Presta atenção no que você fala ? 1[] sim 2[] não

27.5. Ele (a) é cuidadosa, atenciosa e se preocupa com as suas necessidades? 1[] sim 2[] não

ESSA PESSOA AJUDA:

27.6 na relação com sua família e as suas necessidades de saúde? 1[] sim 2[] não

27.7 na sua higiene pessoal (banho, cortar as unhas,)? 1[] sim 2[] não

27.8 na higiene da casa? 1[] sim 2[] não 28.9 na sua alimentação? 1[] sim 2[] não

27.10 a ir ao banco, locomover-se ou viajar? 1[] sim 2[] não

27.11 a fazer exercício físico (caminhada,)? 1[] sim 2[] não

27.12 nas suas atividades de lazer (leitura, passeios, trabalhos manuais) ? 1[] sim [] não

27.13 nas atividades domésticas e de ocupação (*cuidar do jardim, fazer crochê, cozinhar*)? 1[] sim 2[] não

27.14 a tomar remédios? 1[] sim 2[] não

SAÚDE GERAL E ANTECEDENTES FAMILIARES

28. Em geral o(a) Sr.(a) diria que sua saúde é: 1[] ótima 2[] boa 3[] regular 4[] ruim 5[] péssima

29. Em comparação com outras pessoas de sua idade, o Sr. diria que sua saúde é: 1[] melhor 2[] igual 3[] pior

30. Quais doenças o médico já disse que o(a) Sr(a) têm?

Diabetes	[] SIM	[] NÃO	Quem mais da família tem? 1[] Pais 2[] filhos 3[] netos
Hipertensão	[] SIM	[] NÃO	Quem mais da família tem? 1[] Pais 2[] filhos 3[] netos
Excesso de peso (obesidade)	[] SIM	[] NÃO	
Baixo peso (desnutrição)	[] SIM	[] NÃO	
Colesterol elevado	[] SIM	[] NÃO	
Triglicérides elevado	[] SIM	[] NÃO	
Osteoporose	[] SIM	[] NÃO	
Câncer	[] SIM	[] NÃO	Quem mais da família tem? 1[] Pais 2[] filhos 3[] netos
Derrame cerebral (AVC)	[] SIM	[] NÃO	Quem mais da família tem? 1[] Pais 2[] filhos 3[] netos
Infarto do miocárdio	[] SIM	[] NÃO	Quem mais da família tem? 1[] Pais 2[] filhos 3[] netos
Asma, bronquite, outros respiratórios	[] SIM	[] NÃO	
D.Osteomusculares	[] SIM	[] NÃO	
Depressão	[] SIM	[] NÃO	Quem mais da família tem? 1[] Pais 2[] filhos 3[] netos
Problemas na memória (caduco)	[] SIM	[] NÃO	Quem mais da família tem? 1[] Pais 2[] filhos 3[] netos
Problemas na tireóide	[] SIM	[] NÃO	Quem mais da família tem? 1[] Pais 2[] filhos 3[] netos
Outros _____			

31. O Senhor(a) teve diarreia no último ano? 1[] Sim Quantas vezes no ano? _____ 2[] Não 3[] Não lembro

32. O Senhor (a) acha que faz hoje menos atividades físicas do que fazia há um ano atrás (12 meses)

1[] sim 2[] não 3[] Não sabe

33. Pedir ao idoso que caminhe a distância de 3,0 m, demarcados com fita adesiva, e anote:

1[] não consegue caminhar 2[] caminha em linha reta 3[] caminha com desvio Tempo: _____ segundos

34. O (a) Sr.(a) usa óculos? 1[] sim 2[] não

35. O (a) Sr.(a) precisa usar óculos? 1[] sim 2[] não

36. O (a) Sr.(a) ouve bem? 1[] sim 2[] não

37. O (a) Sr.(a) usa aparelho auditivo? 1[] sim 2[] não

38. Medida de P.A. (1): sistólica _____ mmHg (2) diastólica _____ mmHg

38.1 – A medida foi realizada na posição 1[] sentada 2[] deitada

Registrar somente a segunda medida. Medir no braço direito

39. Peso: _____ kg

40. Altura: _____ m (referidos)

HÁBITOS DE VIDA

TABAGISMO

41. O(a) sr(a) Fuma?

- 1[] sim, diariamente (vá para a questão 42 a 45)
 2[] sim, ocasionalmente (vá para questões 42 a 45)
 3[] não, nunca fumei (pule para a questão 46)
 4[] fumei e parei (pular para a questão 43 e 45)

42. Quantos cigarros o(a) senhor(a) fuma por dia?

- 1[] 1-4 2[] 5-9 3[] 10-14 4[] 15-19 5[] 20-29 6[] 30-39 7[] 40 ou +

43. Que idade o(a) senhor(a) tinha quando começou a fumar regularmente? ____anos 1[] não lembra

44. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar? 1[] sim 2[] não

45. Que idade o(a) senhor(a) tinha quando parou de fumar? ____anos 1[] não lembra

ATIVIDADE FÍSICA

46. Pratica alguma atividade física, no mínimo 3 x/semana (regularmente) ? 1[] SIM 2[] NÃO

47. Qual atividade pratica?

1[] Caminhada	3.[] Ginástica	4[] outros
2[] Hidroginástica	4.[] Dança	

48. Por que não pratica?

1[] dificuldade motora	3.[] falta de acesso	4[] outros _____
2[] falta de tempo	4.[] indisposição e falta de vontade	

INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA

49. O senhor costuma consumir bebida alcoólica? 1[] sim 2[] sim, mas não nos últimos 30 dias
 3[] não uso 4[] já consumi e parei

50. Com que frequência o(a) senhor(a) costuma ingerir alguma bebida alcoólica?

- 1[] todos os dias 2[] 5 a 6 dias/sem 3[] 3 a 4 dias/sem

- 4[] 1 a 2 dias por semana 5[] ocasionalmente 6[] nunca

51. No último mês, o senhor chegou a consumir num único dia (DOSE = latas de cerveja/taças de vinho/ doses destilados)

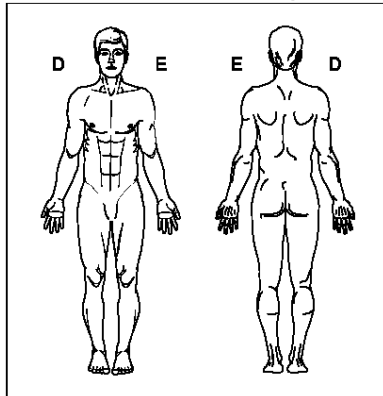
1[] UMA DOSE	3.[] QUATRO DOSES
2[] DUAS DOSES	4.[] MAIS DE CINCO DOSES

AVALIAÇÃO DA DOR

52. Ao longo da vida, muitos de nós tem algum tipo de dor (como dor de cabeça comum, dor muscular ou lombar, dor de dente etc.). Nos últimos 03 meses, o(a) senhor(a) sentiu algum tipo de dor?

- 1[] sim [prosseguir com as próximas perguntas do bloco] 2[] não [passar para próximo bloco]

53. Se sim, peça ao idoso que coloque a mão no local onde sente **DOR**. Verifique o local, e marque no diagrama corporal e no quadro ao lado, com um x, a área correspondente:



1. Cabeça	Sim	Não	9. Espinha lombar	Sim	Não
2. Face	Sim	Não	10. Sacral	Sim	Não
3. Pescoço	Sim	Não	11. Cocci	Sim	Não
4. Região cervical	Sim	Não	12. MMII	Sim	Não
5. Ombros	Sim	Não	13. Região anal	Sim	Não
6. MMSS	Sim	Não	14. Região pélvica	Sim	Não
7. Região Torácica	Sim	Não	15. Região genital	Sim	Não
8. Abdome	Sim	Não	16. Mais que 3 locais	Sim	Não

54. Agora escreva no espaço em branco o local da **PRINCIPAL DOR**:

55. Há quanto tempo sente A PRINCIPAL DOR?

- 1[] há menos de três meses 2[] há mais de três meses e menos que seis
 3[] de 6 meses a um ano 4[] de 1 a 5 anos 5[] de 5 a 10 anos 6[] mais de 10 anos

56. Qua l(is) dessas(s) palavra(s) você usaria para descrever sua PRINCIPAL DOR?

- 1[] pontada/alfinetada 2[] choque/descarga elétrica 3[] pulsante, como martelada
 4[] aperto/esmagamento 5[] calor/queimação 6[] formigamento
 7[] frio/ congelando 8[] Coceira/comichão/dormência 9[] outras [] Quais? _____

57. Está sentindo essa dor AGORA? 1.[] Sim 2.[] Não

A	Independente para todas as atividades
B	Independente para todas as atividades menos uma
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E e F.

FORMULARIO DE AVALIACAO DAS ATIVIDADES BASICAS DE VIDA DIARIA, KATZ.

Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.

Banho - a avaliação da atividade "banhar-se" e realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que receberem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.	(1) Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizada para banho)
	(2) Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)
	(3) Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo
Vestir - para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos esta excluído da avaliação. A designação de dependência e dada as pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos.	(1) Pega as roupas e se veste completamente sem assistência
	(2) Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos
	(3) Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido
Banheiro - a função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro com excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes;	(1) Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã)
	(2) Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite
	(3) Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar
Transferência - a função "transferência" e avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências	(1) Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)
	(2) Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio
	(3) Não sai da cama
Continência - "Continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência esta relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente	(1) Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar.
	(2) Tem "acidentes" ocasionais (perdas urinárias ou fecais)
	(3) Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.
Alimentação : a função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) a boca. O ato de cortar os alimentos ou prepara-los esta excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal, que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem.	(1) Alimenta-se sem assistência
	(2) Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão
	(3) Recebe assistência para alimentar-se ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral.

76 Avaliação Instrumental de Vida diária (AIVD) – Escala de Lawton

A pontuação de máxima independência é 8 pontos, e a de maior dependência, zero.

76.1. Capacidade para usar o telefone	(1) Usa o telefone por iniciativa própria. (1) É capaz de anotar bem alguns números familiares. (1) É capaz de atender uma chamada, mas não anotar (0) Não utiliza o telefone
76.2. Compras	(1) Realiza todas as compras necessárias independentemente.

	(0) Realiza independentemente pequenas compras. (0) Necessita de ir acompanhado para realizar qualquer compra (0) Totalmente incapaz de fazer compras	
76.3. Preparo das refeições	(1) Organiza prepara e serve , por si só, adequadamente. (0) Prepara adequadamente as refeições, se lhe são oferecidos os ingredientes (0) Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições.	
76.4. Tarefas domésticas	(1) Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (para trabalhos pesados). (1) Realiza tarefas ligeiras, como lavar a louça ou fazer as camas. (1) Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível de limpeza adequado. (1) Necessita de ajuda nas tarefas domésticas. (0) Não participa em nenhuma tarefa doméstica	
76.5. Lavagem de roupa	(1) Lava toda a sua roupa. (1) Lava apenas peças pequenas. (0) A lavagem de toda a roupa esta a cargo de outra pessoa	
76.6. Uso de meios de transporte	(1) Viaja sozinho em transporte público ou em seu próprio carro. (1) É capaz de pegar um taxi, mas não usa outro meio de transporte. (1) Viaja em transporte público, quando acompanhado. (0) Utiliza taxi ou automóvel somente co ajuda de outros. (0) Não viaja de jeito nenhum.	
76.7. Responsabilidade em relação a sua medicação	(1) É capaz de tomar a medicação na hora e doses corretas. (1) Toma a medicação se lhe prepararem as doses previamente. (0) Não é capaz de tomar medicação.	
76.8. Gestão dos seus assuntos económicos	(1) Toma a seu cargo os seus assuntos económicos. (1) Não necessita de ajuda para as compras de cada dia, mas necessita de ajuda nas compras grandes. (0) Incapaz de lidar com dinheiro.	

Pontuação Obtida: _____ pontos

QUALIDADE DE VIDA

QUESTIONÁRIO WHOQOL-OLD WHOQOL-OLD

Instruções: Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**. Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

1[] Nada 2[] Muito pouco 3[] Mais ou menos 4[] Bastante 5[] Extremamente

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro "Bastante", ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado "Nada" com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

77. **F25.1** Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

1[] Nada 2[] Muito pouco 3[] Mais ou menos 4[] Bastante 5[] Extremamente

78. **F25.3** Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

1[] Nada 2[] Muito pouco 3[] Mais ou menos 4[] Bastante 5[] Extremamente

79. **F26.1** Quanta liberdade o(a) sr(a) você tem de tomar as suas próprias decisões?

1[] Nada 2[] Muito pouco 3[] Mais ou menos 4[] Bastante 5[] Extremamente

80. **F26.2** Até que ponto o(a) sr(a) sente que controla o seu futuro?

1[] Nada 2[] Muito pouco 3[] Mais ou menos 4[] Bastante 5[] Extremamente

81. **F26.4** O quanto o(a) sr(a) sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

1[] Nada 2[] Muito pouco 3[] Mais ou menos 4[] Bastante 5[] Extremamente

82. **F29.2** Quão preocupado o(a) sr(a) está com a maneira pela qual irá morrer?

1[] Nada 2[] Muito pouco 3[] Mais ou menos 4[] Bastante 5[] Extremamente

83. **F29.3** O quanto o(a) sr(a) tem medo de não poder controlar a sua morte?

1[]Nada 2[]Muito pouco 3[]Mais ou menos 4[]Bastante 5[]Extremamente

84. F29.4 O quanto o(a) sr(a) tem medo de morrer?

1[]Nada 2[]Muito pouco 3[]Mais ou menos 4[]Bastante 5[]Extremamente

85. F29.5 O quanto o(a) sr(a) teme sofrer dor antes de morrer?

1[]Nada 2[]Muito pouco 3[]Mais ou menos 4[]Bastante 5[]Extremamente

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

86. F25.4 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

1[]Nada 2[]Muito pouco 3[]Mais ou menos 4[]Bastante 5[]Extremamente

87. F26.3 Até que ponto o(a) sr(a) consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

1[]Nada 2[]Muito pouco 3[]Mais ou menos 4[]Bastante 5[]Extremamente

88. F27.3 Até que ponto o(a) sr(a) está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

1[]Nada 2[]Muito pouco 3[]Mais ou menos 4[]Bastante 5[]Extremamente

89. F27.4 O quanto o(a) sr(a) sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

1[]Nada 2[]Muito pouco 3[]Mais ou menos 4[]Bastante 5[]Extremamente

90. F28.4 Até que ponto o(a) sr(a) sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

1[]Nada 2[]Muito pouco 3[]Mais ou menos 4[]Bastante 5[]Extremamente

As seguintes questões pedem o(a) sr(a) que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

91. F27.5 Quão satisfeito o(a) sr(a) está com aquilo que alcançou na sua vida?

1[]Nada 2[]Muito pouco 3[]Mais ou menos 4[]Bastante 5[]Extremamente

92. F28.1 Quão satisfeito o(a) sr(a) está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

1[]Nada 2[]Muito pouco 3[]Mais ou menos 4[]Bastante 5[]Extremamente

93. F28.2 Quão satisfeito o(a) sr(a) está com o seu nível de atividade?

1[]Nada 2[]Muito pouco 3[]Mais ou menos 4[]Bastante 5[]Extremamente

94. F28.7 Quão satisfeito o(a) sr(a) está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

1[]Nada 2[]Muito pouco 3[]Mais ou menos 4[]Bastante 5[]Extremamente

95. F27.1 Quão feliz o(a) sr(a) está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

1[]Nada 2[]Muito pouco 3[]Mais ou menos 4[]Bastante 5[]Extremamente

96. F25.2 Como o(a) sr(a) avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

1[]Nada 2[]Muito pouco 3[]Mais ou menos 4[]Bastante 5[]Extremamente

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

97. F30.2 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

1[]Nada 2[]Muito pouco 3[]Mais ou menos 4[]Bastante 5[]Extremamente

98. F30.3 Até que ponto o(a) sr(a) sente amor em sua vida?

1[]Nada 2[]Muito pouco 3[]Mais ou menos 4[]Bastante 5[]Extremamente

99. F30.4 Até que ponto o(a) sr(a) tem oportunidades para amar?

1[]Nada 2[]Muito pouco 3[]Mais ou menos 4[]Bastante 5[]Extremamente

100. F30.7 Até que ponto o(a) sr(a) tem oportunidades para ser amado?

1[]Nada 2[]Muito pouco 3[]Mais ou menos 4[]Bastante 5[]Extremamente

FRAGILIDADE

101. No último ano o(a) senhor(a) perdeu peso sem fazer nenhuma dieta ou atividade física?
1[] Sim, _____ Kg 2[] Não 3[] não sabe
102. No último ano o(a) senhor(a) acha que sua força (mão e braço) diminuiu?
1[] Sim 2[] Não 3[] Não sabe
103. Na última semana o senhor(a) sentiu que teve que fazer esforço para dar conta das tarefas habituais?
1[] Sim. Quantos dias? _____ 2[] Não 3[] Não sabe
104. Na última semana o senhor(a) conseguiu levar adiante suas tarefas?
1[] Sim Quantos dias? _____ 2[] Não 3[] Não sabe

QUEDAS

105. O(a) Sr(a) sofreu alguma queda no último ano? 1[] sim 2[] não
106. Se sim, quantas? 1[] uma 2[] duas 3[] três ou mais
107. Qual o motivo? 1[] extrínseco (tropeçou, escorregou, esbarrou, trombou...)
2[] intrínseco (sentiu tontura, escureceu a vista, desmaiou...)
108. O(a) Sr(a) apresentou quais seqüências físicas da última queda?

1[] Fratura	3.[] lesões neurológicas	5[] nenhum
2[] contusão e ferida	4.[] imobilização	6[] outros

ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

VACINAÇÃO

109. O(a) Sr(a) tem cartão de vacinação? 1[] sim *Se SIM, preencher os dados abaixo* 2[] não
- 104.1 Vacinação contra influenza no último ano? 1[] sim 2[] Não
- 104.2 Vacinação contra tétano nos últimos 10 anos 1[] sim 2[] Não (dT)
- 104.3 Vacinação contra febre amarela nos últimos 10 anos? 11[] sim 2[] Não

PROCURA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

110. Nos últimos seis meses o (a) Sr(a) teve algum problema que lhe fez procurar algum Serviço de Saúde?
1[] sim 2[] Não
111. Se SIM, qual motivo? _____ (anote a causa).
112. Qual serviço de saúde foi procurado?

1[] Posto de Saúde	4.[] Centro de especialidades	7[] Consultório particular	10[] Atendimento farmacêutico
2[] Ambulatório do hospital	5[] Sindicato ou empresa / Associação de bairro	8[] Pronto-socorro do SUS	
3.[] Ambulatório da faculdade	6[] Consultório por Convênio ou Plano de Saúde	9[] Pronto-atendimento particular / convênio	11[] Outro _____

- 113 O(a) Sr(a) conseguiu resolver o problema? 1[] Sim 2[] Não
- 114 Avalie, na escala abaixo, sua satisfação com o atendimento recebido:

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10

Ruim

Ótimo

115. Existe um Posto de Saúde aqui perto da sua casa? 1[] Sim 2[] Não
116. O(a) Sr(a) já procurou atendimento lá? 1[] Sim 2[] Não
117. Se SIM, quando o(a) Sr(a) procurou atendimento, conseguiu? 1[] Sim 2[] Não
118. Esteve internado nos últimos doze meses? 1[] Sim Nº de vezes _____ 2[] Não
119. Atendimento na internação: 1[] público 2[] particular 3[] plano de saúde
120. Tempo/última internação _____ dias 117. Qual foi o motivo da internação: _____

VISITA DOMICILIAR

121. O(a) Sr(a) necessita receber atendimento regular em sua casa do >?

1[] Sim	Posto de saúde de abrangência UBS	2[] Não
Qual motivo? _____	Posto de saúde de abrangência PSF	
	Convênio (UNIMED; IPASGO, etc)	

122. O idoso está acamado 1[] sim [] não
1[] Sim qual motivo? _____ 2[] Não

123. O idoso acamado tem ferida (úlcer de decúbito) ? 1[] Sim 2[] Não 3[] não foi possível identificar

124. O(a) Sr.(a) necessitou receber atendimento na sua casa de algum profissional do nos últimos três meses?

1[] Sim	Posto de saúde de abrangência UBS	2[] Não
	Posto de saúde de abrangência PSF	
	Convênio (UNIMED; IPASGO, etc)	

125. O Sr conseguiu receber atendimento na sua casa de algum profissional nos últimos três meses?

1[] Sim	Posto de saúde de abrangência UBS	2[] Não
	Posto de saúde de abrangência PSF	
	Convênio (UNIMED; IPASGO, etc)	

126. Avalie, na escala abaixo, sua satisfação com o atendimento recebido na sua casa nos últimos três meses.

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10

Ruim

Ótimo

127. Por que não conseguiu receber atendimento na sua casa?

128. Quais os remédios que o(a) sr(a) usa regularmente?

INDICAÇÃO = (1) receita médica atual (2) vizinho (3) balconista da farmácia (4) por conta própria (5) familiar (6) receita antiga

Nome legível	Categoria	Indicação	Nome legível	Categoria	Indicação

Grupos de medicamentos em uso:

1 [] Sedativos/ansiolíticos	5 [] Antiinflamatórios	9 [] Redutores de colesterol
2 [] Antidepressivos	6 [] Diuréticos	10 [] Insulina
3 [] Anticonvulsivantes	7 [] Antibióticos	11 [] outros
4 [] Drogas cardiovasculares (cardiotonicos, antihipertensivos)	8 [] Hipoglicemiantes orais	

APGAR FAMILIAR

129. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) pois pode recorrer à sua família em busca de ajuda quando alguma coisa está te incomodando ou preocupando? (0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre

130. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira pela qual sua família e o(a) Sr(a) conversam e compartilham os problemas? (0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre

131. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira como sua família aceita e apóia seus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções? (0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre

132. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira pela qual sua família demonstra afeição e reage às suas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor? (0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre

133. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira pela qual sua família e o(a) Sr(a) compartilham o tempo juntos? (0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre

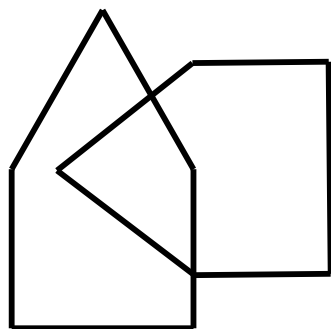
Hora do final da entrevista _____

Nome do entrevistado : _____

“ FECHE OS OLHOS”



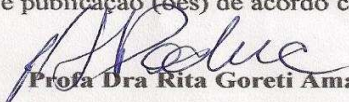
ESCREVER UMA FRASE :

COPIAR O DESENHO



ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFG

	SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL	
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS		
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO		
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA		
PROTOCOLO 050/2009		
Goiânia, 15 de setembro de 2009		
PARECER CONSUBSTANCIADO		
I. IDENTIFICAÇÃO:		
Título do projeto: “SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE GOIANIA-GOIÁS.”		
Pesquisador Responsável: Adélia Yaeko Kyosen Nakatani		
Pesquisador Participante: Profª. Rita Goreti Amaral (FF), Joana D’arc Ximenes Alcanfor, Profª. Dra. Divina das Dores de Paula Cardoso (IPTSP/UFG) Profª. Drª Eugênia Emília Walquíria Inês Molinari Madlum (IPTSP/UFG) Profª. Drª Lílian Varanda Pereira (FEN/UFG) Profª. Dra. Fabíola Souza Fiaccadori (IPTSP/UFG) Profª. Dra. Ana Luiza Lima Sousa FEN/UFG) Prof. Ms. Elias Rassi Neto (IPTSP/UFG) Prof. Dr. Geraldo Sadoyama IPTSP/UFG) Profª Ms Ruth Losada de Menezes (ENF/UCG) Ms. Mabel del Socorro Cala de Rodríguez (SES) Kátia Regina Borges (SMS) Dra. Filomena Guterres Costa (SMS) Ms. Angelita Evaristo Barbosa Pontes (SMS) Sandro Rogério Rodrigues Batista (SMS) Diana Louise Nogueira da Silva (SMS) Sirlene Gomes de Oliveira Borges (SES)		
Local de realização: Departamento Rede Básica- UFG		
<p>Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, após análise das adequações solicitadas, Aprovou, o projeto acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.</p>		
<p>O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/UFG, relatórios da pesquisa, encerramento, conclusão (ões) e publicação (ões) de acordo com as recomendações da Resolução 196/96.</p>		
 Profª Dra Rita Goreti Amaral Coordenadora do CEP/UFG		

ANEXO 2- NORMAS DE PUBLICAÇÃO- REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

CATEGORIA DE ARTIGOS

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- CONSORT checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- STARD checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- MOOSE checklist e fluxograma para meta-análise
- PRISMA checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- STROBE checklist para estudos observacionais em epidemiologia
- RATS checklist para estudos qualitativos

Informações complementares:

·Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.

·As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.

·As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no formato estruturado, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas

usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

IDENTIFICAÇÃO DO MANUSCRITO

Título no idioma original do manuscrito e em inglês

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer um título em português.

Título resumido

Deve conter até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

Descritores

Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no Medical Subject Headings (MeSH). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos não existentes nos conjuntos citados.

Número de figuras e tabelas

A quantidade de figuras e tabelas de cada manuscrito é limitada a cinco em conjunto. Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como figura ou tabela, e numerados seqüencialmente a partir de um, e não como quadros, gráficos, etc.

Co-autores

Identificar os co-autores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa

Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia

Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Resumo

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos.

Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivos do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos– Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – Devem ser apresentados em uma seqüência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o estilo Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, ordenadas alfabeticamente e numeradas. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Medline, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos abaixo.

Exemplos:

Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. Cienc Saude Coletiva. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. Rev Saude Publica. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005.

Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão. Cad Saude Coletiva [Internet].2005;21(1):256-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/28.pdf> DOI:10.1590/S0102-311X2005000100028

Livros

Nunes ED. Sobre a sociologia em saúde. São Paulo; Hucitec;1999.

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13] Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (“Citing Medicine”) da National Library of Medicine (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>).

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto: A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de expoente após a pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes e similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por &. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de et al. em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans & Stoddart,⁹ que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

Tabelas

Devem ser apresentadas depois do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro

trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 12 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Tabelas que não se enquadram no nosso limite de espaço gráfico podem ser publicadas na versão eletrônica. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras, em sobrescrito e negrito.

Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização para sua reprodução, por escrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital que permitam sua impressão, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras em cores são publicadas quando for necessária à clareza da informação. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.