

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**CARACTERIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS POR IDOSOS
EM UMA REGIÃO DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

LIZIANE MAAHS FLORES

PORTO ALEGRE, 28 DE AGOSTO DE 2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

CARACTERIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS POR IDOSOS
EM UMA REGIÃO DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Dissertação apresentada por **Liziane Maahs Flores** para obtenção do GRAU DE MESTRE em Ciências Farmacêuticas

Orientador: **Prof. Dr. Sotero Serrate Mengue**

FICHA CATALOGRÁFICA

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovada em 28/08/2003, pela Comissão Examinadora constituída por:

Prof. Dr. Eloir Paulo Schenkel

Profª. Drª. Teresa Cristina Dalla Costa

Profª. Drª. Isabela Heineck

F 634 Flores, Liziane Maahs
Caracterização dos medicamentos utilizados por idosos em uma região do Município de Porto Alegre / Liziane Maahs Flores – Porto Alegre: UFRGS, 2003. xix, – 137 p.: il., tab.

Dissertação (mestrado). UFRGS. Faculdade de Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas.

1. Uso de medicamentos: idoso. 2. Polifarmácia. 3. Medicamentos: reações adversas. I. Mengue, Sotero Serrate. II. Título

CDU: 615.2.03 (816.5)

Bibliotecária responsável:

Margarida Maria C. F. Ferreira - CRB 10/480

“Sem amor, todas as obras,
por mais grandiosas que sejam,
não passam de puro nada...”

Santa Teresinha do Menino Jesus

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para o desenvolvimento e conclusão deste trabalho, em especial:

Ao Prof. Dr. Sotero Serrate Mengue, pela orientação, amizade, correções e suporte epidemiológico que ajudaram a delinear e tornar mais analítico esse trabalho;

A Prof^a Dr^a Isabela Heineck e ao Prof. Dr. Eloir Paulo Schenkel pelo apoio, amizade e empatia demonstrados nas diferentes etapas desse trabalho;

Aos demais professores deste Curso de Pós-Graduação, em especial Prof^a Dr^a Valquíria Linck Bassani e Prof^a Dr^a Teresa Dalla Costa por transformarem o processo de ensino-aprendizagem em um desafio diário a ser conquistado, através do desenvolvimento de habilidades e superação de limites e à CAPES, pelo auxílio financeiro que muito contribuiu para concretização deste trabalho e aos acadêmicos Anamaria Zaccollo, Carolina dos Santos, Larissa Bohnenberger, Marco Antônio Paulino e Vera Lúcia Tierling pela colaboração na coleta de dados;

Ao Grupo Hospitalar Conceição, pelo apoio à realização deste projeto, especialmente ao Dr. Djalmo Sanzi Souza, Dra. Laura Dell Aglio Dias da Costa, Dr. Êno Dias de Castro Filho, Dr. Hermes Cattani, Dr. Luis Jaime Vieira Baratz e aos agentes comunitários Olir Antônio Citolin, Maria Valdeci Torres Machado (Ci) e Maria do Carmo Souza Nunes que acompanharam “mais de perto” a equipe de coleta de dados tornando possível o contato com a comunidade. Aos usuários do Serviço de Saúde Comunitária do GHC pela disponibilidade, colaboração e oportunidade de troca de experiências;

Aos meus queridos avós, grandes inspiradores para realização deste trabalho, especialmente ao meu vô José Guilherme Maahs, que muito me incentivou enquanto estivemos juntos, e à minha vó Elsa Vieira Pires, que está sempre me acompanhando e ajudando com suas orações;

Aos meus pais Aureo Maahs e Izaura Maria Maahs, pelo exemplo de doação, força e coragem em todos os momentos e pelo incansável apoio aos meus estudos e à minha irmã Luciane Maahs, pelo auxílio técnico em informática nas diversas etapas do trabalho;

Ao meu esposo Álvaro Antônio Dal Molin Flores, pelo amor, companheirismo, incentivo, paciência e carinho em todos os momentos;

E a Deus, pela vida, pelo amor, por tudo.

SUMÁRIO

<i>Lista de Figuras e Tabelas</i>	15
<i>Resumo</i>	17
<i>Abstract</i>	19
1 INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVOS	25
2.1 <i>Objetivo geral</i>	27
2.2 <i>Objetivos específicos</i>	27
3 REVISÃO DE LITERATURA	29
3.1 <i>Tendências no Perfil Demográfico</i>	31
3.2 <i>O Envelhecimento e a Morbidade</i>	32
3.3 <i>Padrão de Uso de Medicamentos em Idosos</i>	34
3.3.1 <i>Polifarmácia</i>	37
3.3.2 <i>Prescrição Medicamentosa e Cumprimento da Terapêutica</i>	39
3.3.3 <i>A Automedicação e a Leitura das Bulas</i>	41
3.4 <i>Efeitos Indesejados dos Medicamentos</i>	44
3.4.1 <i>Uso Potencial de Medicamentos Inapropriados</i>	46
4 MÉTODOS	49
4.1 O ESTUDO	51
4.1.1 <i>Delineamento do Estudo</i>	51
4.2 OS ENTREVISTADOS	51
4.2.1 <i>Descrição da População</i>	51
4.2.1.1 <i>Critérios de Inclusão</i>	51
4.2.1.2 <i>Critérios de Exclusão</i>	51
4.2.1.3 <i>Estimativa de Tamanho da Amostra</i>	52
4.3 A ENTREVISTA	53
4.3.1 <i>Instrumento de Coleta de Dados</i>	53
4.3.2 <i>A Ficha de Entrevista Detalhada</i>	53

4.3.2.1	<i>Apresentações e Identificações</i>	54
4.3.2.2	<i>Aspectos Sócio-Econômicos</i>	55
4.3.2.3	<i>A Respeito do Cuidador</i>	56
4.3.2.4	<i>Condições de Saúde</i>	56
4.3.2.5	<i>Uso de Medicamentos</i>	57
4.3.2.6	<i>Automedicação</i>	60
4.3.2.7	<i>Bulas</i>	61
4.3.2.8	<i>Trocas nas Posologias dos Medicamentos</i>	61
4.3.2.9	<i>Uso de Plantas Medicinais</i>	62
4.3.2.10	<i>Relato de Reações Adversas</i>	63
4.3.2.11	<i>Finalizando a Entrevista</i>	65
4.3.3	<i>Aspectos Éticos e Consentimento</i>	65
4.4	OS ENTREVISTADORES	66
4.4.1	<i>Trabalho de Campo</i>	66
4.5	AS INFORMAÇÕES OBTIDAS	68
4.5.1	<i>Coleta dos Dados</i>	68
4.5.2	<i>Sistema de Armazenamento dos Dados</i>	68
4.5.3	<i>Análise dos Dados</i>	68
4.5.3.1	<i>Análise Estatística dos Dados</i>	68
4.5.3.2	<i>O Discurso do Sujeito Coletivo</i>	68
4.5.3.3	<i>Classificação dos Medicamentos e Polifarmácia</i>	69
4.5.3.4	<i>Classificação dos Cuidadores do Uso de Medicamentos em Idosos.</i>	69
4.5.3.5	<i>Classificação das reações Adversas e Eventos Adversos ao Uso de Medicamentos Relatados por Idosos</i>	69
5	RESULTADOS	71
5.1	<i>Coleta de Dados</i>	73
5.2	<i>Caracterização da População</i>	73
5.3	<i>Condições de Saúde da População e Automedicação</i>	74
5.4	<i>Em Relação ao Guardião</i>	78
5.5	<i>Prevalência do Uso de Medicamentos</i>	78
5.6	<i>A Leitura das Bulas</i>	80
5.7	<i>Problemas Relacionados ao Uso de Medicamentos</i>	81

5.7.1 <i>Efeitos Indesejáveis Frequentemente Relatados</i>	81
5.7.2 <i>Alterações nas Posologias dos Medicamentos</i>	83
5.8 <i>Uso de Medicamentos e Variáveis Sócio-Demográficas</i>	86
5.9 <i>Reações Adversas e Variáveis Sócio-Demográficas</i>	89
6 DISCUSSÃO	93
6.1 <i>Uso de Medicamentos em Idosos</i>	95
6.2 <i>Problemas Relacionados ao Cumprimento da Terapêutica Relatados por Idosos</i>	99
7 CONCLUSÕES	105
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
9 ANEXOS	123
9.1 <i>Termo de Consentimento Informado</i>	125
9.2 <i>Ficha de Entrevista Original</i>	126
9.3 <i>Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC</i>	132
9.4 <i>Modelo dos Crachás de Identificação dos Entrevistadores</i>	133
9.5 <i>Modelo de Carta Utilizada após Tentativas Frustradas de Entrevista</i>	134
10 BIOGRAFIA	135

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 1	<i>Distribuição dos indivíduos segundo faixa etária</i>	73
Tabela 2	<i>Distribuição dos indivíduos em anos de escolaridade</i>	74
Tabela 3	<i>Distribuição da renda em quartis</i>	74
Tabela 4	<i>Frequência de tipo de atendimento médico por tempo</i>	75
Tabela 5	<i>Idéia central e discurso do sujeito coletivo dos idosos em relação a pergunta "O(a) Sr(a) lembra quantas vezes já precisou usar medicamentos sem consultar um médico?</i>	75
Tabela 6	<i>Idéia central e discurso do sujeito coletivo dos idosos em relação aos motivos de olhar receitas antigas e usar de novo medicamentos que já tinham lhe indicado tempos atrás</i>	76
Tabela 7	<i>Idéia central e discurso do sujeito coletivo dos idosos em relação a questão "As vezes os médicos dão uma receita com um medicamento que está faltando no posto, o que o (a) Sr(a) faz?"</i>	77
Tabela 8	<i>Frequência de Classes e Subgrupos de Medicamentos</i>	80
Tabela 9	<i>Frequência das reações adversas por classificação terapêutica</i>	83
Tabela 10	<i>Idéia central e discurso do sujeito coletivo dos idosos em relação aos motivos de troca nas quantidades de medicamentos</i>	85
Tabela 11	<i>Idéia central e discurso do sujeito coletivo dos idosos em relação a pergunta de quantas vezes o entrevistado esqueceu o horário que deveria ter utilizado o medicamento</i>	86
Tabela 12	<i>Características sócio-demográficas em relação ao nº de medicamentos utilizados</i>	87
Tabela 13	<i>Distribuição da renda em quartis em relação ao número de medicamentos</i>	88
Tabela 14	<i>Análise de Regressão Logística</i>	89
Tabela 15	<i>Características sócio-demográficas em relação a polifarmácia</i>	89
Quadro 1	<i>Comparações entre fatores em estudo e paraefeitos relatados pelos idosos de acordo com respectivas questões</i>	91

RESUMO

Objetivos: Investigar o padrão de uso de medicamentos, incluindo prescritos e não-prescritos e classificar polifarmácia em idosos do município de Porto Alegre, RS, Brasil; verificar a existência de trocas ou alterações no esquema posológico dos medicamentos usualmente utilizados e descrever a prevalência de eventos adversos relatados por idosos.

Métodos: A pesquisa seguiu um modelo de estudo transversal. O instrumento de coleta de dados foi um questionário preenchido durante uma visita domiciliar. Questões discursivas foram analisadas através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os medicamentos foram classificados de acordo com o *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC). As reações adversas relatadas foram classificadas através da Classificação Internacional de Doenças 10^a edição (CID-10).

Resultados: Dos 215 entrevistados, 141 (66%) eram mulheres; 117 (54%) na faixa etária entre 60 e 70 anos; 157 (73%) brancos e 115 (53%) tinham cônjuge. Houve uma prevalência de uso de medicação em 195 (91%) idosos e 697 (84%) medicamentos haviam sido utilizados na semana anterior à entrevista. Do total da amostra, 71 (33%) responderam ter usado medicamento sem prescrição médica e 57 (27%) relataram polifarmácia na última semana. As classes terapêuticas mais comuns foram aquelas referentes ao aparelho cardiovascular 224 (32%), sistema nervoso 150 (22%) e aparelho digestivo e metabolismo 124 (18%). Dos entrevistados, 106 (49%) relataram já ter esquecido o horário de tomar o medicamento e 22 (10%) já haviam trocado as quantidades de medicamentos para mais ou para menos.

Conclusões: Os dados mostram que existe uma tendência em consumir elevado número de medicamentos entre pessoas de faixa etária igual ou superior a 60 anos que vivem na comunidade. De grande importância é a detecção dos eventos adversos preveníveis para educação e prevenção.

Palavras-chave: Uso de medicamentos, Idosos, Polifarmácia, Características sócio-demográficas, Medicamentos, Reações adversas a medicamentos, Trocas nas posologias.

ABSTRACT

Title: Characterization of Elderly Medication Use in Porto Alegre, Brazil

Objectives: To investigate the patterns of medication use, including both prescription and non-prescription drugs and to describe the presence of polypharmacy for older people in Porto Alegre, Brazil. To determine whether elderly patient's changes drug regimens and to describe the prevalence of self-reported adverse drugs events in older people.

Methods: A cross-sectional study whose data were collected by questionnaire, which was answered during home visits. For qualitative data was employed thematic discourse analysis technique. Drugs were classified according to the Anatomic Therapeutic Classification codes (ATC). The self-reported adverse drugs events were described by CID-10, 1999.

Results: From 215 interviewed, 141 (66%) were women; 117 (54%) were between 60 and 70 years old; 157 (73%) were white and 115 (53%) had lived with a partner. Last year, 74 (35%) had had one hospital admission and 187 (87%) had had at least one doctor visit. There was a prevalence of use of 195 (91%) medications by elderly people and 697 (84%) were used on the week before the interview. From the total, 71 (33%) confirmed the use of drugs without prescription and 57 (27%) had polypharmacy one week before. Cardiovascular 224 (32%) and central nervous system 150 (22%) and gastrointestinal drugs 124 (18%) were the most common classification. Female gender, old age and live without a partner was associated with drug utilization. 106 (49%) said they had forgotten the time of their medication intake and 22 (10%) said they had changed the drug's quantities.

Conclusions: There is a pattern of increased medication use by elderly people who live at this community. To evaluate the preventable adverse drug events in older people who live at this community is very important for designing preventive and educational programs.

Keywords: Drug Study, Elderly, Polypharmacy, Socioeconomic Factors, Adverse Drug Reaction, Patient Compliance.

1. INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, um processo global de envelhecimento das populações está acontecendo, gradativamente, devido à diminuição das taxas de natalidade e mortalidade associada a uma melhoria da qualidade de vida (KALACHE *et al.*, 1987; KALACHE *et al.*, 1995; COELHO FILHO e RAMOS, 1999; COSTA *et al.*, 2000). Como consequência, esse envelhecimento populacional gera novas demandas sociais, tornando-se eminente a necessidade de transformações no modelo de atenção à saúde (LLOYD-SHERLOCK, 2000; BRASIL, 2001).

Racionalizar o uso de medicamentos, promover eficácia e segurança, preocupar-se com complexidade do regime posológico, custo, aderência ao tratamento medicamentoso e evitar os problemas inerentes a polifarmácia são alguns dos desafios dos farmacêuticos que acompanham e orientam as pessoas com idade superior a 60 anos (MERCK MANUAL, 2001). Entretanto, para que políticas específicas para os idosos sejam implementadas, faz-se necessário o conhecimento da realidade destes indivíduos, observando-se suas dificuldades e necessidades em relação a um estado de saúde favorável e sua correlação com o uso de medicamentos.

Assim, entre as principais intenções deste trabalho está o levantamento de dados epidemiológicos em relação ao comportamento das pessoas com 60 anos ou mais, no que se refere ao manejo com medicamentos. Para isso, optou-se por investigar o padrão de uso de medicamentos em idosos circunscritos à região dos Serviços de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, considerando: as classes de medicamentos utilizadas; a presença ou não de polifarmácia, classificando-a quanto à quantidade de medicamentos utilizados; observando as modificações do esquema posológico e os efeitos indesejados freqüentemente relatados por essa população.

Através das informações coletadas, pretende-se aperfeiçoar os conhecimentos em torno dos principais problemas relacionados ao uso de medicamentos por idosos inseridos na realidade brasileira. Com isso, pode-se proporcionar eventuais comparações com outros locais do mundo, correlacionando vantagens e desvantagens e sugerindo adaptações que possam ser realizadas em nossa realidade. Além disso, pode-se tentar propor condutas de

atenção farmacêutica frente a essa demanda vulnerável da população, uma vez que a utilização benéfica de medicamentos pressupõe educação do paciente através de informações adequadas.

2. OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar o padrão do uso de medicamentos em idosos circunscritos à região dos Serviços de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Classificar polifarmácia nos idosos, verificando a quantidade de medicamentos utilizados e sua procedência a partir de prescrição médica ou automedicação;
- Verificar a existência de trocas ou alterações no esquema posológico dos medicamentos usualmente utilizados por idosos;
- Caracterizar potenciais efeitos indesejados da terapia medicamentosa nos idosos e estimar sua prevalência.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 TENDÊNCIAS NO PERFIL DEMOGRÁFICO

Nas últimas décadas, dados demográficos indicam o rápido envelhecimento de algumas populações como um fenômeno global, sem precedentes na história da humanidade. Iniciado nos países mais desenvolvidos, hoje também pode ser observado naqueles em desenvolvimento (KALACHE *et al.*, 1987; RAMOS *et al.*, 1987; VERAS *et al.*, 1987; COELHO FILHO e RAMOS, 1999; COSTA *et al.*, 2000; LLOYD-SHERLOCK, 2000), especialmente na América Latina (JECKEL-NETO, 2000). A passagem de uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade para uma de baixa mortalidade e, gradualmente, baixa fecundidade, juntamente com melhorias na qualidade de vida, traduz-se num aumento em termos absolutos e proporcionais do número de pessoas atingindo idades avançadas (KALACHE *et al.*, 1987; KALACHE *et al.*, 1995; LLOYD-SHERLOCK, 2000).

No Brasil, desde a década de 40, o crescimento da população com mais de 60 anos de idade tem se mostrado acentuado (CRUZ e ALHO, 2000; TEIXEIRA e LEFÈVRE, 2001). Na década de 50 ocupávamos o 16º lugar na classificação mundial em número de idosos, com um equivalente a 2 milhões de idosos e estima-se que, em 2025, serão cerca de 32 milhões. Esta cifra projeta que o Brasil passará a ser, nessa época, o sexto país do mundo em população absoluta de idosos (KALACHE *et al.*, 1987; RAMOS *et al.*, 1998), apresentando diferenças regionais apenas quanto à média de vida da população. Atualmente, a esperança de vida está em torno de 68 anos (IBGE, 2000).

Esse aumento no número de idosos pode acarretar um crescimento nos problemas de saúde de longa duração que, com frequência, dependem de intervenções custosas envolvendo métodos tecnológicos complexos (RAMOS *et al.*, 1998; LLOYD-SHERLOCK, 2000; BRASIL, 2001). Com isto, convém investir, desde cedo, na promoção de políticas públicas de prevenção e combate às enfermidades associadas à longevidade da população, realizando campanhas que promovam hábitos de vida saudáveis como prática de exercícios físicos, alimentação balanceada, uso racional de medicamentos, redução do tabagismo e outras (CONSELHO ESTADUAL DO IDOSO, 1997; CRUZ e ALHO, 2000; LLOYD-SHERLOCK, 2000).

3.2 O ENVELHECIMENTO E A MORBIDADE

Uma faixa etária mais elevada é percebida e compreendida pelas pessoas de maneira distinta podendo, para alguns, estar vinculada a alguns acontecimentos da vida como a condição de se tornarem avós, as alterações na aparência física e a aposentadoria. Entretanto, faz-se necessário o estabelecimento de um parâmetro para classificação dos idosos e o estabelecimento de uma faixa etária limítrofe, apesar de ser considerado um critério incompleto, consiste na alternativa universal de abordagem preconizada pela Organização Mundial de Saúde (LLOYD-SHERLOCK, 2000; WERLANG, 2001).

O envelhecimento, *per se*, não constitui uma doença, é um processo natural no qual a herança genética, o ambiente e o estilo de vida podem influenciar. Os indivíduos apresentarão características físicas, funcionais, mentais e sociais de acordo com sua idade cronológica. Isso significa que, com o passar do tempo, alguns órgãos e sistemas vão sendo afetados, não necessariamente de forma homogênea, razão pela qual nem todas as pessoas envelhecem da mesma maneira, nem no mesmo ritmo (AVORN, 1997; CANTERA e DOMINGO, 1998; SECOLI e DUARTE, 2000). Entretanto, existem inúmeras causas de fragilidade ou de risco para idosos, das quais destacam-se a presença de múltiplas doenças (HANLON *et al.*, 2001), deterioração cognitiva, situação econômica precária (LLOYD-SHERLOCK, 2000), a prescrição no último mês de certos tipos de medicamentos (BEERS *et al.*, 1991) e a ingestão de vários fármacos com efeitos secundários importantes (CHEN *et al.*, 2001; LINJAKUMPU *et al.*, 2002).

Sabe-se que a doença constitui, em si mesma, uma ameaça que gera uma situação de insegurança, tanto no paciente como em seu ambiente familiar e social. A relação entre longevidade e morbidade e as diferenças de saúde existentes entre os idosos estão fortemente associadas com doenças como hipertensão, acidente vascular cerebral, doenças cardiovasculares, câncer e doenças ósseas. Além disso, nos idosos, não raro, coexistem doenças (LLOYD-SHERLOCK, 2000).

Outra preocupação importante está relacionada aos casos de cegueira e demência, que implicam um declínio cognitivo. Nos países em desenvolvimento, a maioria dos casos de cegueira presentes entre a parcela de pessoas com idade acima de 60 anos, deve-se à catarata. Já em relação à demência e a doença de Alzheimer, as estimativas de prevalência variam amplamente conforme o país estudado, mas, como um todo, estão em ascensão (LLOYD-SHERLOCK, 2000).

RAMOS e colaboradores (1998) realizaram por dois anos, estudo longitudinal com seguimento de pacientes idosos (com 65 anos ou mais) residentes em São Paulo, encontrando maioria de mulheres, viúvas, vivendo em domicílios multigeracionais, com uma alta prevalência de doenças crônicas, distúrbios psiquiátricos e incapacidades físicas. COELHO FILHO e RAMOS (1999) estudaram idosos residentes em um centro urbano do Nordeste do Brasil, obtendo resultados semelhantes, sendo que mais da metade viviam sem cônjuge e 92,4% referiram pelo menos uma doença. Outra investigação desse tipo está sendo desenvolvida por COSTA e colaboradores (2000), com critérios comparáveis, na cidade de Bambuí, interior do estado de Minas Gerais. Alguns de seus resultados preliminares já evidenciam predomínio de mulheres, casadas ou viúvas, residentes em domicílios com até 2 pessoas e a maioria (89,1%) com menos de 4 anos de escolaridade.

Deve-se considerar que para os idosos residentes em países como o Brasil, as diferenças na qualidade de vida podem também estar relacionadas a condições econômicas e posições sociais diversas, lembrando que 50 a 80 anos atrás, apenas crianças de origens privilegiadas tinham acesso a educação. Dessa forma, em populações com rendimento baixo ou intermediário, os cuidados domésticos e comunitários tradicionalmente continuam desempenhando um papel muito importante, sendo prioritários em relação aos cuidados institucionais (LLOYD-SHERLOCK, 2000).

Vale lembrar que uma hospitalização demanda altos custos para sociedade e pode trazer como conseqüência um aumento da morbidade dos indivíduos devido ao elevado número de medicamentos utilizados (FLAHERTY *et al.*, 2000). Além disso, em uma internação em casa de saúde ou hospital, pode ocorrer a adição de medicamentos ao tratamento, que servem para tratar problemas agudos, e não necessariamente essa terapia precisa ser continuada após a alta hospitalar. Infelizmente, em alguns pacientes, a rotina de administração de medicamentos é continuada, mesmo quando a provável indicação que levou ao uso do medicamento não está mais presente (ou nunca esteve) (AVORN e GURWITZ, 1995).

COELHO FILHO e RAMOS (1999) encontraram uma maioria (61,4%) de idosos que informou ter procurado serviço de saúde em pelo menos uma ocasião nos últimos seis meses e 37,4%, por mais de uma vez, evidenciando uma morbidade entre a população idosa mais carente do Nordeste brasileiro. As doenças crônicas não

representam, portanto, marca exclusiva de sociedades industrializadas, e tendem a se tornarem ainda mais prevalentes em qualquer região cuja população envelhece.

Comparando-se com o que acontece com os mais jovens, as doenças em geriatria podem apresentar quadro clínico tênue ou atípico, sendo que muitos sintomas considerados normais para idade, acabam tendo sua importância subestimada (AVORN, 1997; CANTERA e DOMINGO, 1998). Em alguns casos a experiência da doença pode induzir estados de ansiedade, aos quais o paciente reage adaptando o seu modo de vida à doença, o que dificulta ainda mais a identificação de um problema. Eles podem apresentar reações fisiológicas que afetam as funções orgânicas (quadros de somatização), reações emocionais (queixas intermináveis) ou até agregação de novos sintomas (pacientes hipocondríacos) (HERSHMAN *et al.*, 1995; CANTERA e DOMINGO, 1998).

O uso racional de medicamentos pode afetar profundamente a mortalidade e a morbidade das populações, uma vez que a maioria das doenças agudas ou crônicas são favoráveis ao tratamento medicamentoso (BEERS, 1997; SECOLI e DUARTE, 2000; TEIXEIRA e LEFÈVRE, 2001). Ao buscar um padrão de consumo de medicamentos entre esses indivíduos de idade avançada, pode-se observar variações dependendo do nível assistencial estudado, mas, em geral, é elevado (BEERS *et al.*, 1991; STUCK *et al.*, 1994; WILCOX *et al.*, 1994; HERSHMAN *et al.*, 1995; BEERS, 1997; RAMOS *et al.*, 1998; COELHO FILHO e RAMOS, 1999; MOSEGUI *et al.*, 1999; BARAT *et al.*, 2000; FLAHERTY *et al.*, 2000; CHEN *et al.*, 2001; HANLON *et al.*, 2001; LINJAKUMPU *et al.*, 2002; PITKALA *et al.*, 2002).

3.3 PADRÃO DE USO DE MEDICAMENTOS EM IDOSOS

Os idosos são os principais consumidores e os maiores beneficiários da farmacoterapia moderna (TEIXEIRA e LEFÈVRE, 2001) porque precisam prevenir, tratar ou reduzir a morbidade. No entanto, é necessário ter cautela, já que modificações fisiológicas, alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas podem surgir com o envelhecimento (AVORN, 1997; CANTERA e DOMINGO, 1998; ALMEIDA *et al.*, 1999; APARASU e SITZMAN, 1999).

Sabe-se que as posologias dos medicamentos são estabelecidas por ensaios clínicos, e estes são realizados com a finalidade de comprovar o potencial terapêutico e ou a toxicidade do medicamento na espécie humana. Todavia, existem algumas diferenças e certas limitações entre o uso convencional do medicamento e um ensaio clínico randomizado. Devemos levar em consideração, por exemplo, que os ensaios clínicos podem não detectar reações adversas pouco freqüentes na população (aquelas que afetam a menos de 1% dos pacientes que usam o fármaco) (LAPORTE *et al.*, 1989).

AVORN (1997) afirma que, mesmo quando alguns idosos são inscritos para participar de estudos clínicos, eles devem estar com 60 anos no máximo e em boas condições de saúde. Esse autor questiona até que ponto a ampla e heterogênea faixa etária dos idosos pode ser resumida, tendo em vista que existe um estrato “mais antigo” desta população, onde realmente ocorrem as alterações fisiológicas de maneira significativa. E nesse caso, justamente as múltiplas enfermidades e a politerapia talvez sejam as duas principais razões para exclusão desses pacientes dos estudos (TEIXEIRA e LEFÈVRE, 2001).

Os maiores custos para indústria farmacêutica residem no capital empregado antes de um produto ser aprovado e lançado no mercado. Portanto, a introdução de uma população heterogênea de sujeitos poderia aumentar a variância, reduzindo a precisão da estimativa do estudo, requerendo amostras maiores ou aumentando a duração de tempo do mesmo. Não surpreendentemente, então, os pesquisadores relutam em envolver idosos nas fases iniciais de ensaios clínicos (AVORN, 1997).

BUGEJA e colaboradores (1997) examinaram todos artigos científicos das revistas *BMJ*, *Gut*, *The Lancet* e *Thorax* entre 1 de junho de 1996 e 1 de junho de 1997 e observaram que um terço dos artigos excluía a participação de idosos sem qualquer justificativa. BAYER e TADD (2000) revisaram todos estudos submetidos ao Comitê de Ética *Bro Taf* nos primeiros sete meses de 1999. Dos 225 estudos, 155 eram de relevância para população idosa e destes, 90 (58%) estabeleciam um limite máximo de idade que variava de 45 a 100 anos (com uma média de 70 anos). Em 85 estudos, a restrição da idade foi considerada desnecessária, mas o Comitê de Ética não solicitou qualquer justificativa para as restrições empregadas. Como exemplo, foram citados estudos relacionados a diabetes tipo II, glaucoma ou utilização de medicamentos anti-inflamatórios não-esteroidais que eram restritos para pessoas

menores de 65 anos e até mesmo um estudo comparando incontinência que era limitado para pessoas menores de 70 anos.

Observa-se, para os idosos, os mesmos problemas que atingem mulheres e crianças, ou seja, a assistência à saúde do idoso tem por base, algumas vezes, estudos que foram realizados em pacientes masculinos adultos. Nesse contexto, uma transposição de resultados apresenta limitações e, muitas vezes, os ajustes propostos também não são adequados (GOLDIM, 2000). Como os pacientes idosos têm sido freqüentemente excluídos dos estudos clínicos, devido a idade e comorbidade, não existe evidência suficiente em relação aos benefícios e riscos relativos dos agentes terapêuticos nesta população (ZHAN *et al.*, 2001). Assim é importante que os Comitês de Ética sejam mais exigentes quanto às justificativas para os limites de idade estabelecidos em pesquisas, uma vez que, dependendo do estudo, a exclusão de pessoas de faixa etária elevada poderia afetar a generalização dos resultados (BAYER e TADD, 2000). Se os pesquisadores em saúde estiverem certos de que os idosos não respondem diferentemente de outros grupos a determinado tratamento medicamentoso, a inclusão desse grupo é desnecessária, entretanto, se esse não for o caso, a inclusão é essencial (AVORN, 1997; BUGEJA *et al.*, 1997; BAYER e TADD, 2000).

Segundo AVORN (1997), as pessoas acima de 65 anos são responsáveis por cerca de 14% da população em países industrializados e consomem cerca de 1/3 da quantidade de medicamentos. Mas o uso de medicamentos pode variar conforme a idade, o gênero, as condições de saúde e outros fatores de natureza social, econômica ou demográfica (ROZENFELD, 2003). O número médio de produtos usados pelos idosos está entre dois e sete, variando conforme o estudo (STUCK *et al.*, 1994; ANDERSON *et al.*, 1996; ALMEIDA *et al.*, 1999; MOSEGUI *et al.*, 1999; FLAHERTY *et al.*, 2000; TEIXEIRA e LEFÈVRE, 2001; LINJAKUMPU *et al.*, 2002).

Segundo ROZENFELD (2003), no Brasil, estudos populacionais sobre o consumo de produtos farmacêuticos evidenciam o uso crescente com a idade, tanto em pequenos povoados do interior, como em grandes centros urbanos. Nesse contexto, os idosos chegam a constituir 50% dos multiusuários e, além da prevalência do uso de determinados grupos de medicamentos como analgésicos, antiinflamatórios e psicotrópicos, há a utilização de um grande número de especialidades farmacêuticas (polifarmácia).

3.3.1 POLIFARMÁCIA

Mais de 80% dos idosos tomam no mínimo um medicamento diariamente (TEIXEIRA e LEFÈVRE, 2001). A baixa freqüência no uso de recursos não-farmacológicos para o manejo de problemas médicos pode contribuir para o desenvolvimento da polifarmácia (ALMEIDA *et al.*, 1999).

Há evidências de que os idosos americanos vivendo na comunidade tomam uma média de 2,7 a 4,2 medicamentos prescritos ou não-prescritos (HANLON *et al.*, 2001), sendo mais freqüentemente utilizados os analgésicos, os diuréticos, os medicamentos cardiovasculares e os sedativos. Já, se estão em instituições de saúde, os medicamentos mais utilizados são antipsicóticos e hipnóticos-sedativos, diuréticos, anti-hipertensivos, analgésicos, medicamentos cardiovasculares e antibióticos (MERCK MANUAL, 2001), com um consumo médio de 2,7 a 10,5 medicamentos (FLAHERTY *et al.*, 2000).

Não existe um consenso sobre um número de medicamentos que expresse polifarmácia. No entanto, ela tem sido definida, basicamente, de duas formas: como o uso concomitante de fármacos, medida por contagem simples dos medicamentos ou como a administração de um maior número de medicamentos do que o clinicamente indicado, avaliada nas revisões clínicas, usando critérios específicos (THOMAS *et al.*, 1999; BEDELL *et al.*, 2000; HANLON *et al.*, 2001; LINJAKUMPU *et al.*, 2002). Esse consumo de vários medicamentos representa, muito freqüentemente, um estado não desejável, em que os pacientes estão alheios às interações medicamentosas e aos princípios farmacocinéticos e farmacodinâmicos dos seus medicamentos (MONANE *et al.*, 1997; BEERS, 1997A; SECOLI e DUARTE, 2000).

Já em relação a uma classificação de polifarmácia, alguns autores têm escolhido o ponto de corte do uso concomitante de 5 ou mais medicamentos (VEEHOF *et al.*, 2000; CHEN *et al.*, 2001; LINJAKUMPU *et al.*, 2002). FLAHERTY e colaboradores (2000) estudaram pacientes acima de 65 anos atendidos em *home care* em relação à polifarmácia e hospitalização, classificando polifarmácia em 3 níveis: 5 medicamentos são normalmente utilizados por pessoas fora do hospital ou residentes na comunidade; uma média de 7 medicamentos são utilizados por pacientes de hospitais ou casas de saúde e, quando 10 medicamentos são utilizados por alguns pacientes, existe um alto risco de reações adversas. Dos 833 pacientes avaliados, cerca de 22,7% (189 pacientes) estavam utilizando um alto número de medicamentos. Embora não se possa

estabelecer se o consumo dos muitos medicamentos possa ter conduzido à hospitalização, o dado é preocupante, tendo em vista que um dos objetivos do *home care* é a prevenção da hospitalização.

Na Dinamarca, 492 indivíduos vivendo em suas próprias casas, descritos por BARAT e colaboradores (2000), usavam uma média de 4,2 medicamentos prescritos e 2,5 medicamentos de venda livre, sendo que 60% usavam três ou mais medicamentos prescritos, 30% usavam três ou mais medicamentos de venda livre e 34% usavam cinco ou mais medicamentos.

No Brasil, ALMEIDA e colaboradores (1999) investigaram o uso de medicamentos entre 184 indivíduos com 60 anos ou mais atendidos no serviço ambulatorial de saúde mental da Santa Casa de São Paulo, obtendo uma média de 2,5 medicamentos consumidos por idoso, sendo que 41% utilizavam 3 ou mais e 11% utilizavam cinco ou mais medicamentos por dia. A elevada prevalência de polifarmácia entre esses indivíduos estava associada ao número de diagnósticos médicos presentes. Em outras palavras, quanto maior o número de problemas médicos identificados, maior a lista de prescrições.

Estudos de MOSEGUI e colaboradores (1999) completam a afirmativa, mostrando que o padrão de uso de medicamentos é bastante influenciado pela prescrição médica e relatando que a qualidade de uso é prejudicada pela baixa seletividade do mercado farmacêutico. TEIXEIRA e LEFÈVRE (2001) estudaram 30 pacientes residentes da comunidade de Maringá, no Paraná, 77% do sexo feminino e 23% do sexo masculino, com idades variando entre 60 e 90 anos. O consumo médio de medicamentos por idoso foi de 3,6, variando de uma a oito especialidades farmacêuticas.

No Rio Grande do Sul, WERLANG (2001) estudou 53 idosos entre 60 e 70 anos provenientes de dois locais distintos: de um programa de pesquisa de hospital privado em Gravataí e posto de saúde de hospital público em Porto Alegre. Observou uma média de 4,3 medicamentos por pessoa, com o seguinte detalhamento percentual: 41,5% para aqueles que utilizam somente três medicamentos de uso crônico e 58,5% para os que fazem uso de mais de três medicamentos de uso crônico.

Não podemos esquecer, no entanto, que o uso de muitos medicamentos, apesar de causar preocupação, pode ser necessário e estar adequado com o estado de saúde

do paciente (AVORN e GURWITZ, 1995). Dessa forma, orienta-se que o próprio paciente e seus familiares sejam educados pela equipe de saúde, no sentido de diminuir os erros mais comuns verificados durante o tratamento (ALIBHAI *et al.*, 1999). É importante não interromper a terapia medicamentosa, respeitar os horários de administração e as doses adequadas, conhecer os cuidados básicos a serem observados quando da administração dos medicamentos e ter atenção para o aparecimento de quaisquer sintomas, os quais podem ser considerados como efeitos indesejados dos medicamentos e exigem a avaliação do médico responsável pelo tratamento.

3.3.2 PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA E CUMPRIMENTO DA TERAPÊUTICA

As principais preocupações da farmacologia clínica incluem eficácia e segurança, dose, complexidade do regime posológico, número de medicamentos, custo e aderência do paciente (MERCK MANUAL, 2001). Assim, para os idosos, o cumprimento da terapêutica ou aderência ao tratamento medicamentoso é um problema, sobretudo para aqueles que vivem sós, sem nenhuma assistência, aqueles que possuem comprometimento cognitivo, estão confusos, com pouca visão, pouca destreza ou falta de memória e os que usam mais de dois medicamentos concomitantemente (EVERITT, 1998; WERLANG, 2001).

Uma pessoa de faixa etária elevada pode, voluntariamente, deixar de cumprir a terapia proposta se está convencida de que o medicamento não lhe é útil. Entretanto, algumas características dos medicamentos podem contribuir para não aderência como sabor desagradável, tamanho da cápsula ou comprimido e tipos de frascos ou embalagens (HARTMANN *et al.*, 2001). Conforme relatado por SILVA (1999), alguns desses pacientes não aderem ao tratamento prescrito e outros acabam modificando o esquema posológico influenciados por fatores farmacológicos, educacionais, sociais, econômicos e psicológicos. Cerca de 40% dos pacientes idosos não administram seus medicamentos conforme foram orientados pelo médico, usualmente diminuindo a quantidade de medicamento prescrito (MERCK MANUAL, 2001) porque atribuem ao medicamento reações desagradáveis (HARTMANN *et al.*, 2001). Também acontece que alguns deixam de usar o medicamento quando já estão se sentindo bem e outros acabam ingerindo uma dose mais elevada com o objetivo de se curar mais

rapidamente. Por vezes esquecem se já tomaram determinado medicamento e passado algum tempo, repetem a dose (HARTMANN *et al.*, 2001).

WERLANG (2001) observou que 26,4% dos pacientes idosos entrevistados se consideravam não-aderentes ao tratamento, sendo que 73,6% consideravam-se aderentes. Entretanto, dos aderentes, 90,3% confirmaram que esqueciam de tomar seu medicamento. Essa autora utilizou o auto-relato como método de avaliação e, nesse caso, ressalta-se a possibilidade de respostas superestimadas em torno da aderência por questões de desejabilidades sociais por parte dos idosos tais como: preocupação em serem aceitos, vontade de agradar ou inibição para confirmar sua possível não aderência.

BARAT e colaboradores (2000) encontrou discrepâncias entre o conhecimento do médico a respeito dos medicamentos ingeridos pelos pacientes e os medicamentos que realmente os idosos ingeriam (25% dos medicamentos utilizados foram usados sem o conhecimento de médicos e 31% da população consultava em dois ou mais médicos). Isso nos mostra que embora os acréscimos no regime posológico ou os “feriados” dos medicamentos sejam estratégias comuns entre os idosos, muitas vezes só são percebidos quando esses pacientes têm um rígido acompanhamento de profissionais em casas de saúde ou hospitais (AVORN e GURWITZ, 1995).

TEIXEIRA e LEFÈVRE (2001) apontam duas vertentes quanto a relação do idoso com a prescrição medicamentosa. A primeira evidencia um sujeito independente, autônomo, com boa memória, que consegue ler o bulário e utilizar o medicamento de forma segura; que não enfrenta problema financeiro para adquirir o medicamento, se relacionando de maneira positiva com a terapia prescrita. A segunda se coloca em oposição. Aparece um sujeito dependente, que quando se esquece de tomar o medicamento no horário toma *a posteriori*; quando o medicamento começa a fazer mal, procura auxílio de um profissional de saúde e a leitura da bula passa a ser feita por alguém da família. Com relação ao custo, procura conseguir um mais barato, ou aguarda até a situação melhorar para adquirí-lo. É muito freqüente que alguns não tenham condições financeiras para pagar os medicamentos e este é o motivo pelo qual podem deixar de comprar os medicamentos de que necessitam (BEERS, 1997).

O uso incorreto dos medicamentos prescritos é outro problema associado a aderência. Foi estimado que cerca de metade de todas as medicações prescritas não produz o efeito desejado, devido à não-obediência às instruções contidas na prescrição

(BEERS, 1997). Deve-se levar em consideração que o idoso pode apresentar dificuldade em entender essas instruções e a confusão se traduzirá nos enganos de doses, intervalos de tempo entre doses, duração do tratamento e até na troca de medicamentos. Nesse sentido, algumas evidências sugerem que a educação fornecida pelos profissionais de saúde no momento da alta hospitalar pode aumentar a compreensão do paciente acerca de seus medicamentos e, conseqüentemente, aumentar a aderência ao regime terapêutico, diminuindo a morbidade e as readmissões hospitalares (ALIBHAI *et al.*, 1999).

A própria prescrição também pode ser evidenciada como um dos fatores capazes de interferir na qualidade e quantidade do consumo de medicamentos. Pode-se encontrar nas prescrições de alguns pacientes idosos, por exemplo, inadequações relacionadas tanto às dosagens e indicações, quanto às interações medicamentosas, associações e redundância - uso de fármacos pertencentes a uma mesma classe terapêutica (MOSEGUI *et al.*, 1999). A prescrição medicamentosa, normalmente coroada pelo argumento do cumprimento da terapia, pode também ser munida de informações importantes, considerando-se o isolamento social, escolaridade, custo e outras características inerentes a pessoas de faixas etárias elevadas. Buscar entender a prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso é tentar compreender em profundidade o verdadeiro significado desse relacionamento, proporcionando medidas efetivas para melhorar o benefício da terapêutica prescrita (TEIXEIRA e LEFÈVRE, 2001).

3.3.3 A AUTOMEDICAÇÃO E A LEITURA DAS BULAS

A automedicação é definida como uso de medicamentos sem prescrição médica, onde o próprio paciente decide qual fármaco utilizar. Inclui-se nessa designação genérica a prescrição (ou orientação) de medicamentos por pessoas não habilitadas (VILARINO *et al.*, 1998). Apesar dos idosos realizarem mais perguntas sobre os medicamentos durante uma consulta e apresentarem menores proporções de automedicação em relação às outras faixas etárias (SLEATH *et al.*, 2001; ROZENFELD, 2003), eles muito pouco discutem com seus médicos a respeito dos medicamentos de venda livre que estão ingerindo (SLEATH *et al.*, 2001).

Cinco dos dez primeiros medicamentos mais utilizados por idosos de países desenvolvidos podem ser obtidos sem prescrição médica (FLAHERTY *et al.*, 2000). Mais de dois terços dos idosos americanos fazem uso de pelo menos um tipo de medicamento sem prescrição, e a média dos EUA é de 2,1 medicamentos (BEERS, 1997). Na Dinamarca, BARAT e colaboradores (2000) encontrou que 87% dos 492 indivíduos vivendo em suas próprias casas recebiam medicamentos prescritos e 72% usavam medicamentos de venda livre.

ARRAIS e colaboradores (1997), ao tratar da automedicação na população brasileira, revelou como subgrupos terapêuticos mais consumidos: analgésicos, descongestionantes nasais, anti-inflamatórios não-esteroidais, vitaminas, antiácidos, hormônios sexuais (anticoncepcionais de uso oral), anti-histamínicos de uso sistêmico, preparados para tosse e resfriado, relaxantes musculares, antidiarréicos e, por fim, os antiasmáticos. Nos idosos, o uso de produtos com o intuito de aumentar a “atividade cerebral” foi considerado elevado (MOSEGUI *et al.*, 1999).

Na busca imediata de resolução para seus problemas de saúde, os idosos podem se utilizar de medicamentos de utilidade nula ou duvidosa, não prescritos pelo médico, como por exemplo, fármacos guardados nas suas residências, conforme relatado por FERNANDES (2000) ou chás e outros produtos classificados como naturais. Também contam com informações transmitidas por seus cuidadores, ou aquelas difundidas em meios de comunicação de massa através de propagandas ou ainda, com as informações redigidas nas próprias bulas dos medicamentos. A associação de informação, experiência com medicamentos e uso de infusões de plantas medicinais denota essa propensão da pessoa em querer cuidar de sua saúde com base nos seus supostos conhecimentos sobre o tratamento das doenças.

Em suas conclusões, VILARINO e colaboradores (1998) descreve que não se pode condenar o ato de se automedicar, tendo em vista que seria socioeconomicamente inviável o atendimento por um médico para solução de todos os sintomas da população. O que se faz necessário é uma adaptação da sociedade e dos profissionais a esse procedimento, com disponibilidade de informações científicas adequadas, sem estímulos ao consumo desenfreado ou ao mito de cura milagrosa.

Buscando o uso racional de medicamentos e uma maior adesão ao tratamento medicamentoso, considerando-se que mais de 80% dos idosos tomam no mínimo um medicamento diariamente (TEIXEIRA e LEFÈVRE, 2001), há necessidade de uma

adequação no formato da bula como um instrumento, ao mesmo tempo técnico e popular.

A bula, definida como o impresso que acompanha um medicamento e que contém as indicações necessárias para o respectivo uso desse (DIC, 1996), nem sempre está “preparada” para suprir essa necessidade da população. Para os profissionais de saúde as informações disponibilizadas nas bulas são insuficientes. Já para os usuários de medicamentos são quase incompreensíveis devido ao volume de informação e a linguagem técnica utilizada (BRASIL, 2003).

Pesquisa da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001b), constatou deficiências nas informações de 48% das bulas de medicamentos produzidos por três dos principais laboratórios que atuam no Brasil. Essa pesquisa apontou a falta de dados a respeito de efeitos colaterais, problemas no uso de dois ou mais medicamentos ao mesmo tempo, reações adversas entre outros. Essa falta de informações, ou a não especificidade dessas em relação aos usuários, pode contribuir para a redução do papel das bulas como material educativo, uma vez que o paciente precisa entender como o medicamento poderá ajudá-lo, especialmente quando se trata de tratamentos crônicos cujos resultados não são evidentes (SILVA *et al.*, 2000).

Outra questão importante, em se tratando de idosos, se refere a legibilidade das bulas, uma vez que a visão deficiente pode também ser responsável por enganos ou dificuldades de leitura das instruções escritas, conduzindo à troca de um medicamento por outro ou má interpretação das bulas (HARTMANN *et al.*, 2001). Em redação antiga, o Decreto 793/1993, em seu artigo 95, §4, IV relatava “as letras deverão guardar entre si as devidas proporções de distâncias indispensáveis à sua fácil leitura e destaque”. Infelizmente, este decreto foi revogado posteriormente pelo Decreto 3181/1999 e este item IV foi suprimido. É claro que para avaliarmos a legibilidade de determinado texto, deveríamos considerar diferentes variáveis, não somente o tamanho da letra, mas também se o texto está compactado ou se existe espaçamento entre os parágrafos, o tipo de letra que está sendo utilizado e se esta está sublinhada, em itálico ou em negrito. Além disso, para verificação de legibilidade, existem distintos métodos de avaliação como distância do papel e velocidade de leitura, compreensão a curto e longo prazo, taxa de piscar de olhos, saltos entre as linhas, regressão na leitura e outros. Infelizmente, como parece impossível testar todas essas variáveis ao mesmo tempo, parecem ser poucas as pesquisas nesse campo (GLUTH, 1999).

A fim de favorecer o entendimento e a legibilidade das informações presentes nas bulas de medicamentos, em novembro de 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançou, para fins de consulta pública, nova proposta de legislação (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001b). O documento previa a existência de duas bulas: uma direcionada aos pacientes, dentro da embalagem do medicamento, escrita em linguagem simples; outra, para os profissionais de saúde, com informações técnicas, através de material informativo impresso ou digital disponibilizado pela própria Agência. Em 29 de maio de 2003, publicou-se a Resolução RDC nº140 (BRASIL, 2003), que regulamentou a existência dos dois tipos de bulas. A Unidade de Farmacovigilância da ANVISA, em parceria com a BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde está desenvolvendo o Sistema de Gerenciamento Eletrônico de Bulas de Medicamentos, que auxiliará na gestão, processamento e disponibilização da informação (BRASIL, 2003).

3.4 EFEITOS INDESEJADOS DOS MEDICAMENTOS

A prevalência de múltiplos problemas e o uso de vários medicamentos são características do processo saúde-doença no idoso (COELHO FILHO e RAMOS, 1999), e aumentam os riscos de efeitos indesejados do tratamento (VIEIRA *et al.*, 1996; BEERS, 1997A; HANLON *et al.*, 1997; ALMEIDA *et al.*, 1999; APARASU e SITZMAN, 1999; BARAT *et al.*, 2000; FIELD *et al.*, 2001).

Os termos efeito indesejado, reação adversa, doença iatrogênica ou paraefeito referem-se a qualquer efeito prejudicial ou indesejável que ocorre após a utilização dos medicamentos nas doses normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de doenças ou sintomas. São eles os efeitos secundários, efeitos colaterais, idiosincrasias, alergias ou hipersensibilidades, tolerância e dependência (SCHENKEL, 1996). As interações entre medicamentos são um tipo especial de reação adversa e podem ser usuais em idosos (RECALDE *et al.*, 1998).

O diagnóstico de uma reação adversa é baseado no histórico detalhado dos medicamentos utilizados (prescritos e não-prescritos) e na relação entre o uso de cada medicamento e o quadro clínico apresentado. Cabe ressaltar que um efeito indesejado pode se manifestar durante as primeiras semanas de uso do medicamento; no decorrer do uso, com o aumento da dose; ou ainda após a suspensão do uso de medicamentos.

Também podem ocasionar agravamento de doença pré-existente (HARTMANN *et al.*, 2001).

HANLON e colaboradores (1997) realizaram um estudo para detectar reações adversas mais freqüentes relatadas por 167 pacientes em ambulatório, que ingeriam cinco ou mais medicamentos. Todos os registros de medicamentos e Reações Adversas aos Medicamentos (RAM) foram avaliados por um farmacêutico clínico que utilizou dois compêndios de farmacologia (*VA Medication Classification System* e *ICD-9 Classification System*) a fim de classificá-las quanto plausibilidade, previsibilidade, classificação terapêutica e sistema orgânico afetado. Foram relatados 93 efeitos indesejados. Destes, 80 (86%) foram confirmados em compêndios pelo farmacêutico clínico e envolviam 72 medicamentos, com alguns medicamentos relacionados a mais do que uma reação adversa. As classes elencadas como mais comumente causadoras de RAM foram os cardiovasculares (33,3%), sendo o sistema gástrico o sistema orgânico mais envolvido (30%). Outro dado alarmante foi de que 95% dessas 80 reações eram preveníveis.

Segundo FIELD e colaboradores (2001) idosos residentes em casa de saúde apresentam alto risco de desenvolver reações adversas a medicamentos, devendo-se ter particular atenção aos novos residentes, pacientes com múltiplas doenças e/ou com múltiplos medicamentos e aqueles com manifestações que incluem delírio, letargia, quedas e hemorragias. O maior fator de risco identificado nesse estudo foi o número de medicamentos regularmente prescritos para cada idoso.

Desidratação advinda do uso de diuréticos, anorexia ou toxicidade pelo uso constante de digoxina, gastrite pelos anti-inflamatórios, hipotensão frente aos anticolinérgicos e sedação pelos hipnóticos ou relaxantes musculares, além de sensações de fadiga, fraqueza muscular e declínio funcional no desempenho de atividades rotineiras, devem ser constantemente avaliados. Episódios de confusão que trazem sérios riscos e danos à segurança do indivíduo, também podem ocorrer (VIEIRA *et al.*, 1996; BEERS, 1997). O risco de reações adversas aos medicamentos aumenta exponencialmente com o número de medicamentos usado, em parte porque a polifarmácia reflete a presença de muitas doenças e pode conduzir a potencialização de determinado efeito ou interações entre medicamentos (MERCK MANUAL, 2001).

Entretanto, apesar do risco aumentado, uma idade avançada não constitui contra-indicação para o uso de medicamentos, contanto que o tratamento seja bem

conduzido. Tanto o médico em sua prescrição, quanto o farmacêutico, no momento da dispensação dos medicamentos, devem explicar detalhadamente como devem ser usados os medicamentos prescritos, as possíveis reações adversas, interações e as vantagens e desvantagens de medicamentos de venda livre.

3.4.1 USO POTENCIAL DE MEDICAMENTOS INAPROPRIADOS

BEERS e colaboradores (1991) estabeleceram critérios para definir uso inapropriado de medicamentos, através da padronização de alguns medicamentos que geralmente deveriam ser evitados em clínicas de saúde ou hospitais e critérios para doses e duração da terapia que não poderiam ser excedidos. STUCK e colaboradores (1994) e WILCOX e colaboradores (1994) utilizaram os mesmos critérios, com algumas atualizações, para avaliar a quantidade de medicamentos inadequadamente utilizados por idosos que vivem na comunidade.

WILCOX e colaboradores (1994) realizaram um estudo transversal por amostragem probabilística nacional com dados do NMES (The National Medical Expenditure Survey), nos Estados Unidos, avaliando o uso de medicamentos por pessoas com idade acima de 65 anos. Esses autores estimaram que 23,5% dos americanos idosos (o que equivaleria a 6,64 milhões de pessoas) recebiam no mínimo um medicamento contra-indicado para esta faixa etária e, dos cerca de 80% de pacientes idosos que utilizavam medicamentos inadequados, 20% consumiam dois fármacos ou mais.

STUCK e colaboradores (1994) discutiram o uso inadequado de medicamentos como um problema comum na comunidade, aumentando-se o risco para indivíduos com polifarmácia ou aqueles com sintomas depressivos. BEERS (1997) complementa o estudo, definindo o uso de medicamentos inadequados quando esses são utilizados de maneira que possam introduzir riscos desnecessários, sem um benefício compensatório.

APARASU e SITZMAN (1999) utilizaram esses critérios para avaliar idosos atendidos em ambulatório acrescentando que as características do paciente, as características do médico e os perfis de uso de medicamentos podem ser preditores do uso de medicamentos inadequadamente prescritos para idosos.

Os critérios para seleção de medicamentos inapropriados estabelecem que os idosos apresentam risco aumentado de toxicidade com alguns medicamentos como benzodiazepínicos de longa duração, anti-inflamatórios não-esteroidais, varfarina, heparina, aminoglicosídeos, isoniazida, altas doses de tiazidas, antineoplásicos e a maioria dos anti-arrítmicos (BEERS, 1997; MERCK MANUAL, 2001). Estima-se em torno de 12 a 40% a prevalência do uso potencial desses medicamentos inapropriados, constituindo-se em uma das maiores preocupações em termos de segurança do paciente, especialmente para população idosa (ZHAN *et al.*, 2001).

No Brasil, entre os 2510 medicamentos utilizados por mulheres idosas do Rio de Janeiro, 84 (3,5%) continham fármacos que poderiam ser substituídos por outros mais seguros, isto é, com menores efeitos adversos. Além disso, observou-se o emprego de cerca de 14% de medicamentos classificados como de “valor terapêutico duvidoso”, ou seja, com princípios ativos de eficácia terapêutica questionável (MOSEGUI *et al.*, 1999).

O uso de medicamentos não adequados pode trazer sérias conseqüências para os idosos. Assim, deve-se lembrar sempre que prescrever medicamentos para essa população envolve uma compreensão das mudanças relacionadas com a idade na estrutura e função de vários órgãos e sistemas (APARASU e SITZMAN, 1999).

4. MÉTODOS

4 MÉTODOS

4.1 O ESTUDO

4.1.1 Delineamento do Estudo

A pesquisa proposta seguiu um modelo de estudo transversal.

4.2 OS ENTREVISTADOS

4.2.1 Descrição da População

Foram sujeitos da pesquisa moradores com 60 anos ou mais, residentes na zona de cobertura do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) do município de Porto Alegre/RS, que concordaram, mediante assinatura de termo de consentimento informado, em responder ao instrumento de coleta de dados proposto.

O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) foi criado em 1983 e atualmente possui treze Unidades de Saúde atendendo uma população de aproximadamente 120000 habitantes, com 310000 famílias cadastradas (GHC, 2000). Grande parte dessa população pertence a camadas médias, e em três dessas áreas de abrangência, é alta a percentagem de idosos. O índice de internações hospitalares é de cerca de 0,8% das consultas mensais (média de 200 internações por mês) (GHC, 2000).

4.2.1.1 Critérios de Inclusão

Pessoas com 60 anos ou mais (limite estabelecido conforme classificação da Organização Mundial de Saúde – OMS), independentes do gênero, que fossem capazes de se comunicar, responsáveis pelo uso dos medicamentos e que aceitassem fazer parte da pesquisa.

4.2.1.2 Critérios de Exclusão

Pessoas que fossem incapazes de se comunicar, que estivessem acamadas, hospitalizadas e aquelas que não aceitassem fazer parte da pesquisa.

4.2.1.3 Estimativa de Tamanho da Amostra

A amostra em questão foi selecionada partindo-se do pressuposto de que o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição apresenta-se como um serviço estruturado, assistindo grande parcela da população que habita a região.

A partir dos objetivos do projeto, selecionou-se a Unidade de Saúde Barão de Bagé e a Unidade de Saúde Coinma por conterem cadastros atualizados das pessoas com mais de 60 anos, o que permitiria um acesso direto aos domicílios a serem visitados e por se apresentarem receptivas à pesquisa. Os idosos residentes na região Vila Margarita, também selecionada, eram atendidos e cadastrados na Unidade de Saúde Coinma.

Para o cálculo da amostra, partiu-se dos dados de VERAS, 1994 que estimou uma prevalência do uso de medicamentos em 80% de idosos entrevistados na cidade do Rio de Janeiro. Considerando-se um intervalo de confiança de 95% e um erro relativo previsto de 5% estima-se uma prevalência entre 75% e 85%.

Utilizando-se o Programa EpiInfo 6.04d (DEAN *et al.*, 1998) para cálculo amostral, a partir dos dados anteriores e levando-se em consideração uma população de 1800 pessoas, com mais de 60 anos, residindo na área de cobertura de 2 unidades do Grupo Hospitalar Conceição, relativas a 3 diferentes áreas geográficas, obteve-se uma amostra de 216 pessoas. Entretanto, adicionou-se 20% a esse número devido a possibilidade de perdas e mais 20% de recusas, chegando-se assim, a uma estimativa de amostra inicial constituída de 302 pessoas.

Com o desenrolar da pesquisa, obtendo-se um número de perdas superior a 40%, realizou-se um novo sorteio a fim de alcançar a meta inicial de 216 pessoas a serem entrevistadas. Todos nomes e endereços foram sorteados novamente através da mesma lista de cadastro dos usuários fornecida pelas Unidades de Saúde que havia sido numerada em ordem ascendente.

A estratégia do sorteio permitia identificar uma pessoa em um endereço. Esses endereços foram agrupados por ruas, de tal maneira que se obtivesse um “roteiro das ruas” a fim de facilitar o trabalho. Cada folha continha uma tabela com o nome de uma rua, os números das casas, o nome da pessoa sorteada naquela casa, o gênero, data de nascimento e espaços para preencher o número de vezes em que aquela pessoa foi procurada, a data e o turno em que se realizaram as visitas.

4.3 A ENTREVISTA

4.3.1 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento de coleta dos dados foi um questionário (conforme modelo no anexo 9.2) preenchido durante a entrevista domiciliar, elaborado a partir dos objetivos principais desse estudo. O desenho do instrumento tentou proporcionar uma maior facilidade e coerência para o entrevistado responder as questões, para o entrevistador captar e anotar as respostas dadas e para o pesquisador responsável tabular e analisar todas essas informações.

Para montagem do instrumento, selecionou-se perguntas de outros questionários em língua portuguesa que foram julgados adequados (IBGE, 1991; MENGUE, 1997; PERETTA e CICCIA, 1998; IBGE, 2000; TEIXEIRA e LEFÈVRE, 2001), montando-se questões que foram experimentadas. Não se utilizou de questionários em outras línguas, levando-se em consideração o difícil acesso e a dificuldade de tradução confiável (por mais de um tradutor, revisão por especialistas e *back translation*).

Durante a fase de testagem do instrumento, o questionário foi revisado por uma agente de saúde que acompanhava o grupo de entrevistadores em uma das áreas, com objetivo de apresentar as características de clareza e simplicidade, ter uma linguagem acessível e popular, sem jargões técnico-científicos de uso não corriqueiro à população-alvo da entrevista.

4.3.2 A Ficha de Entrevista Detalhada

Estabeleceu-se que a entrevista deveria ser realizada em horário que fosse cômodo para o entrevistado. Os horários anteriores às nove horas da manhã e posteriores às dezoito horas deveriam ser evitados. Horários entre 11h e 30min e 14h também não deveriam ser escolhidos porque compreendem o intervalo do almoço ou descanso dos entrevistados ou de sua família. Se dentre as possibilidades de horários, o entrevistado não aceitasse recebê-lo, o entrevistador deveria tentar marcar uma outra hora ou um outro dia que fosse conveniente ao entrevistado.

Cada visita era realizada em dias e turnos diferentes, buscando-se um melhor horário para encontrar o entrevistado em casa. Após a quinta visita domiciliar sem

sucesso, optou-se que a sexta tentativa de abordagem seria via carta padronizada (conforme modelo no anexo 9.5). E, por fim, a sétima, seria via telefone (para aqueles cujo número era disponível) ou novas visitas (quando não se tinha o número telefônico).

4.3.2.1 Apresentações e Identificações

Primeiramente, o entrevistador certificava-se de que a pessoa identificada no cadastro morava naquele domicílio. Em segundo lugar, deveria se apresentar: “Bom dia (Boa tarde), meu nome é....., sou aluno(a) da Faculdade de Farmácia da UFRGS e estou realizando uma pesquisa sobre os principais medicamentos utilizados por pessoas que nasceram antes de 1941 que são atendidas pelo posto de saúde. O(a) Sr(a) gostaria de participar?” “Se o(a) Sr(a) quiser participar, terá que responder a um questionário, mais ou menos por uns 30 minutos ou 40 minutos, onde eu irei anotar suas respostas.”

Caso o indivíduo não aceitasse a visita, o entrevistador tentaria marcar uma outra hora ou um outro dia que fosse conveniente aos dois, colocando-lhe que sua participação era muito importante para esse estudo. Quando havia concordância em participar, o entrevistador deveria preencher os campos relativos aos dados de identificação, data e hora de início da entrevista.

Área: |__| 1 = *Barão de Bagé* 2 = *Coinma* 3 = *Margarita*

Prontuário: |__|__|__|__|__|

Nome: _____

Gênero: |__| 1- *masculino* 2-*feminino*

Data Nascimento: |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Endereço: _____

Data da entrevista: |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Início da entrevista: |__|__| horas |__|__| min

O próximo passo era ler (ou deixá-lo ler) o Termo de Consentimento Informado (conforme modelo em anexo) para que ele pudesse assiná-lo ou não, conforme desejasse ou não participar do estudo.

4.3.2.2 Aspectos Sócio-econômicos

Essas questões tinham por objetivo traçar um perfil da população estudada, a fim de obtermos uma caracterização e localização da amostra através de um levantamento de dados pessoais e sócio-econômicos. Por envolverem assuntos pessoais, elas foram estrategicamente colocadas no final do instrumento de coleta de dados, quando provavelmente já existiria uma certa cumplicidade entre entrevistado-entrevistador.

O registro do nome dos respondentes não visava uma futura identificação, mas a possibilidade do pesquisador estabelecer com o morador uma atitude de respeito e empatia. Já a pergunta relacionada à idade dos entrevistados, forneceu o principal critério de inclusão na amostra.

Para caracterizar fatores culturais da população estudada utilizou-se do nível de escolaridade. Já para caracterizar fatores econômicos foi renda a variável escolhida. Essa resposta podia ser aproximada, não esquecendo que para obtenção da renda total, deveria ser somada a renda em reais de todos os moradores da casa.

Cor: |__| 1-branco 2-preto 3- outros

Com que idade o(a) Sr(a) está hoje? |__|__| anos

O(a) Sr(a) é casado(a) ou tem companheira(o)? |__| 0-não 1-sim

Que idade tem o(a) seu(sua) esposo(a) ou companheiro(a)? |__|__|__| anos

Até que ano da escola o(a) Sr(a) completou? Até |__| série/ano do |__| (0= nunca freqüentou; 1=1º grau; 2=2º grau; 3=3º grau; 4= Primário; 5= Ginásio)

O(a) Sr(a) recebe algum tipo de rendimento? |__| 0- não 1- sim 2- as vezes

Quantas pessoas além do(a) Sr(a) recebem renda nessa casa? |__|__| pessoas

Você saberia me dizer, em reais, quanto recebem as pessoas dessa casa? R\$ |__|__|__|__|

Quantas pessoas moram em sua casa? |__|__| pessoas

4.3.2.3 A Respeito do Cuidador

Um dos critérios de inclusão da amostra também reside no fato de que os idosos entrevistados tenham condições de se comunicar. Apesar disso, sabe-se que algumas pessoas dessa faixa etária apresentam diminuição da capacidade auditiva e visual, dificuldade de destreza nas mãos, falta de memória e dificuldade de entendimento. Devido a esses fatores, é previsível que muitos dos entrevistados sejam auxiliados por um “cuidador”, principalmente no que tange à terapia medicamentosa. Neste estudo foi considerada a possível interferência deste agente no processo da entrevista.

Buscando-se conhecer a interferência do cuidador na terapia medicamentosa e visando identificar o cuidador, verificou-se o tipo de relação existente entre idoso-cuidador e sua interferência no processo terapêutico.

*O(a) Sr.(a) conta com a ajuda de alguém para tomar seus medicamentos? |__| 0- não
1- sim. Se sim, quem lhe ajuda? _____ |__|__|*

*A pessoa que cuida dos seus medicamentos mora junto na sua casa? |__| 0- não 1-
sim 2- as vezes*

*Como ou de que maneira essa pessoa lhe ajuda a cuidar de seus medicamentos? O
que ela faz? _____ |__|__|*

4.3.2.4 Condições de Saúde

Tentou-se identificar as atuais condições de saúde da população estudada como uma possível interferente no consumo de medicamentos. Uma internação hospitalar normalmente é conseqüência de danos maiores e pode conduzir a injúrias, depleções ou perdas significativas, representando um fator de risco para um maior consumo de medicamentos nos idosos, além de submetê-los a um estresse (tanto emocional quanto terapêutico), fragilizando-os em tratamentos posteriores.

Como outro parâmetro para avaliar a condição de saúde atual dos idosos, levando-se em consideração que eles são atendidos primariamente nos Serviços de

Atenção em Saúde, além da internação hospitalar recente, se considerou o número de consultas médicas realizadas e a frequência de consultas no último ano.

O (a) Sr(a) lembra quando foi sua última internação em hospital? |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

O (a) Sr(a) lembra qual foi o motivo que o(a) levou para o hospital? _____ |_|_|_|

O(a) Sr(a) lembra quando foi a última vez que foi atendido(a) por um médico? |_|_|_|
|_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

Quantas vezes o(a) Sr(a) foi atendido(a) pelo médico desde do ano? ___ |_|_|_|

Na última vez em que foi atendido pelo médico, foi por um problema de saúde que o(a) Sr(a) já tinha antes ou por um outro motivo? _____ |_|_|_|

Nesta última vez que o médico lhe atendeu, o(a) Sr(a) recebeu outros remédios diferentes ou continuou com os mesmos? Se não recebeu (colocar 0) Se recebeu outros + continuou com alguns (colocar 3) |_|_|

4.3.2.5 Uso de Medicamentos

Um conceito de “remédio” iniciava a entrevista propriamente dita, para captar, desde o início, todo tipo de terapias as quais os idosos estavam submetidos, uma vez que detectou-se, durante a fase piloto deste estudo, que os idosos consideravam como remédios apenas os medicamentos de ingestão oral. Pedia-se então para que eles trouxessem aqueles medicamentos ou chás que estavam consumindo na data da entrevista:

- Os remédios podem ser usados na forma de xaropes, soluções, suspensões, pós, comprimidos, cápsulas, drágeas, injeções, colírios, conta-gotas, bombinhas, pomadas e outros. Hormônios, chás, homeopatia e suplementos como vitaminas e minerais também são remédios. O(a) Sr(a) está usando algum remédio atualmente? |_|_| 0-não 1- sim

A partir de então, pegava-se um a um os medicamentos, anotava-se o nome comercial, a concentração e completava-se a tabela de medicamentos (conforme pode ser visualizada no anexo 9.2). O nome comercial e a concentração dos medicamentos foram codificados em números através de um banco de dados denominado “banco de PROD”.

Para completar a coluna Per, relativa à periodicidade de uso dos medicamentos, perguntava-se:

- *O(a) Sr(a) usa esse medicamento TODOS OS DIAS (Per=1) ou SÓ QUANDO PRECISA? (Per=2) Caso utilizasse em INTERVALOS DE TEMPO REGULARES, Per=3.*

Os campos 11 e 12 da tabela eram relativos às datas de utilização:

- *Há quanto tempo o(a) Sr.(a) usa este medicamento? Anotar na tabela, na coluna 11, dia (D), mês (M), ano (A). Se não lembrar, fazer aproximações e marcar X na coluna ≈.*

- *Quando foi a última vez que esse medicamento foi utilizado? Anotar na tabela, na coluna 12, dia (D), mês (M), ano (A). Se não lembrar, fazer aproximações e marcar X na coluna ≈.*

Para esse registro das datas, caso o idoso não recordasse, o entrevistador poderia auxiliá-lo utilizando alguns artifícios:

- começava-se fazendo perguntas genéricas para saber o ano: faz tempo? ou faz pouco tempo? anos? meses? dias? “mais de 5 anos?” “mais de 10 anos?” e atribuía-se o ano real relatado (ou aproximado);

- para que ele lembrasse o mês, sugeria-se “lembra se estava frio ou calor?”, “foi no verão”, “foi no inverno”, “foi antes do Natal” e outras e atribuía-se o mês real relatado (ou aproximado);

- se ele não conseguia precisar o dia do mês, indagava-se “foi no início”, “meio” ou “fim do mês”, usando para o “início” dia 1, para “meio” dia 15 e para “fim” dia 30.

Na coluna 13 da tabela, registrou-se os horários de administração de cada medicamento e como estes horários eram lembrados e na coluna 14, as quantidades de medicamentos relacionadas a cada horário e os relatos de trocas nestas quantidades foram anotados.

- *Quais os horários que o(a) Sr(a) toma esse medicamento? Anotar na tabela os horários, procurando distribuir nas colunas. Fazer aproximações se necessário.*

- *Se a resposta anterior foi dada através dos horários do relógio, Diz=1; se foi em função das refeições do dia, Diz= 3; se foi em função do turno, Diz=4.*

- Qual a quantidade deste medicamento que o(a) Sr(a) usa nestes horários? Anotar na tabela em posições respectivas aos horários.

- Se a pessoa referisse qualquer troca ou mudança de posologia, anotava-se na coluna TC=1; caso contrário, TC=0.

Para identificar a origem do medicamento relatado, perguntava-se *Como ou de que maneira esse medicamento foi adquirido?* As respostas, por sua vez, foram codificadas da seguinte forma: comprou=1, pegou no posto médico=2, ganhou=3, alguém emprestou=4, foi o médico que lhe deu=5.

Para preenchimento da coluna 16 da tabela de medicamentos, realizava-se a seguinte questão: *O(a) Sr(a) já sentiu alguma reação diferente enquanto toma esse medicamento?* Se a resposta fosse “sim” perguntava-se qual a reação e anotava-se no campo correspondente.

Por fim, após a descrição dos medicamentos expostos pelo idoso, confirmava-se a quantidade de medicamentos relatada na tabela através da pergunta: *Além destes medicamentos que o(a) Sr(a) me contou, tem algum outro remédio que o(a) Sr.(a) esteja tomando para ajudar no tratamento? Qual?*

Nesse sentido, além dos medicamentos já listados na tabela, buscando captar outros medicamentos de uso comum entre os idosos, que poderiam ter sido esquecidos no auto-relato, organizou-se uma pergunta induzida.

- Além desses medicamentos que o(a) Sr.(a) já me contou, teve algum outro medicamento, nesta última semana, desde....., que o(a) Sr(a) tomou para...

... dor?	
... diarreia?	
... problemas nos rins ou bexiga?	
... problemas de digestão?	
... gripes ou resfriados?	
... emagrecer?	
... alergia?	
.. tomou alguma vitamina?	

Caso o entrevistado não houvesse relatado nenhum medicamento na tabela, essa mesma questão era direcionada a ele com um formato diferente: *E nesta última semana, desde..... o(a) Sr(a) tomou algum medicamento para...*

... dor?	
... diarreia?	
... problemas nos rins ou bexiga?	
... problemas de digestão?	
... gripes ou resfriados?	
... emagrecer?	
... alergia?	
... tomou alguma vitamina?	

Em local específico, em cima da tabela de medicamentos, montou-se uma tabela de refeições para registro do horário em que estas eram realizadas.

- *Quais os horários que o(a) Sr(a) normalmente realiza suas refeições?*

4.3.2.6 Automedicação

Na busca imediata de resolução para seus problemas de saúde, as pessoas podem utilizar medicamentos de utilidade nula ou duvidosa, não prescritos pelo médico, como por exemplo fármacos guardados nas suas residências (FERNANDES, 2000). Algumas questões foram elaboradas na tentativa de compreender esta tendência de automedicação entre os idosos, qual o impacto disto nesta população e ainda se é a automedicação a principal responsável pela polifarmácia.

O(a) Sr(a) costuma olhar receitas antigas e usar de novo esses medicamentos que já tinham lhe indicado há tempos atrás? |__| 0-não 1-sim, porque olha? ____ |__|

Você costuma procurar um médico quando fica doente? |__| 0-não 1-sim 2- as vezes

Muitas pessoas usam alguns remédios quando não conseguem marcar consulta com seu médico. Alguma vez você já precisou usar medicamentos sem consultar um médico? |__| 0-não 1-sim, lembra para que: _____ |__|

O(a) Sr(a) lembra quantas vezes já precisou usar medicamentos sem consultar um médico? _____ |__|__|

O(a) Sr(a) lembra qual o nome desse(s) medicamento(s) que já usou por conta própria? |__| 0- não 1- sim

As vezes os médicos dão uma receita com um medicamento que está faltando no posto, o que o(a) Sr(a) faz? _____ |__|__|

Alguém mais usa dos seus medicamentos? |__| 0-não 1-sim, quem? ____ |__|__|

4.3.2.7 Bulas

A falta de informações ou a não especificidade das bulas de medicamentos em relação aos usuários pode contribuir para a redução do seu papel como material educativo, uma vez que o paciente precisa entender como o medicamento poderá ajudá-lo, especialmente quando se trata de tratamentos crônicos cujos resultados não são evidentes (SILVA *et al*, 2000). Visando observar como é o comportamento dos idosos em relação à leitura das bulas de medicamentos, idealizou-se uma seqüência de questões.

Sabemos que algumas bulas têm uma letra muito pequena. O(a) Sr(a) costuma ler a bulas dos medicamentos? |__| 0-não 1-sim

Por que o(a) Sr(a) lê? _____ |__|__|

Por que o(a) sr(a) não lê? _____ |__|__|

O (a) Sr(a) consegue ler toda a bula do medicamento? |__| 0-não 1-sim

Quais as partes da bula que o(a) Sr(a) lê ? _____ |__|

4.3.2.8 Trocas nas Posologias dos Medicamentos

Segundo HARTMANN e colaboradores, 2001, muitas vezes os idosos apresentam dificuldades em entender as instruções recebidas na prescrição. A confusão se traduz por enganos de doses, intervalos de tempo, duração do tratamento e até troca de medicamentos. Além dos eventuais esquecimentos dos horários de administração dos medicamentos, por vezes, eles podem não usar a dose por inteiro

ou deixar de usar quando já estão se sentindo bem. Não raramente também, tomam uma dose mais elevada de um medicamento com o objetivo de se curar mais rapidamente. Visando evidenciar essas possíveis trocas nas quantidades e horários de ingestão dos medicamentos, realizou-se uma seqüência de perguntas abertas aos idosos (além da anotação referente a questão 14 da tabela de medicamentos).

Às vezes algumas pessoas esquecem o horário de tomar o medicamento. Isso já aconteceu com o(a) Sr(a)? 0-não 1-sim, quantas vezes? _____

O que você fez quando esqueceu o horário que deveria ter tomado o medicamento? 1- tomou logo que lembrou, 2- tomou no próximo horário (pulou o horário que esqueceu), 3- tomou o próximo em dobro 4- outro: _____ .

Às vezes, as pessoas trocam a quantidade de medicamento para mais ou para menos. Em algum momento você já trocou para uma quantidade diferente daquela que o médico havia lhe indicado? 0-não 1-sim, porque: _____

4.3.2.9 Uso de Plantas Medicinais

Os idosos tendem a utilizar chás e produtos classificados como naturais sem qualquer preocupação, na busca imediata de resolução para seus problemas de saúde. Atendendo a uma preocupação dos Serviços de Saúde Comunitária (SSC) com essa realidade, verificou-se a quantidade e a qualidade do consumo de plantas medicinais nesta população através de questões relativas ao uso de chás pelos idosos (conforme pode ser visualizado no anexo 9.2 na tabela de chás).

O(a) Sr(a) têm tomado algum tipo de chá na última semana? 0-não 1-sim

Com que frequência (quantas vezes) o(a) Sr(a) toma esse chá? (Anotar na coluna "Per" da tabela de chás a periodicidade: 1 =por dia, 2 =por semana, 3 =por mês, 4 = por ano)

Como o(a) Sr(a) prepara ou faz esse chá? (descrever a parte da planta a granel ou quantos sachês e em quanto de água.)

Quanto o(a) Sr(a) utiliza desse chá?

Como ou de que maneira esse chá foi adquirido? (Colocar na tabela de chás no campo origem)

4.3.2.10 Relato de Reações Adversas

Nos idosos, o objetivo da terapia medicamentosa pode estar prejudicado em função do crescente número de efeitos indesejados dos medicamentos (HANLON *et al.*, 2001a; GURWITZ *et al.*, 2003). Para buscar informações, optou-se por investigar o que essa população está relatando sobre os efeitos indesejados dos medicamentos.

Às vezes, alguns medicamentos podem causar reações desagradáveis. Alguma vez o(a) Sr(a) já sentiu reações diferentes enquanto estava tomando um medicamento?
|_| 0=não 1=sim, quais? (Perguntar o nome do medicamento que causou a reação)

	Reação adversa	Medicamento	
1			
2			
3			
4			
5			

Foi formulada uma questão aberta, abrangente e outra fechada, contendo uma lista de sintomas que os idosos poderiam reconhecer como reações adversas. Após a pergunta direta e após a pergunta induzida foram inseridas “questões neutras” sobre hábitos de alimentação, a fim de que o instrumento não se tornasse “insistente” na busca de respostas sobre reações adversas.

Com que freqüência o(a) Sr(a). costuma ingerir os seguintes alimentos?

	N^o vez.	Período
<i>Queijo</i>		
<i>Leite</i>		
<i>Requeijão</i>		
<i>Creme de leite</i>		
<i>Nata</i>		
<i>logurte</i>		

Para Período, completava-se com: 0=Não consome 1=dia 2=semana 3= mês 4= ano

Quando o médico nos receita um medicamento sólido, precisamos ingerir junto com algum líquido: leite, água, chá, suco ou outros. Com qual deles o(a) Sr(a) toma os

medicamentos normalmente? |_| 1-com leite 2-com água 3-com chá 4-com suco 5-com outro, qual? _____ quantidade aproximada: _____

As pessoas podem desenvolver reações a certos medicamentos. Algum medicamento já lhe causou... (0-não 1-sim 8-não lembra Se “sim” anotar nome do medicamento)

Reação adversa	Medicamento	
dor de cabeça		
Sono		
ficar sem sono		
ficar nervoso, atacado		
Depressão		
visão borrada		
ficar sem escutar		
perda de apetite		
Boca seca		
Gases		
Indigestão		
Pressão alta		
tremor de braços e pernas		
Fraqueza		
Dor nas juntas		
cãibras, formigamentos		
Dor de estômago		
Náuseas		
Vômitos		
Diarréia		
ficou trancado, sem conseguir ir aos pés		
pressão baixa		
disparou o coração		
feridas na pele		
coceira, alergia		

4.3.2.11 Finalizando a Entrevista

Ao acabar a entrevista, o entrevistador deveria perguntar se o idoso gostaria de falar sobre algum outro detalhe que possa ter escapado à entrevista em relação ao uso dos medicamentos.

Caso o idoso ainda tivesse dúvidas sobre o uso de medicamentos, o entrevistador deveria incentiva-lo a retornar ao posto de saúde e conversar com seu médico. Por fim, o entrevistador poderia anotar no campo “impressões da entrevista” suas próprias observações e impressões em relação a entrevista. Por fim, agradecia a disponibilidade do entrevistado e se despedia.

Existe mais alguma observação que o(a) Sr.(a) gostaria de fazer sobre os medicamentos que já usou? (deixar espaço livre para o entrevistado relatar) ___ |__|

Fim da entrevista: |__|__| h |__|__| min

Agradecer a colaboração

Impressões da entrevista: _____

4.3.3 Aspectos Éticos e Consentimento

O paciente participou desta pesquisa mediante seu livre consentimento. Um Termo de Consentimento Informado foi elaborado e adaptado a uma linguagem simples, com o auxílio de um agente de saúde. Entre as demais informações, estão presentes: o nome do projeto, da pesquisadora responsável, telefone para contato, os objetivos do estudo e como os dados serão utilizados.

Nessas condições (conforme modelo no anexo 9.1) ele foi lido e assinado antes do início de cada entrevista, garantindo-se os princípios de respeito à pessoa, privacidade, confiabilidade e o anonimato dos dados dos indivíduos pesquisados. Na impossibilidade da obtenção de assinatura do próprio entrevistado (por exemplo, no caso de analfabetos), o Termo de Consentimento Informado era lido na presença do entrevistado e de uma testemunha (parente ou vizinho) que assinava o documento conforme aceitação do entrevistado.

O projeto para execução deste estudo foi encaminhado e analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP-GHC), obtendo parecer aprovado em reunião ordinária de 12/09/2001 (conforme documento no anexo 9.3).

4.4 OS ENTREVISTADORES

4.4.1. Trabalho de Campo

Montou-se uma equipe de colaboradores constituída por dois bolsistas de iniciação científica e três voluntários estudantes de Farmácia da UFRGS, além da estudante de pós-graduação responsável pelo projeto.

Foram confeccionados e distribuídos crachás de identificação (conforme modelo no anexo 9.4) para cada entrevistador participante do projeto e o uso deste com o jaleco branco, durante as visitas domiciliares, era obrigatório. Junto ao xerox das fichas de entrevistas, também se distribuiu uma caneta esferográfica azul e uma prancheta para cada entrevistador. Em uma das Unidades de Saúde, obteve-se a colaboração de um agente de saúde que acompanhava a equipe nas visitas domiciliares.

Realizou-se um treinamento, com atividades de integração e capacitação onde foram apresentados o projeto em questão e o protótipo da ficha de entrevista aos participantes. A entrevista deveria ser conduzida com as próprias palavras contidas na ficha, apenas eventualmente o entrevistador poderia trocar a palavra “Sr(a)” por você/ tu ou pelo nome do entrevistado.

Foi lembrado de que a maioria das pessoas com idade elevada não gosta de estereótipos, portanto recomendou-se tratá-los com gentileza e respeito, evitando chamá-los de idosos. Os entrevistadores deveriam evitar improvisar explicações para as perguntas e utilizar-se de tom de voz e sinais não-verbais de forma uniforme, uma vez que a pergunta precisa ser auto-explicativa. Se houvesse necessidade de algum comentário adicional, significava que a questão não estava clara e, portanto, deveria ser revisada.

Com essas orientações, cada participante do estudo realizou três entrevistas testes (uma em grupo, na própria sala de reuniões, simulando a população-alvo e o momento da entrevista; outra com população aleatória, nas proximidades de seus lares; e outra nas unidades envolvidas na pesquisa), sempre com o acompanhamento da pesquisadora responsável. Além dessas, foram realizadas 10 entrevistas para testar

a viabilidade e adequação do instrumento, com pessoas de faixas etárias entre 57 e 58 anos, residentes nas unidades envolvidas na pesquisa, na fase piloto.

Em reunião ordinária nas Unidades de Saúde onde as atividades se realizariam, o projeto foi explanado e apreciado e os entrevistadores foram apresentados às respectivas equipes multidisciplinares. Na Unidade Coinma, os entrevistadores participaram também de uma reunião com o grupo de idosos da unidade, apresentando-se e distribuindo folhetos explicativos a respeito do estudo que seria realizado no local, uma vez que existem estudos que revelam que essa abordagem escrita é importante para a população acima dos 75 anos (SMEETH *et al.*, 2001). Os idosos revelaram-se satisfeitos com a idéia da pesquisa e dispuseram-se a distribuir os folhetos pela região, aos vizinhos e amigos, para que os objetivos pudessem ser alcançados. Entretanto, vale ressaltar que essa técnica não trouxe conseqüências significativas para o trabalho.

Também se realizavam reuniões semanais com a equipe de entrevistadores para esclarecimentos de dúvidas e correções do instrumento. Durante as reuniões periódicas promoveu-se a troca de experiências, comentando-se dificuldades e curiosidades do trabalho, monitorando procedimentos e lançando novos desafios a cada semana. Foi interessante notar o crescimento da equipe e, ao mesmo tempo, a contribuição individual de cada participante, ao longo do desenvolvimento dos trabalhos.

Como o instrumento de coleta de dados contemplava questões abertas e fechadas, podia-se observar variações individuais que perpassavam os treinamentos e os próprios objetivos do trabalho. Enquanto alguns entrevistadores eram extremamente analíticos na coleta de informações, outros eram criteriosamente detalhistas. Uns mais preocupados, mais assíduos, outros nem tanto. Esse conjunto de pessoas com diferentes características, habilidades, experiências, disponibilidades de tempo e deslocamento para executar suas “funções”, constituiu uma equipe, onde a padronização dos procedimentos foi a chave da reprodutibilidade.

4.5. AS INFORMAÇÕES OBTIDAS

4.5.1. Coleta dos Dados

A coleta de dados foi realizada nos domicílios dos pacientes sorteados e os entrevistadores pediam para que os idosos trouxessem os medicamentos que eles estavam utilizando antes de iniciar a entrevista.

4.5.2. Sistema de Armazenamento dos Dados

Os formulários de entrevistas preenchidos manualmente pelos entrevistadores foram reunidos e codificados em banco de dados através do Programa EpiData versão 2.1a (LAURITSEN *et al.*, 2001). A cada pergunta do questionário foram atribuídos nomes para as variáveis que identificam os campos de respostas, montando-se um dicionário de variáveis, ou seja, uma ficha de entrevista padrão, contendo as variáveis que identificam cada campo de resposta.

4.5.3 Análise dos Dados

4.5.3.1 Análise Estatística dos Dados

A análise estatística dos dados foi realizada com o auxílio do Software Epi-info versão 6.04 (DEAN *et al.*, 1998) que permite realizar análises descritivas, fornece frequências absolutas e relativas, média, variância, desvio padrão, testes de significância, análise de variância (ANOVA), Chi-quadrado, valor de p, razão de probabilidade, entre outros. As análises por regressão logística múltipla foram realizadas através do Programa SPSS versão 7.5.

4.5.3.2 O Discurso do Sujeito Coletivo

As questões abertas foram listadas separadamente. Para análise das questões abertas empregou-se a técnica do discurso do sujeito coletivo (LEFÈVRE *et al.*, 2000), que consiste num conjunto de procedimentos de tabulação e organização de dados discursivos e quantitativos.

Esses procedimentos foram previamente utilizados por TEIXEIRA e LEFÈVRE, 2001 para descrever a prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. O discurso do sujeito coletivo representa um recurso metodológico, destinado a tornar

mais claras e expressivas as representações sociais. Com o sujeito coletivo, os discursos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora, já que o que se busca fazer é precisamente o inverso, ou seja, *reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessário para expressar uma dada “figura”, um dado pensar ou uma representação social sobre um fenômeno.*

4.5.3.3 Classificação dos Medicamentos e Polifarmácia

Os medicamentos foram classificados de acordo com o *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC, 2000)* do “Nordic Council on Medicine”, onde eles são divididos em diferentes grupos de acordo com o órgão ou sistema em que atuam e suas propriedades químicas, terapêuticas e farmacológicas. Para análise de polifarmácia foi considerado o primeiro e o segundo nível da classificação ATC.

A polifarmácia foi definida como sendo o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos nos últimos sete dias, incluindo o dia de realização da entrevista.

Análise de regressão logística foi empregada para investigar o impacto das variáveis demográficas e clínicas sobre a polifarmácia, colocando-se as 3 diferentes áreas pesquisadas como contraste. A regressão logística avaliou de forma concomitante os efeitos idade, gênero, cor, renda, escolaridade, situação conjugal, hospitalização no último ano e atendimento clínico no último ano.

4.5.3.4 Classificação dos Cuidadores do Uso de Medicamentos em Idosos

Para esse estudo, foi utilizada a expressão “guardião” como aquela pessoa que ajuda o idoso a tomar conta de seus medicamentos, orientando-o quanto à sua utilização.

4.5.3.5 Classificação das Reações Adversas e Eventos Adversos ao Uso de Medicamentos Relatados por Idosos

As reações adversas relatadas foram codificadas através da Classificação Internacional de Doenças 10ª edição (CID-10).

Foram considerados eventos adversos ao uso de medicamentos aqueles provenientes tanto de reações adversas, quanto de erros na prescrição, dispensação

ou não-aderência do paciente, representando toda e qualquer situação prejudicial que surge com a utilização de medicamentos (BATES *et al.*, 1995; LEAPE *et al.*, 1995; GURWITZ *et al.*, 2003).

5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1 Coleta de Dados

Ao todo, foram sorteados 503 nomes da lista de pacientes do serviço. Deste total, 51 (10%) haviam falecido, 86 (17%) se mudaram, 50 (10%) não eram conhecidos nos endereços cadastrados ou estavam com seus registros trocados, 25 (5%) foram excluídos a partir dos critérios estabelecidos e apenas 4 (0,8%) não quiseram responder à entrevista.

Para totalizar o número amostral calculado de 216 pessoas, foram realizadas 1006 tentativas de contato, com limites de 1 a 11 tentativas, com ou sem sucesso, obtendo-se uma média de 2 tentativas por sorteado. Após limpeza do banco de dados, obteve-se 215 pessoas para análise.

Nem todas questões utilizadas no instrumento de coleta de dados foram trabalhadas na análise, existindo propostas de trabalhos posteriores. Entretanto, em alguns casos, a estrutura da pergunta realizada na ficha de entrevista não estava adequada à sensibilidade da análise.

5.2 Caracterização da População

Foram entrevistadas 103 (48%) pessoas na Unidade de Saúde Barão de Bagé, 87 (40%) na Unidade de Saúde Coinma e 25 (12%) provenientes da Vila Margarita. Do total de entrevistados, 141 (66%) eram mulheres; 115 (53%) tinham cônjuge, 157 (73%) brancos e conforme pode ser observado a partir dos dados da tabela 1, 117 (54%) estavam na faixa etária entre 60 e 70 anos.

Tabela 1 – Distribuição dos indivíduos segundo faixa etária

Faixa etária	N	%	% Cum
De 60 até 70	117	54	54
De 70 até 80	79	37	91
De 80 até 90	16	7	98
Acima de 90	3	2	100
Total	215	100	100

Na Tabela 2 os indivíduos pesquisados estão distribuídos em relação ao seu grau de escolaridade, observando-se que 145 (67%) cursaram algum nível do ensino fundamental.

Tabela 2 – Distribuição dos indivíduos em anos de escolaridade

Escolaridade	N	%	% Cum
Analfabetos	21	10	10
Ensino fundamental	145	67	77
<i>Da 1ª a 5ª série</i>	78	36	46
<i>Da 5ª a 8ª série</i>	67	31	77
2º grau ou equivalente	35	16	93
Superior	14	7	100
Total	215	100	100

Em relação à renda, a mínima relatada foi de R\$ 80,00 e a máxima R\$ 5000,00. Percebeu-se que a moda da renda mensal foi R\$180,00, valor correspondente ao salário mínimo na data da entrevista.

Tabela 3 – Distribuição da renda em quartis

Quartis	Renda	N	%	% Cum
1º quartil	Abaixo de 360 reais	60	28	28
2º quartil	De 360 até 500	44	20	48
3º quartil	De 500 até 900	58	27	75
4º quartil	Acima de 900	53	25	100
Total		215	100	100

5.3 Condições de Saúde da População e Automedicação

Quando doentes, 163 (76%) idosos afirmaram que procuravam ao médico, mas 32 (15%) disseram que procuravam somente às vezes e 20 (9%) não consultavam. Do total da amostra, 187 (87%) haviam realizado no mínimo uma consulta médica no último ano, conforme pode ser visto na Tabela 4.

Tabela 4 – Frequência de tipo de atendimento médico por tempo

Tipo de Atendimento	Tempo <1 ano	Tempo > 1 ano
Última consulta	187 (87%)	27 (13%)
Última internação hospitalar	74 (35%)	137 (65%)

A frequência de consultas médicas realizadas neste mesmo período foi classificada da seguinte forma:

- de 0 a 4 consultas/ano: 107 (50%) usam *ocasionalmente* os serviços de atenção em saúde;
- acima de 4 até 12 consultas/ano: 89 (42%) *normalmente* se utilizam dos serviços, na maioria das vezes com um evento justificador;
- realizam acima de 12 consultas/ano: 18 (8%) *muito freqüentemente* dependem dos serviços primários de atenção em saúde.

Dos participantes da pesquisa, 71 (33%) haviam utilizado medicamentos sem consultar um médico, sendo que 44 (20%) lembravam o nome das especialidades farmacêuticas e 45 (21%) lembravam o motivo pelo qual haviam procurado automedicação, sendo dor não especificada 24 (53%) e cefaléia 4 (9%) as principais causas. Para esses que relataram automedicação, foi questionado quantas vezes haviam utilizado medicamentos sem consultar um médico e essas respostas podem ser analisadas através da Tabela 5.

Tabela 5 – Idéia central e discurso do sujeito coletivo dos idosos em relação à pergunta: "O(a) Sr(a) lembra quantas vezes já precisou usar medicamentos sem consultar um médico? (n = 71*)

Idéia central (1)	Discurso do Sujeito Coletivo (1)
OCASIONALMENTE, QUANDO PRECISA 35 (49%)	Algumas vezes; poucas vezes; uma vez; duas vezes; +/- 3 vezes; +/- 10 vezes; não muitas vezes; poucas vezes (+/- 10 vezes); quando se sente mal; sempre que precisa; é difícil; dificilmente; se doença volta, usa; acha que é uma vez; as vezes; muito poucas; só fazia quando mais nova; muito poucas vezes; algumas vezes, raro
Idéia central (2)	Discurso do Sujeito Coletivo (2)
FREQÜENTEMENTE 21 (30%)	Inúmeras vezes; muitas vezes; várias vezes; bastante vezes; várias, jogava futebol e precisava

* 7 (10%) não lembram quantas vezes; 8 (11%) informações perdidas por "missing"

Em relação a hipótese deles olharem receitas antigas para buscar medicamentos prescritos anteriormente, 34 (16%) confirmaram a ação, formando um sujeito coletivo que está descrito na Tabela 6.

Tabela 6 – Idéia central e discurso do sujeito coletivo dos idosos em relação aos motivos de olhar receitas antigas e usar de novo medicamentos que já tinham lhe indicado tempos atrás (n = 34*)

Idéia central (1)	Discurso do Sujeito Coletivo (1)
SE HOVEREM FALHAS NO SISTEMA DE ATENDIMENTO EM SAÚDE (N = 8)	Porque não consegue consulta; dificuldade de consulta no posto, toma antibiótico; porque se vai no médico ele dá a mesma coisa; para ver quanto tomou; não sabe o porquê, mas sempre olha; médico viajou, então comprou; em caso de dúvida sobre algum medicamento prescrito; para levar no posto para pegar o medicamento
Idéia central (2)	Discurso do Sujeito Coletivo (2)
SE O MEDICAMENTO FEZ BEM (N = 24)	Olha se o medicamento fez bem; as vezes se faz necessário, quando precisa; se necessitar, mas faz muito tempo que não faz; se tinha os mesmos sintomas anteriores; se fez bem, usa de novo; quando o remédio faz bem guarda a embalagem e compra de novo; se é a mesma coisa, sim (se é antibiótico não); para usar o remédio por um mesmo motivo; porque se sente bem com o remédio receitado; porque o médico acertou quando ele tinha sinusite: deu remédio bom e barato; para usar o medicamento p/outra coisa; olha quando usou um medicamento que lhe fez bem; usa um xarope que o médico receitou e gostou; quando se machuca toma anti-inflamatórios; porque teve o mesmo problema; apenas renova a receita porque usa sempre os mesmos; porque tem que tomar o remédio continuamente; já sabe que o medicamento é bom; porque o remédio fez bem e sentia dor; porque tinha um problema que já havia tido, e como conhecia o remédio sabia que podia tomar; faz aproveitamento das receitas; confia nas receitas antigas; porque é curioso e por automedicação

* Existem 2 casos perdidos (por "missing")

E ainda quando questionados sobre o que fariam se os medicamentos que precisassem utilizar não estivessem disponíveis no posto de saúde, os idosos responderam conforme está descrito na tabela 7.

Tabela 7 – Idéia central e discurso do sujeito coletivo dos idosos em relação a questão “As vezes os médicos dão uma receita com um medicamento que está faltando no posto, o que o (a) Sr(a) faz?” (n = 215*)

Idéia central (1)	Discurso do Sujeito Coletivo (1)
COMPRA NA FARMÁCIA 161 (76%)	Compra; compra quando tem dinheiro; compra se não é muito caro; arruma dinheiro para comprar; compra na farmácia se tem dinheiro, senão fica sem o medicamento; compra na farmácia ou tenta conseguir amostra grátis; compra, mas antes pesquisa em um posto específico; compra, mas antes pesquisa nos outros postos; compra na farmácia se tem dinheiro, não vai nos outros postos à toa; compra o genérico; compra outro com a mesma substância ativa; compra em farmácia de manipulação; não usa o posto, compra; não costuma pegar medicamento no posto porque trabalha numa farmácia e tem desconto.
Idéia central (2)	Discurso do Sujeito Coletivo (2)
ESPERA OU PROCURA 40 (19%)	Procura em outro posto; procura em outros postos (Modelo, Santa Marta, IAPI, Bom Jesus, Cruzeiro, Rubem Berta, Paineira); procura em outro posto ou pede para o médico trocar; procura em outros postos e só então compra na farmácia; procura na farmácia do SESI porque foi da indústria, se não encontra, compra; toma outro no lugar que faz o mesmo efeito; espera o remédio chegar no posto; espera, procura em outro posto ou arruma dinheiro emprestado para comprar; espera, procura nos outros postos ou compra; espera ou compra; nunca espera terminar, quando termina pede emprestado.

* Existem 3 casos perdidos (por “missing”), 10 casos que não se utilizam dos serviços e 1 caso que referiu nunca ter acontecido

Em 28 casos relatados (13%), outras pessoas serviam-se do mesmo medicamento que os entrevistados. Essa transferência de medicamentos não seguiu um padrão, ou seja, ocorreu tanto por proximidade ambiental (vizinhos), quanto nos diversos níveis de gerações: ascendentes, descendentes ou laterais .

5.4 Em relação ao Guardião

No caso deste estudo de utilização de medicamentos em idosos, foi definido como “guardião” a pessoa que, não necessariamente mora no mesmo domicílio que o idoso, mas está sempre conferindo, avisando ou lembrando sobre o uso de medicamentos, principalmente no que se refere aos horários de administração.

Dos entrevistados, 49 (23%) contam com a ajuda de um guardião que era em 28 (57%) dos casos descendentes e em 20 (41%) companheiros ou irmãos.

As principais funções dos guardiões descritas pelos idosos foram: ajuda a lembrar dos horários; ajuda a controlar, principalmente quando é mais de um medicamento; acorda nos horários, separa os medicamentos; ajuda a lembrar, aos berros; avisa o horário, pergunta se já tomou; dá os medicamentos nos horários certos; liga para perguntar se já tomou medicamento; prepara chás; faz uma tabela de horários; tem escala na memória, ele que dá os medicamentos; vê quais são os horários, explica como tomar; escreve os horários determinados pelo e dosagem na caixa; faz tudo; coloca o colírio no olho; arruma os medicamentos; corta comprimidos que precisam tomar só metade; mostra e separa os medicamentos; orienta o que deve fazer; pega o medicamento e dá em mãos; quando começa um novo tratamento, ajuda; responde as suas dúvidas; ajuda a comprar; compra quando falta; pagam médico; busca para ela quando não tem no posto.

5.5 Prevalência do Uso de Medicamentos

A prevalência do uso de medicamentos nessa população foi determinada através de duas questões: uma aberta e outra orientada. A questão aberta “*Os remédios podem ser usados na forma de xaropes, soluções, suspensões, pós, comprimidos, cápsulas, drágeas, injeções, colírios, conta-gotas, bombinhas, pomadas e outros. Hormônios, chás, homeopatia e suplementos como vitaminas e minerais também são remédios. O(a) Sr(a) está utilizando algum remédio atualmente?*” obteve uma prevalência de 86%, ou seja, 185 pessoas acima de 60 anos responderam afirmativamente à questão, integrando-se um consumo de 728 medicamentos. Vale ressaltar que, destes 185 idosos que estavam utilizando medicamento, 106 (57%) estavam consumindo algum tipo de chá concomitantemente. A prevalência do consumo

de chás foi de 56%, ou seja, 120 pessoas, embora 14 (12%) não tenham considerado chá como remédio.

Já a questão orientada *“E nesta última semana, desde (dizer o dia da semana passada), o(a) Sr(a) tomou algum medicamento para emagrecer, para alergia, dor, diarreia, para problemas nos rins ou bexiga, problemas de digestão, resfriados ou utilizou qualquer tipo de vitamina?”* obteve uma prevalência de 39%, ou seja, 85 pessoas responderam afirmativamente, das quais 10 (12%) haviam respondido negativamente à questão aberta, traduzindo-se em um aumento de 33% nas respostas em relação ao uso de medicamentos.

A partir dessa questão, foram acrescentados 104 medicamentos, totalizando 832 medicamentos relatados por 195 pessoas. Esses medicamentos foram classificados segundo a última data de utilização:

- 365 (44%) haviam sido utilizados no dia da entrevista;
- 332 (40%) foram usados na última semana, excluídos os utilizados no dia da entrevista;
- 122 (15%) tinham sido utilizados em prazo anterior a última semana;
- 13 (1%) os indivíduos não lembravam quando haviam consumido;

Assim, se levarmos em consideração os 697 (84%) medicamentos utilizados na última semana, incluindo o dia da entrevista, o número médio de medicamentos utilizados por pessoa foi de 3,2 (Desvio padrão 2,5) e 57 (27%) pessoas apresentaram polifarmácia.

Visualiza-se na Tabela 8 que as classes terapêuticas mais utilizadas foram aquelas para o sistema cardiovascular 224 (32%), para o sistema nervoso 150 (22%) e aquelas para o trato gastrintestinal e o metabolismo 124 (18%).

Tabela 8 – Frequência de Classes e Subgrupos de Medicamentos

Classes e Subgrupos	N	%
Medicamentos Cardiovasculares	224	32
Diuréticos	74	11
Fármacos ativos sobre o sistema renina-angiotensina	50	7
β-bloqueadores adrenérgicos	39	6
Terapia cardíaca (glucosídeos cardiotônicos, antiarrítmicos, estimulantes cardíacos, vasodilatadores)	24	3
Hipolipemiantes	17	2
Bloqueadores dos canais de cálcio	16	2
Outros	4	1
Medicamentos para o Sistema Nervoso Central	150	22
Analgésicos	85	12
Psicoanalépticos	26	4
Psicolépticos	22	3
Outros	17	3
Medicamentos para o Trato Gastrointestinal e Metabolismo	124	18
Antidiabéticos	32	5
Antiácidos, antiulcerosos e antiflatulentos	20	3
Vitaminas	16	2
Suplementos minerais	15	2
Antiespasmódicos, anticolinérgicos e procinéticos	15	2
Laxantes	15	2
Outros	11	2

5.6 A Leitura das Bulas

Das 215 pessoas com idade superior a 60 anos que foram entrevistadas, 158 (74%) buscam informações através da bula dos medicamentos. Foram contabilizados 21 analfabetos, entretanto, o não interesse pela bula ocorreu em apenas 2 deles. Percebeu-se que, apesar desta limitação, a maioria deles (17) sente a necessidade e interesse pelo assunto, realizando a leitura das bulas através da ajuda de familiares.

Isso explica a diferença nos números: 141 (66%) lêem a bula, mas são 158 (74%) que costumam buscar informações nas bulas de medicamentos. Quando perguntados especificamente sobre quais as partes das bulas que liam, relataram indicações, posologia e efeitos adversos entre os principais tópicos. E quando questionados sobre quais as justificativas para esta leitura, eles relataram bastante interesse na busca de esclarecimentos de suas dúvidas quanto à prescrição, principalmente em relação às indicações, posologia e contra-indicações dos medicamentos.

Aqueles que relataram não terem o hábito de ler a bula (os 55 idosos restantes, que representam 26%), especificaram como principais motivos o não entendimento da letra e possíveis problemas de visão.

5.7 Problemas Relacionados ao Uso de Medicamentos

5.7.1 Efeitos Indesejáveis Frequentemente Relatados

Para buscar os relatos dos efeitos adversos ao uso de medicamentos em pessoas acima de 60 anos, vivendo na comunidade, utilizou-se de três conjuntos de perguntas. A primeira questão era realizada em relação aos medicamentos que os idosos estavam utilizando atualmente, considerando-se o período da última semana: *“O(a) Sr(a) já sentiu alguma reação diferente enquanto toma esse medicamento?”* Descontando-se 20 (9%) que não estavam utilizando medicamentos na data da entrevista e para os quais essa pergunta não foi realizada, 56 (29%) idosos relataram já terem tido alguma reação, somando-se 87 efeitos adversos relatados, sendo os mais frequentes boca seca 9 (10%), dor abdominal 8 (9%), tontura e instabilidade 6 (7%), náuseas e vômitos 5 (6%), distúrbios do sono 5 (6%), cefaléia 5 (6%), mal-estar, fadiga 5 (6%). A classe de medicamentos mais citada como causadora de efeitos adversos foi o sistema cardiovascular 17 (30%).

A segunda questão era do tipo aberta *“Às vezes, alguns medicamentos podem causar reações desagradáveis. Alguma vez o(a) Sr(a) já sentiu reações diferentes enquanto estava tomando um medicamento?”* Neste caso, do total da amostra, o número dos que responderam sim foi para 80 (37%), obtendo-se o relato de 117 efeitos adversos, dos quais dor abdominal 19 (16%), tontura e instabilidade 12 (10%), náusea e vômitos 10 (9%), alergia 10 (9%) e boca seca 8 (7%) foram os mais comuns e a

classe terapêutica mais citada como causadora de efeitos adversos também foi o sistema cardiovascular 25 (22%).

Utilizou-se, ainda, de uma terceira questão, do tipo orientada: “As pessoas podem desenvolver reações a certos medicamentos. Algum medicamento já lhe causou dor de cabeça; sono; ficar sem sono; ficar nervoso, atacado; depressão; visão borrada; ficar sem escutar; perda de apetite; boca seca; gases; indigestão; pressão alta; tremor de braços e pernas; fraqueza; dor nas juntas; câibras, formigamentos; dor de estômago; náuseas; vômitos; diarreia; ficou trancado, sem conseguir ir aos pés; pressão baixa; disparou o coração; feridas na pele; coceira, alergia?” Se a resposta fosse “sim” para cada uma destas reações, o entrevistador anotava o nome do medicamento causador. Dos 215 entrevistados, 142 (66%) relataram já ter apresentado alguns dos problemas listados em reações adversas, dos quais 28 (20%) não lembravam o nome do medicamento que havia causado o sintoma. E o número de efeitos adversos relatados chegou a 300. Os sintomas mais relatados foram boca seca 62 (29%), sono 55 (26%), dor de estômago 40 (19%), dor de cabeça 24 (11%) e tremor de braços e pernas 23 (11%). Para esta questão as classes terapêuticas mais citadas como causadoras de efeitos adversos foram aquelas que abrangem os medicamentos para o sistema nervoso 75 (26%), os medicamentos cardiovasculares 61 (21%) e para distúrbios gastrintestinais e metabolismo 42 (14%).

Na Tabela 9, as reações adversas foram associadas com diferentes classes de medicamentos. Pode-se observar que houveram medicamentos que foram associados a mais de uma reação adversa, diferindo o número de medicamentos utilizados do número de reações relatadas. Observou-se maior número de relatos de uso de medicamentos para o sistema nervoso durante a realização da questão orientada.

Tabela 9 - Frequência das reações adversas por classificação terapêutica

Classe de medicamentos	Reações *	Reações §	Reações #
Aparelho digestivo e metabolismo	17	9	42
Sangue e órgãos hematopoiéticos	1	2	8
Aparelho Cardiovascular	29	25	61
Terapia Dermatológica	1	0	3
Terapia Gêrito-Urinária	3	0	1
Terapia Hormonal	4	2	6
Terapia Anti-infecciosa	3	22	27
Terapia Antineoplásica e Imunomoduladores	0	0	1
Aparelho Locomotor	4	14	13
Sistema Nervoso	20	21	75
Antiparasitários, inseticidas e repelentes	0	0	0
Aparelho Respiratório	2	6	13
Órgãos dos Sentidos	3	5	13
Vários	0	0	1
Outros	0	11	36
Total	87	117	300

Existem medicamentos com mais de um relato de reação adversa.

* n de 56 pessoas que usavam 72 medicamentos nos últimos 7 dias e para os quais foram atribuídos 87 relatos de reações adversas.

§ n de 80 pessoas que relataram 117 reações adversas na pergunta aberta. Existem 11 medicamentos sem classificação ATC

n de 142 pessoas que relataram 300 reações adversas na questão orientada. Existem 10 medicamentos sem classificação ATC e 26 medicamentos que não foram lembrados seus nomes.

5.7.2 Alterações na Posologia dos Medicamentos

Para contabilizar as possíveis trocas na quantidade dos medicamentos realizadas por pessoas acima de 60 anos, vivendo na comunidade, partiu-se de duas anotações.

Uma era apreendida pelo entrevistador, registrando-se em uma tabela de medicamentos se o paciente referia qualquer mudança ou alteração de posologia no momento em que o entrevistador lhe perguntava sobre os horários e quantidades de uso dos medicamentos que estavam sendo consumidos na data da entrevista. Dos 697 medicamentos utilizados na última semana, em 45 (7%) foram relatadas alterações em

relação à prescrição médica, excluindo-se seis casos perdidos por falta de preenchimento (“missing”) no campo específico. Vale ressaltar que essa informação não era conferida mediante apresentação de receita médica, mas embasada unicamente no relato dos entrevistados.

A outra informação relativa às trocas advinha da questão “Às vezes, as pessoas trocam a quantidade de medicamento para mais ou para menos. Em algum momento você já trocou para uma quantidade diferente daquela que o médico havia lhe indicado? Se sim, por quê?”. Dos entrevistados, 22 (10%) responderam afirmativamente à questão e quando perguntados sobre os motivos pelos quais realizaram as trocas, formaram sujeitos coletivos descritos na Tabela 10.

Já em relação à troca nos horários de administração dos medicamentos, foram realizadas as seguintes questões “Às vezes algumas pessoas esquecem o horário de tomar o medicamento. Isso já aconteceu com o(a) Sr(a)?” Se a resposta fosse sim, perguntava-se “Quantas vezes?” e ainda “O que você fez quando esqueceu o horário que deveria ter tomado o medicamento?” Dos entrevistados, 106 (49%) relataram já ter esquecido o horário de tomar o medicamento. Destes, 60 (57%) utilizaram como estratégia tomar o medicamento logo que lembraram; 33 (31%) tomaram no próximo horário (pularam o horário que esqueceram); 3 (3%) tomaram o próximo em dobro e 9 (9%) usaram outras estratégias. Quando interrogados se lembravam quantas vezes tinham esquecido, eles formaram um sujeito coletivo que pode ser visualizado na Tabela 11.

Tabela 10 – Idéia central e discurso do sujeito coletivo dos idosos em relação aos motivos de troca nas quantidades de medicamentos (n = 22)

Idéia central (1)	Discurso do Sujeito Coletivo (1)
DIMINUI A QUANTIDADE (N = 16)	Trocou pelo mais fraco; acha que as quantidades são muito grandes; achava muito forte o tratamento; devido aos efeitos colaterais diminuiu a dose; diminuiu porque achou que era muito; trocou para menos; quando melhora baixa dosagem; toma menos, se esqueceu não toma; quantidade indicada provocou reação diferente; porque acha que não precisa 3 comprimidos, só 1; se o médico prescreve 2/dia toma só 1; falta de enxergar (não enxerga as letras); foi o médico que trocou; porque não acredita na prescrição; quando não se sente bem da pressão; não sabe o porquê
Idéia central (2)	Discurso do Sujeito Coletivo (2)
AUMENTA A QUANTIDADE (N = 6)	Era 3xs/dia,mas tomava 1 ou 2 ou 3 juntos por engano; ao invés de tomar 25mg, tomou 50mg; porque não fazia efeito com quantidade prescrita; se enganou, tomou o dobro da quantidade; porque sentia muita dor; troca para mais

Tabela 11 – Idéia central e discurso do sujeito coletivo dos idosos em relação a pergunta de quantas vezes o entrevistado esqueceu o horário que deveria ter utilizado o medicamento (n = 100)

Idéia central (1)	Discurso do Sujeito Coletivo (1)
ESQUECEM FREQUËNTEMENTE (N = 47)	Freqüentemente; seguidamente; sempre esquece; acontece muito; várias vezes; muitas vezes; já ficou até sem tomar; acontece de vez em quando; algumas vezes; às vezes; 3 ou 4 vezes ao mês; mais ou menos uma vez por mês; mais ou menos duas vezes por semana; uma vez por semana; 20 vezes; 15 vezes; 10 vezes.
Idéia central (2)	Discurso do Sujeito Coletivo (2)
RARAMENTE ESQUECEM (N = 53)	2 vezes, 3 vezes, 3 vezes quando tomou antibiótico, 4 vezes, de 2/2 meses quando vai ao médico; dificilmente; muito difícil ter problema; difícil esquecer, toma em jejum; muito raro; de vez em quando, mas é raro; raramente; raras; muito pouco; poucas vezes; quase nunca; só esqueceu pen-ve-oral; só quando é algum xarope; aconteceu, mas não muitas vezes; já aconteceu, mas logo lembra; algumas vezes (quando acabou); não toma quando não tem

5.8 Uso de Medicamentos e Variáveis Sócio-Demográficas

A quantidade de medicamentos utilizados pelos 215 idosos entrevistados pode ser relacionada com algumas características sócio-demográficas, conforme pode ser visto na Tabela 12. Cabe ressaltar que as mulheres (66%) e os idosos que vivem sem companheiro ou companheira (46%) relatam a ingestão de um maior número médio de medicamentos. Já aqueles com nível de escolaridade superior utilizam menor quantidade de medicamentos.

Tabela 12 - Características sócio-demográficas em relação ao nº de medicamentos utilizados

	N	%	Nº de medicamentos	Média
Área				
Barão de Bagé	103	48	341	3,3
Coinma	87	40	271	3,1
Margarita	25	12	85	3,4
Faixas etárias				
De 60 até 70	117	54	338	2,9
De 70 até 80	79	37	279	3,5
De 80 até 90	16	7	72	4,5
Acima de 90	3	2	8	2,7
Gênero				
Masculino	74	34	161	2,2
Feminino	141	66	536	3,8
Cor *				
Branco	157	73	488	3,1
Não-Branco	57	27	209	3,7
Situação conjugal				
Sem companheiro(a)	100	46	390	3,9
Com companheiro(a)	115	54	307	2,7
Escolaridade				
Analfabetos	21	10	75	3,6
Da 1ª até 5ª série	78	37	259	3,3
Da 5ª até 8ª série	67	31	211	3,1
2º grau	35	16	121	3,5
Ensino superior	14	6	31	2,2

*Existe um caso com informação perdida (por "missing")

A relação entre renda e número de medicamentos pode ser visualizada na Tabela 13.

Tabela 13 – Distribuição da renda em quartis em relação ao número de medicamentos

Quartis	Renda	N	Nº de medicamentos	Média
1º Quartil	Abaixo de 360 reais	60	204	3,4
2º Quartil	De 360 até 500	44	128	2,9
3º Quartil	De 500 até 900	58	208	3,6
4º Quartil	Acima de 900	53	157	3,0
Total		215	697	3,2

p = 0,42

Considerando-se a faixa etária, quanto maior a idade, o número de medicamentos utilizados tende a aumentar. Existiam 161 entrevistados na faixa etária de 60 a 74 anos. Destes, 135 (84%) relataram estar utilizando medicamentos, obtendo-se uma média de 3 medicamentos/pessoa. Já nas 54 pessoas entrevistadas que tinham acima de 75 anos, esse número aumentou, chegando a 93%, o que corresponde a 50 pessoas que consomem uma média de 3,8 medicamentos.

Na Tabela 14 a análise de regressão logística foi empregada para investigar o impacto das variáveis demográficas e clínicas sobre a polifarmácia, colocando-se as 3 diferentes áreas pesquisadas como contraste. A regressão logística avaliou de forma concomitante os efeitos idade, gênero, cor, renda, escolaridade, situação conjugal, hospitalização no último ano e atendimento clínico no último ano.

Gênero feminino, viver sozinho e ter no mínimo uma consulta médica no último ano são fatores que devem ser analisados por estarem fortemente associados com um maior uso de medicamentos. Cabe ressaltar que idade, renda e escolaridade, variáveis classicamente associadas com um número elevado de medicamentos em outros estudos, não obtiveram resultados significativos neste estudo. Como se estudou uma população que apresenta rendas menores, a probabilidade de sobrevida é menor. Neste caso, o delineamento transversal poderia estar representando apenas os sobreviventes, interferindo nestes resultados. Já o impacto do atendimento médico no último ano foi grande, mesmo quando ajustado às outras variáveis.

Tabela 14 – Análise de Regressão Logística

VARIÁVEIS*	RC	IC 95,0%
Idade	1,848	0,855 – 3,995
Gênero	0,396	0,160 – 0,978
Cor	0,474	0,220 – 1,019
Renda	0,796	0,386 – 1,643
Escola	0,531	0,240 – 1,174
Situação Conjugal	2,334	1,089 – 5,004
Hospitalização no Último Ano	0,851	0,406 – 1,781
Atendimento Médico no Último Ano	12,179	1,531 – 96,889
Constante	0,023	

* ajustadas pelas variáveis descritas e região de moradia

Observou-se que a análise multivariada feita por regressão logística, ajustada para as variáveis em questão e área de realização das entrevistas não alterou as conclusões em nenhum dos parâmetros avaliado. Nesse sentido, optou-se por apresentar as variáveis bivariadas pela facilidade de interpretação, conforme pode ser visto na Tabela 15.

Tabela 15 – Características sócio-demográficas em relação a polifarmácia

VARIÁVEIS	Polifarmácia	
	RR	IC 95,0%
Mulheres	3,73	1,61 – 8,87
Acima de 75 anos	1,76	0,85 – 3,63
Sem companheiros	3,10	1,56 – 6,20
Branco	0,57	0,28 – 1,17
Hospitalização no último ano	0,93	0,46 – 1,87
Atendimento médico no último ano	10,83	1,49 – *
Escolaridade	0,89	0,44 – 1,82
Renda	0,81	0,42 – 1,56

5.9 Reações Adversas e Variáveis Sócio-Demográficas

Entre as diferentes questões de reações adversas e os fatores em estudo, as principais comparações podem ser visualizadas no Quadro 1. Cabe ressaltar que

idade, cor, situação conjugal e escolaridade não obtiveram resultados significativos em relação aos relatos de reações adversas nas três diferentes questões realizadas.

No entanto, existiram diferenças de risco relatadas pela população em estudo, a partir das questões aberta e orientada, entre aqueles que sofreram uma internação hospitalar no último ano e aqueles que não necessitaram de internação neste mesmo período, detectando-se proteção para aqueles que não necessitaram ser internados. Em relação ao tempo decorrido desde o último atendimento médico, comparando-se aos resultados dos relatos de reações obtidos através da questão orientada, houve significância, com risco para aqueles idosos que não haviam realizado nenhuma consulta médica no período correspondente ao último ano.

Observou-se ainda que as pessoas acima de 60 anos, com polifarmácia (ingestão de até 5 medicamentos) apresentam risco para relatos de efeitos indesejados. Foi considerado como proteção aos paraefeitos ser do sexo feminino.

Quadro 1 – Comparações entre fatores em estudo e paraefeitos relatados pelos idosos de acordo com respectivas questões

FATOR EM ESTUDO	Primeira Questão (últimos sete dias)			Segunda Questão (aberta)			Terceira Questão (orientada)		
	Relataram (n=56)	Não (n=139)	RP (IC 95%)	Relataram (n=80)	Não (n=135)	RP (IC 95%)	Relataram (n=142)	Não (n=73)	RP (IC 95%)
IDADE									
De 60 até 75 anos	46	96	1	63	98	1	107	54	1
Acima de 75 anos	10	43	1,72 (0,94-3,15)	17	37	1,24 (0,80-1,93)	35	19	1,03 (0,82-1,28)
GÊNERO									
Masculino	7	51	1	24	50	1	38	36	1
Feminino	49	88	0,34 (0,16-0,70)	56	85	0,82 (0,55-1,20)	104	37	0,70 (0,55-0,89)
COR									
Branços	37	108	1	62	95	1	102	55	1
Não brancos	19	31	0,67 (0,43-1,05)	18	39	1,25 (0,81-1,92)	40	17	0,93 (0,75-1,14)
SITUAÇÃO CONJUGAL									
Sem companheiro	28	69	1	36	64	1	71	29	1
Com companheiro	28	70	1,01 (0,65-1,57)	44	71	0,94 (0,66-1,33)	71	44	1,15 (0,95-1,39)
ESCOLA									
Até 5ª série	40	97	1	51	100	1	98	53	1
Acima da 5ª série	16	42	1,06 (0,65-1,73)	29	35	0,75 (0,53-1,06)	44	20	0,94 (0,77-1,16)
POLIFARMÁCIA									
Acima de 5 medicamentos	28	29	1	22	35	1	49	8	1
Até 5 medicamentos	28	110	2,42 (1,59-3,70)	58	100	1,05 (0,71-1,55)	93	65	1,46 (1,24-1,73)
HOSPITALIZAÇÃO									
1internação no último ano	13	52	1	18	56	1	38	36	1
nenhuma internação 1 ano	41	85	0,61 (0,36-1,06)	60	77	0,56 (0,36-0,87)	100	37	0,70 (0,55-0,90)
ÚLTIMA CONSULTA									
min.1consulta último ano	52	123	1	74	113	1	131	56	1
nenhuma consulta 1 ano	3	16	1,88 (0,65-5,45)	6	21	1,78 (0,86-3,69)	10	17	1,89 (1,15-3,12)

6. DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

6.1 Uso de Medicamentos em Idosos

Como as Unidades de Saúde estudadas realizam seus cadastros de usuários através de busca ativa, a procura ao serviço não afeta a composição da amostra. Assim, pode-se afirmar que a população de pesquisa constituiu-se basicamente de pessoas do sexo feminino, refletindo uma maior longevidade das mulheres em relação aos homens. Enquanto os homens têm mais altas taxas de mortalidade, relacionadas à violência, acidentes de trânsito e doenças crônicas (LLOYD-SHERLOCK, 2000); as mulheres têm as mais altas taxas de morbidade em quase 8todas doenças crônicas não-fatais (BARDEL *et al.*, 2000). Conseqüentemente, o gênero pode ser considerado como fator que influencia o consumo de medicamentos, sendo as mulheres as mais prováveis usuárias (ARRAIS *et al.*, 1997; BARDEL *et al.*, 2000; CHEN *et al.*, 2001; LINJAKUMPU *et al.*, 2002).

Tentativas têm sido feitas para explicar essa diferença entre os sexos. Algumas hipóteses sugerem que as mulheres têm maior duração da vida, menor exposição a determinados fatores de risco, notadamente no trabalho; menor prevalência de tabagismo e uso de álcool; apresentam uma postura diferente em relação às doenças e incapacidades. Além disso, existe um diferencial entre os gêneros quanto ao conceito de saúde (COELHO FILHO e RAMOS, 1999; BARDEL *et al.*, 2000).

O número médio dos medicamentos utilizados pelos idosos no período de sete dias foi de 3,2 (SD 2,5), sendo que a grande quantidade de medicamentos observada neste estudo parece ser comparável com achados prévios (BARAT *et al.*, 2000; FLAHERTY *et al.*, 2000; CHEN *et al.*, 2001; HANLON *et al.*, 2001; LINJAKUMPU *et al.*, 2002). As pessoas acima de 65 anos são responsáveis por cerca de 14% da população em países industrializados e consomem cerca de 1/3 da quantidade de medicamentos (AVORN, 1997). A polifarmácia aumentou com a progressão da idade, fenômeno este que pode ser explicado devido a uma série de fatores como aumento da morbidade, fácil acesso a medicações e baixa freqüência de uso de recursos não-farmacológicos para o manejo de problemas médicos. Esses dados são consistentes com outros estudos realizados no Brasil, Canadá,

Inglaterra e País de Gales (ANDERSON *et al.*, 1996; COELHO FILHO e RAMOS, 1999; CHEN *et al.*, 2001), mas não foram significativos na análise de regressão logística realizada neste estudo.

Também não foi observado impacto da raça na média de uso de medicamentos, diferente de outros achados (FILLENBAUM *et al.*, 1996) que relataram os idosos brancos como maiores usuários.

A maioria dos entrevistados tinham grau de escolaridade entre a primeira e oitava séries, atentando-se para o fato de que alguns deles aprenderam a ler e iniciaram seus estudos há pouco tempo, assistidos por projetos de alfabetização de adultos. Em consequência de seu baixo nível de escolaridade, apresentam uma situação econômica precária, possuindo um baixo poder aquisitivo, como pode ser visualizado através da Tabela 3.

Independentemente de condições econômicas ou classe social, em países como o Brasil, os cuidados domésticos e comunitários continuam desempenhando um papel importante, sendo prioritários em relação aos cuidados institucionais (FLAHERTY *et al.*, 2000; LLOYD-SHERLOCK, 2000). Observou-se que 49 (23%) entrevistados contam com a ajuda de um guardião para lhe ajudar a lembrar e fornecer os medicamentos nos momentos adequados.

Dos entrevistados, 187 (87%) haviam realizado no mínimo uma consulta médica e 74 (35%) haviam tido uma internação hospitalar no último ano, o que pode denotar uma relativa morbidade da população. Estudos prévios que avaliaram morbidade encontraram em 14% dos idosos de uma população (71984/ 502493), cerca de 82% que consultaram a um médico no último ano, comparados com 78% do restante da população, detectando uma tendência das pessoas de idade avançada em aumentar em cerca de 50% a quantidade de consultas anuais em relação a outros grupos etários (MCNIECE e MAJEED, 1999).

Entretanto, apesar da igualdade de acesso aos serviços médicos, ainda ocorrem diferenças no acesso aos medicamentos em idosos que vivem na comunidade, variando de acordo com as condições econômicas, frequência ao atendimento médico, compartilhamento de medicamentos entre parentes, amigos ou vizinhos e outras influências. Observa-se pela análise do discurso do sujeito coletivo

da Tabela 7 que, quando não encontram o medicamento que procuram no posto de atenção em saúde, eles esperam o medicamento chegar, procuram em outros postos de áreas geográficas diferentes, pedem emprestado ou, se naquele momento dispõe de recursos financeiros, compram na farmácia.

Estudo realizado no Brasil (ARRAIS *et al.*, 1997) relatou que a escolha de medicamentos para automedicação da população em geral é baseada 51% nas recomendações de pessoas leigas, sendo relevante a influência de prescrições anteriores (40%). Em contraposição, dos 215 entrevistados, 71 (33%) pessoas acima de 60 anos disseram estar consumindo medicamentos sem consultar um médico, mas 34 (16%) olhavam receitas antigas para buscar medicamentos prescritos anteriormente e 28 (13%) compartilhavam seus medicamentos com seus companheiros, pais, filhos, netos ou vizinhos.

Quando questionados a respeito de quantas vezes se automedicavam, as respostas relatadas na Tabela 5 chamaram a atenção pelas diferenças de comportamento. Enquanto 49% relataram “ocasionalmente, quando precisa”, sugerindo uma automedicação focada no auto-cuidado, na tentativa de resolver determinado problema de saúde ou fazer desaparecer sinais e sintomas desagradáveis; 30% se utilizaram da automedicação “freqüentemente”, representando um sujeito coletivo que busca os medicamentos como alternativa imediata de cura, devido, provavelmente ao hábito ou à praticidade de uso contínuo dos mesmos medicamentos, além de aspectos simbólicos, culturais e sociais dos medicamentos em relação ao idoso.

Esse índice aparentemente mais baixo de automedicação na população de faixa etária mais elevada (33%) em comparação com a população em geral (51%), pode ser explicado devido ao já elevado número de medicamentos utilizados por estes indivíduos de faixa etária elevada. Cabe lembrar ainda o forte impacto e associação apresentada em relação àqueles idosos que realizaram no mínimo uma consulta médica no último ano e os que relataram um crescente número de medicamentos crônicos utilizados.

O fenômeno da “receita eterna” definido por FERNANDES, 2000 como o prolongamento da vida útil de uma receita médica por um período indeterminado,

para a mesma pessoa para a qual a receita foi originalmente prescrita, foi identificado através de um sujeito que procura soluções quando ocorrem falhas no sistema de atendimento a saúde, ou de outro sujeito que “se o medicamento fez bem, usa de novo”, conforme foi descrito na Tabela 6.

Em relação às classes terapêuticas mais utilizadas por idosos, os resultados foram similares aos já descritos na literatura (BARAT *et al.*, 2000; CHEN *et al.*, 2001; LINJAKUMPU *et al.*, 2002), com os medicamentos que envolvem o sistema cardiovascular sendo os mais usados, seguidos daqueles que envolvem o sistema nervoso (principalmente analgésicos) e, posteriormente, os relacionados ao trato digestivo e metabolismo. Como as doenças cardiovasculares vêm liderando as causas de morbi-mortalidade em indivíduos que apresentem acima de 65 anos, os medicamentos cardiovasculares têm sido amplamente prescritos pelos médicos (HERSHMAN *et al.*, 1995; RAZA e MOVAHED, 2002).

Observou-se que o uso de analgésicos ou outros medicamentos envolvendo o aparelho digestivo é esporádico, de curta duração, mas são marcantes em suas lembranças, provavelmente associados a experiências desagradáveis da doença e, por isso, mais fáceis de serem lembrados. Este também foi o caso dos antibióticos e medicamentos para o sistema respiratório, de utilização bastante rememorada pelos idosos, mesmo quando o tempo de uso havia ultrapassado a última semana. Já os medicamentos cardiovasculares são usados diariamente, por longos períodos, sendo mais facilmente lembrados pelos idosos em memórias recentes. Em memórias progressas, podem ser freqüentemente subestimados porque já foram incorporados à rotina diária.

Algumas limitações do estudo incluem que, em se tratando de estudo realizado no Rio Grande do Sul, a estação do ano pode ter influenciado na quantidade e tipo de medicamentos utilizados. Além disso, existe a possibilidade de uma subestimativa no número de medicamentos relatados, pois os usuários poderiam esquecer ou “esconder” alguns medicamentos por vergonha ou medo. Eles ainda poderiam “inventar” outros, na ânsia de querer corresponder aos pesquisadores, já que eram alvos das atenções. Esses fatores foram minimizados, uma vez que essa população já está acostumada com a atenção primária, com a visita domiciliar e a interação de diferentes profissionais.

Outro detalhe a ser considerado é que, no início da entrevista, o entrevistador pedia que o idoso trouxesse à sua vista todos os medicamentos que estivesse utilizando e, dentre as perguntas realizadas para cada medicamento, anotava-se quando estes haviam sido empregados pela última vez. Dessa forma, acredita-se que esses erros não possam ter contribuído de forma a comprometer os achados.

6.2 Problemas Relacionados ao Cumprimento da Terapêutica Relatados por Idosos

Nos ambientes clínicos ou hospitalares todos aspectos relacionados ao uso dos medicamentos são presumivelmente controlados, o que facilita a verificação de problemas adversos ao uso de medicamentos. Já para os pacientes de ambulatórios ou aqueles que vivem na comunidade, a responsabilidade do processo terapêutico é do próprio paciente e/ou de seu guardião, existindo poucos trabalhos na literatura que dêem ênfase ao manejo de medicamentos e descrição de efeitos indesejáveis auto-relatados por idosos.

Normalmente são utilizados algoritmos para estabelecer causalidade em relação aos eventos adversos a medicamentos. No presente estudo eles não foram utilizados, uma vez que não se dispunha de tempo e informações disponíveis para se estabelecer uma rotina de seguimento dos pacientes. Além disso, a literatura preconiza que a maioria das reações adversas são identificadas através de relatos espontâneos dos pacientes a profissionais de saúde (HUGHES *et al.*, 2002).

Para isso, supõe-se que o paciente seja capaz de identificar as reações adversas. Quando se remete uma pergunta a épocas passadas, corre-se o risco de subestimar a resposta, uma vez que podem existir casos de efeitos indesejáveis que a memória não conseguirá captar. Ao mesmo tempo, deve-se levar em consideração a característica fisiológica de que os idosos podem apresentar lembranças mais precisas para fatos passados do que para fatos recentemente vivenciados. As questões envolvendo períodos de tempo diferentes tentam minimizar esse provável viés de memória presente nos idosos. Alguns autores sugerem que a capacidade de memorizar e lembrar dos idosos deveria ser sempre avaliada anteriormente à qualquer prescrição de regime medicamentoso (TEIXEIRA e LEFÈVRE, 2001).

Comparando-se essas diferentes questões relativas às reações adversas, observa-se que, quando os sintomas característicos de paraefeitos são listados na questão orientada, o número de respostas aumenta. Isso pode ser atribuído tanto a uma falta de memória dos idosos para alguns eventos, quanto a um provável desconhecimento a respeito dos sintomas de uma reação adversa. Atente-se para o fato de que 28 (20%) dos que relataram reações adversas não lembravam o nome do medicamento que ocasionou o dano. Considere-se que essa informação poderia ser essencial para que a mesma reação não se repetisse no futuro.

COHEN e colaboradores (1998) observou que a aderência a medicamentos também estava relacionada à falta de explicação sobre as indicações e efeitos colaterais dos medicamentos. Em contraposição, HUGHES e colaboradores (2002) encontrou em seus estudos que, apesar do pouco conhecimento sobre os efeitos colaterais dos medicamentos, os idosos conseguem identificar reações adversas e o medicamento como fator causal, dependendo da duração ou da natureza inesperada desta.

Percebe-se que prevalece entre os idosos tanto condições crônicas e progressivas quanto casos agudos (COELHO FILHO, 2000), refletindo na variedade de medicamentos consumidos por eles. Conforme o impacto na condição clínica destas pessoas, podem existir diferenças nas lembranças de consumo de medicamentos de longa duração e naqueles de consumo esporádico. Dos entrevistados, 32% utilizam medicamentos cardiovasculares, que são de uso crônico. Por terem uma periodicidade de uso constante, esses medicamentos podem apresentar reações adversas ao longo do tempo, não sendo percebidas tão facilmente pelos usuários pela falta de associação entre a continuidade de uso do medicamento e o efeito adverso repentino.

Reitera-se que essa ausência de associação também pode ser atribuída ao pouco conhecimento do paciente a respeito dos efeitos adversos dos medicamentos que está utilizando. Se o idoso não conhece os potenciais efeitos colaterais de seus medicamentos, isto pode afetar se uma reação adversa será ou não identificada e relatada ao médico. E se o paciente não identifica esses sinais e sintomas e não há a intervenção do médico, esses paraefeitos acabam sendo adaptados à sua rotina diária, atribuídos a conseqüências “normais” do envelhecimento.

Os efeitos indesejáveis do tratamento ainda podem ser confundidos com doença pré-existente ou até diagnosticados como uma nova doença. Em contraste, um sintoma de uma doença também pode ser incorretamente considerado como um evento adverso ao uso de medicamentos. Assim, conforme sua natureza, se agudos ou graves, eventos adversos podem ser de difícil diagnóstico médico, de lembrança não tão clara ao longo do tempo e, conseqüentemente, difíceis de serem determinados em idosos que vivem na comunidade, sendo mais óbvios quando dramáticos, de rápida expressão e quando seus sinais e sintomas diferirem da história natural da doença.

Pode-se atribuir um certo desconhecimento dos idosos em torno dos medicamentos e seus efeitos, quando se observa que do total da amostra, 158 (73,5%) relataram buscar informações através da bula dos medicamentos, sendo as partes mais procuradas: indicações, posologia e efeitos adversos.

Levando-se em consideração pesquisa anteriormente realizada por SILVA e colaboradores (2000) observa-se que, se por um lado há bulas que não mencionam nenhuma reação adversa, há outras onde se pode encontrar uma extensa lista de sinais e sintomas adversos causados pelos medicamentos. A probabilidade de ocorrência desses efeitos e a sua influência na continuidade do tratamento não são devidamente esclarecidas e essa insuficiência de informações pode desorientar o paciente, deixando-o desnecessariamente preocupado com a possível ocorrência das reações adversas mencionadas, podendo afetar em sua aderência ao tratamento. Um fato interessante é que mesmo aquelas pessoas que não sabem ler, ou aquelas que dizem “não entender muito”, buscam auxílio através de outros familiares para obterem as informações contidas na bula.

Portanto, as reações adversas lembradas pelos idosos neste estudo foram, provavelmente, as mais marcantes, que interferiram, de alguma forma, em sua qualidade de vida ou, porventura, as mais freqüentes e as que estavam intimamente co-relacionadas com a administração do medicamento, pela facilidade de associação que apresentaram. Vale ressaltar que, por tratar-se de estudo transversal, não foram contabilizados os indivíduos que não estavam presentes na comunidade e que, porventura, pudessem ter sido hospitalizados ou ido ao óbito em função de uma reação adversa.

Além disso, existe outra limitação com o uso deste método para determinar probabilidade de eventos adversos: alguns efeitos indesejados não-graves poderiam, por exemplo, ter sido detectados e resolvidos primariamente pelos médicos, sem serem percebidos pelos pacientes. Por outro lado, outros paraefeitos poderiam ter sido “mascarados” pelos próprios pacientes, que diminuem as dosagens ou frequência de uso de seus medicamentos, na tentativa de evitar desconfortos, e este fato não chega a ser conhecido pelos médicos.

Assim, os eventos adversos advindos de trocas ou erros no uso de medicamentos por idosos tanto podem ser por falta de habilidade ou instrução como por necessidade ou comodidade. Em estudo em Boston, EUA (BEDELL, 2000) foi encontrada uma taxa de 20% de trocas nas posologias enquanto, MERCK MANUAL (2001) descreve que cerca de 40% dos idosos reduz a quantidade da dose de medicamento comumente utilizada. No estudo em questão, dos 215 entrevistados, cerca de 10% já alteraram as quantidades e metade dos idosos relatou que já esqueceu os horários de administração de seus medicamentos. Segundo TEIXEIRA e LEFÈVRE, 2001, a falha para lembrar os medicamentos tomados é um fato comum na população geral de idosos e provavelmente também entre populações mais jovens. Dentre os idosos que trocam a quantidade, tem-se uma idéia central relatada de que eles ou diminuem a quantidade, principalmente em função de efeitos colaterais ou aumentam a quantidade por engano ou ânsia de eliminar sintomas desagradáveis, conforme pode ser visualizado na Tabela 11.

Em relação ao número de vezes que já esqueceram o horário que deveriam ter usado o medicamento, os idosos têm duas posições distintas. Enquanto uns são mais comprometidos, esquecendo apenas em situações raras, outros são mais dependentes e pouco aderentes ao tratamento, conforme foi descrito na Tabela 11.

Esses achados refletem uma tendência dessas pessoas de faixa etária elevada (também descrita por PITKALA, 2001) em que eles auto-regulam seus medicamentos, substituindo doses e adequando horários na tentativa de manejar efeitos adversos dos medicamentos. Mais pesquisas nessa área são necessárias para elucidar se essas trocas no uso de medicamentos usualmente utilizados por idosos são prejudiciais ou se fazem parte deste mero mecanismo de ajuste que os próprios idosos desenvolveram para auxiliar na aderência ao tratamento.

No Quadro 1, a partir das razões de prevalência, avaliou-se a possibilidade de correlação entre relato de reações adversas e características sócio-demográficas (gênero, idade, cor, situação conjugal, escola), polifarmácia (consumo de 5 ou mais medicamentos), consulta médica (no mínimo um atendimento médico no último ano), hospitalização (no mínimo uma internação hospitalar no último ano).

Ser do gênero feminino foi considerado fator de proteção a reações adversas ao uso de medicamentos (RAM). Esses dados podem parecer contraditórios, uma vez que as mulheres têm maior morbidade e são as maiores consumidoras de medicamentos, sendo esperado uma maior predisposição para RAM. Entretanto, as mulheres apresentam uma postura diferente em relação às doenças e incapacidades, sendo mais inclinadas a prestar atenção nos seus sintomas e procurar ajuda (BARDEL *et al.*, 2000; COELHO FILHO e RAMOS, 1999). Isto pode ser verificado em outros estudos (COHEN *et al.*, 1998) onde se observou que a aderência a medicamentos prescritos foi pior em homens. Essa diferença também pode ser explicada se levarmos em consideração que o estudo foi baseado em cima de relatos de RAM, ao passo que, se fosse avaliada a causalidade, poderia ser que grande parte das queixas masculinas não se confirmassem.

Já em relação a polifarmácia (consumo de mais de 5 medicamentos concomitantemente) ter sido indicada como fator de risco para maiores relatos de efeitos indesejados já era esperado, confirmando outros estudos da literatura (FLAHERTY *et al.*, 2000). Tal qual estudo realizado por HANLON, 1997, as classes de medicamentos mais comumente envolvidas com eventos adversos foram aquelas relacionadas ao aparelho cardiovascular e sistema nervoso.

Houve diferenças de risco entre os que sofreram uma internação hospitalar no último ano e os que não necessitaram desta. No mínimo uma internação no último ano foi considerado fator de risco para efeitos adversos. Convém lembrar que uma internação hospitalar, normalmente traz como consequência um aumento da morbidade dos indivíduos (FLAHERTY *et al.*, 2000). Isso acontece porque na internação pode ocorrer a adição de medicamentos que servem para tratar problemas agudos, e não necessariamente essa terapia precisa ser continuada após a alta hospitalar. Infelizmente, em alguns pacientes, a rotina de administração de medicamentos é continuada, mesmo quando a provável indicação que levou ao uso

do medicamento não está mais presente (ou nunca esteve) (AVORN e GURWITZ, 1995).

7. CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

A perspectiva de uma vida mais longa pode trazer como consequência um aumento na morbidade da população (LINJAKUMPU *et al.*, 2002) e o cuidado a essas pessoas de faixa etária elevada é, por definição, abrangente, envolvendo intervenções em diferentes níveis de atenção (COELHO FILHO, 2000), podendo ser necessário o uso de medicamentos.

Dos 215 entrevistados, observou-se uma prevalência de 195 (85%) idosos que estavam utilizando medicamentos. O número total de medicamentos utilizados na última semana foi de 697, sendo os cardiovasculares os mais usados 224 (32%). Obteve-se um número médio de 3,2 medicamentos consumidos por pessoa, sendo que 57 (27%) dos idosos apresentaram polifarmácia. Dos participantes da pesquisa, 71 (33%) haviam utilizado medicamentos sem consultar um médico, sendo dor não especificada (53%) a principal causa para tal ação.

Também observou-se um elevado consumo de analgésicos, revelando o desconforto eminente dos idosos em aliviar ou eliminar suas dores agudas. Esse fato merece atenção dos profissionais de saúde no sentido de orientar esses indivíduos quanto a possíveis casos de interações medicamentosas e redundância.

Em contrapartida, se relacionarmos a existência da polifarmácia nos idosos que vivem na comunidade com o número aumentado de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos descrito, pode-se inferir que a exposição a múltiplos medicamentos nessa população, em sua maioria, está vinculada a tratamentos de longo-prazo para doenças crônicas. Assim, sugere-se relativa continuidade deste padrão de uso de medicamentos para os anos subseqüentes.

Dentre as características sócio-demográficas analisadas, gênero feminino, viver sozinho e ter no mínimo uma consulta médica no último ano são fatores que devem ser sempre considerados por estarem fortemente associados com um maior uso de medicamentos.

Do total da amostra, 142 (66%) pessoas com idade superior a 60 anos já relataram algum efeito indesejado associado ao uso de medicamentos. O número de

reações adversas comumente relatadas pelos entrevistados variou conforme o tipo de pergunta realizada, chegando a 300 no caso da questão orientada.

Na avaliação do manejo com os medicamentos, foram relatadas por 22 (10%) dos idosos trocas nas quantidades dos medicamentos e 106 (49%) já esqueceram o horário de administrar o medicamento.

Esses erros ou trocas nas posologias dos medicamentos reunidos com os efeitos indesejados foram considerados como eventos adversos aos medicamentos. Na comunidade, eles poderiam ser minimizados assegurando-se o correto manejo dos medicamentos pelos idosos, investigando-se sobre o que eles sabem e orientando-lhes quanto aos medicamentos que estão utilizando. A educação é um componente essencial para melhorar a aderência do paciente ao tratamento (GURWITZ *et al.*, 2003). Evidências sugerem que uma equipe multidisciplinar e intervenções de farmácia clínica poderiam modificar o uso não ótimo de medicamentos em idosos (HANLON *et al.*, 2001a), desde que houvesse um aumento do envolvimento dos próprios idosos no processo terapêutico.

Por fim, os dados obtidos sugerem que para efetividade da terapia farmacológica, precisa-se conhecer quem está usando determinado medicamento; como o usa e quais as conseqüências originadas por esta utilização. As respostas para tais indagações permitem adequar as informações já existentes sobre um determinado fármaco à realidade, inferindo, planejando e controlando os problemas relacionados aos medicamentos e seus impactos na saúde pública.

Alguns dos desafios dos farmacêuticos serão manter a racionalidade da terapia medicamentosa, promover eficácia e segurança, preocupar-se com custo, complexidade do regime posológico, aderência ao tratamento, realizar avaliações regulares desses medicamentos empregados pelos idosos e evitar os problemas inerentes a polifarmácia (MERCK MANUAL, 2001; KNIGHT e AVORN, 2001; LINJAKUMPU *et al.*, 2002).

Neste sentido, espera-se que cada vez mais pessoas valorizem a presença do farmacêutico na assistência primária em saúde. E que as técnicas utilizadas nesse trabalho para descrever e examinar a exposição dos medicamentos por

pessoas acima de 60 anos vivendo na comunidade possam ser usadas para outros estudos de utilização de medicamentos em outras regiões.

Enfim, o envelhecimento de nossa população não deve ser encarado como um problema, mas como uma conquista social. Com certeza ainda há muito o que se pesquisar e aprender, por meio de propostas interdisciplinares, principalmente no âmbito das questões profiláticas. Alguns itens já estão claramente definidos e documentados, enquanto outros continuam suscitando dúvidas referentes a nossa realidade. O estudo em questão, por si só e como qualquer estudo dessa natureza, não teve como pretensão resolver todas as questões referentes ao uso de medicamentos em idosos, mas foi uma iniciativa em levantar informações a este respeito.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ALIBHAI, S.M.H.; HAN, R.K.; NAGLIE, G. Medication Education of Acutely Hospitalized Older Patients. *Journal of General Internal Medicine* 14(10): 610-616, 1999.
- 2 - ALMEIDA, O.P.; RATTO, L.; GARRIDO, R.; TAMAI, S. Fatores Preditores e Conseqüências Clínicas do Uso de Múltiplas Medicações entre Idosos Atendidos em um Serviço Ambulatorial de Saúde Mental. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(3): 152-157, 1999.
- 3 - ANATOMICAL THERAPEUTIC CHEMICAL (ATC) Nordic Council on Medicines; 2000. Disponível na Internet no endereço: www.portalfarma.com (Consulta realizada em 20/05/2002)
- 4 - ANDERSON, G.; KERLUKE, K. Distribution of Prescription Drug Exposures in the Elderly: Description and Implications. *Journal of Clinical Epidemiology* 49(8): 929-935, 1996.
- 5 - APARASU, R.R.; SITZMAN, S.J. Inappropriate Prescribing for Elderly Outpatients. *American Journal Health-System Pharmacists* 56(1): 433-439, 1999.
- 6 - ARRAIS, P.S.D.; COELHO, H.L.L.; BATISTA, M.C.D.S; CARVALHO, M.L; RIGHI, R.E.; ARNAU, J.M. Perfil da Automedicação no Brasil. *Revista de Saúde Pública* 31(1): 71-77, 1997.
- 7 - AVORN, J.; GURWITZ, J.H. Drug Use in The Nursing Home. *Annals of Internal Medicine* 123 (3): 195-204, 1995.
- 8 - AVORN, J. Including Elderly People in Clinical Trials. *BMJ* 315: 1033-1034, 1997. Disponível na Internet no endereço: www.bmj.com (Consulta realizada no dia 18/05/2001)
- 9 - BARAT, I.; ANDREASEN, F.; DAMSGAARD, E.M.S. Pharmacoepidemiology and Prescription: The Consumption of Drugs by 75-year-old Individuals Living in Their Own Homes. *European Journal of Clinical Pharmacology* 56 (6/7): 501-509, 2000.
- 10 - BARDEL, A.; WALLANDER, M. A.; SVÄRDSUDD, K. Reported Current Use of Prescription Drugs and Some of its Determinants Among 35 to 65-year-old Women in Mid-Sweden: A Population-Based Study. *Journal of Clinical Epidemiology*. 53: 637-643, 2000.

- 11 - BATES, D.W.; CULLEN, D.J.; LAIRD, N.; PETERSEN, L.A.; SMALL, S.D.; SERVI, D.; LAFFEL, G.; SWEITZER, B.J.; SHEA, B.F.; HALLISEY, R.; VANDER VLIET, M.; NEMESKAL, R.; LEAPE, L.L. Incidence of Adverse Drug And Potential Adverse Drug Events: Implications for Prevention. *JAMA* 274 (1): 29-34, 1995.
- 12 - BAYER, A.; TADD, W. Unjustified Exclusion of Elderly People from Studies Submitted to Research Ethics Committee for Approval: Descriptive Study. *BMJ* 321: 992-993, 2000. Disponível na Internet no endereço: www.bmj.com (Consulta realizada no dia 18/05/2001)
- 13 - BEDELL, S.E.; JABBOUR, S.; GOLDBERG, R.; GLASER, H.; GOBBLE, S.; YOUNG-XU, Y.; GRABOYS, T.B.; RAVID, S. Discrepancies in the Use of Medications – Their Extent and Predictors in an Outpatient Practice. *Archives of Internal Medicine* 160: 2129-2134, 2000.
- 14 - BEERS, M.H.; OUSLANDER, J.G.; ROLLINGER, I.; REUBEN, D.B.; BROOKS, J.; BECK, J.C. Explicit criteria for Determining Inappropriate Medication Use in Nursing Homes. *Archives of Internal Medicine* 151: 1825-1832, 1991.
- 15 - BEERS, M.H. .Explicit Criteria for Determining Potentially Inappropriate Medication Use by the Elderly. *Archives of Internal Medicine* 157(14): 1531-1536, 1997.
- 16 - BEERS, M.H. Medicamentos para Idosos In: CALKINS, E. [Org.] *Geriatrics Prática*. 2 ed., São Paulo: Revinter, 1997a. 633p.
- 17 - BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Consulta Pública n°95, de 21 de novembro de 2001*.
- 18 - BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Consulta Pública n°96, de 21 de novembro de 2001a*.
- 19 - BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução - RDC n°140, de 29 de maio de 2003*.
- 20 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Medicamentos 2001*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.
- 21 - BUGEJA, G.; KUMAR, A.; BANERJEE, A.K. Exclusion of Elderly People from Clinical Research: a Descriptive Study of Published Reports *BMJ* 315: 1059, 1997. Disponível na Internet no endereço: www.bmj.com (Consulta realizada no dia 18/05/2001)

- 22 - CANTERA, I.R.; DOMINGO, P.L. *Geriatrics - Guias Práticos de Enfermagem*. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 1998. 391p.
- 23 – CHEN, Y. F.; DEWEY, M.E.; AVERY, A.J.; THE ANALYSIS GROUP OF THE MRCCFA Study. Self-reported Medication Use for Older People in England and Wales. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 26: 129-140, 2001.
- 24 - COELHO FILHO, J.M. Modelos de Serviços Hospitalares para Casos Agudos em Idosos. *Revista de Saúde Pública* 34(6): 666-671, 2000.
- 25 - COELHO FILHO, J.M.; RAMOS, L.R. Epidemiologia do Envelhecimento no Nordeste do Brasil: Resultados de Inquérito Domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, 33(5): 445-453, 1999.
- 26 - COHEN, I.; ROGERS, P.; BURKE, V.; BEILIN, L.J. Predictors of Medication Use, Compliance and Symptoms of Hypotension in a Community-Based Sample of Elderly Men and Women. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 23: 423-432, 1998.
- 27 - CONSELHO ESTADUAL DO IDOSO. *Os Idosos do Rio Grande do Sul: Estudo Multidimensional de suas Condições de Vida*. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 1997. 57p.
- 28 - COSTA, M.F.F.L.; UCHOA, E.; GUERRA, H.L.; FIRMO, J.O.A.; VIDIGAL, P.G.; BARRETO, S.M. The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS): Methodological Approach and Preliminary Results of a Population-Based Cohort Study of the Elderly in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 34(2): 126-135, 2000.
- 29 - CRUZ, I.B.M.; ALHO, C.S. Envelhecimento Populacional: Panorama Epidemiológico e de Saúde do Brasil e do Rio Grande do Sul. In: JECKELNETO, E. A.; CRUZ, I. B. M. *Aspectos Biológicos e Geriátricos do Envelhecimento II*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000. 403p.
- 30 - DEAN, A.G.; DEAN, J.A.; COULOMBIER, D.; BURTON, A.H.; BRENDEN, K.A.; SMITH, D.C.; DICKER, R.C.; SULLIVAN, K.M. e FAGAN, R.F. *Epi Info, Version 6.04: a Word-Processing, Database, and Statistics Program for Public Health on IBM – Compatible Microcomputers*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 1998.
- 31 – DIC – Dicionário Eletrônico Michaelis versão 3.0. Rio de Janeiro: DTS Software Ltda, 1996.

- 32 - EVERITT, D.E. Prevenindo as reações adversas às drogas. In: FORCIEA, M.A.; LAVIZZO-MOUREY, R. *Segredos em Geriatria: Respostas Necessárias ao Dia-a-Dia em Rounds, na Clínica, em Exames Orais e Escritos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 328p.
- 33 - FERNANDES, L.C. *Caracterização e Análise da Farmácia Caseira ou Estoque Domiciliar de Atendimento*. Porto Alegre: UFRGS; 2000. 122p.
- 34 - FIELD, T.S.; GURWITZ, J.H.; AVORN, J.; MCCORMICK, D.; JAIN, S.; ECKLER, M.R.N.; BENSER, M.R.N.; BATES, D.W. Risks Factors for Adverse Drug Events Among Nursing Home Residents. *Archives of Internal Medicine* 161(13): 1629-1634, 2001.
- 35 - FILLENBAUM, G.G.; HORNER, R.D.; HANLON, J.T.; LANDERMAN, L.R.; DAWSON, D.V.; COHEN, H.J. Factors Predicting Change in Prescription and Nonprescription Drug Use in a Community-Residing Black and White Elderly Population. *Journal of Clinical Epidemiology* 49(5): 587-593, 1996.
- 36 - FLAHERTY, J.H.; PERRY, H.M.; LYNCHARD, G.S.; MORLEY, J.E. Polypharmacy and Hospitalization Among Older Home Care Patients. *Journal of Gerontology Medical Sciences*, 55: 554-559, 2000.
- 37 - FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W.; WAGNER E.H. *Epidemiologia Clínica: Elementos Essenciais*. 3ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 281p.
- 38 - FLORES, G.A.L.; NASCIMENTO, N.M.R.; CRUZ, I.B.M. Aspectos Biopsicossociais do Idoso e o Envelhecimento Bem-Sucedido In: JECKELNETO, E.A.; CRUZ, I.B.M. [Org] *Aspectos Biológicos e Geriátricos do Envelhecimento II*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000. 403p.
- 39 - GLUTH, S. Roxane: A Study in Visual Factors Affecting Legibility. *Visible Language* 33 (3): 228-253, 1999.
- 40 - GOLDIM, JR. Pesquisa em Idosos. Porto Alegre, 2000. Disponível na Internet no endereço: [http://: www.bioetica.ufrgs.br](http://www.bioetica.ufrgs.br) (Consulta realizada no dia 02/05/2001)
- 41 - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC). Relatório de Gestão Ano 2000. Disponível na Internet no endereço: [http://: www.ghc.br](http://www.ghc.br) (Consulta realizada no dia 12/04/2001)
- 42 - GURWITZ, JH. Suboptimal Medication Use in The Elderly – The Tip of The Iceberg. *JAMA* 272 (4): 316-317, 1994.

- 43 - GURWITZ, J.H.; FIELD, T.S.; HARROLD, L.R.; ROTHSCHILD, J.; DEBELLIS, K.; SEGER, A.C.; CADORET, C.; FISH, L.S.; GARBER, L.; KELLEHER, M.; BATES, D.W. Incidence and Preventability of Adverse Drug Events Among Older Persons in The Ambulatory Setting. *JAMA* 289 (9): 1107-1116,2003.
- 44 - HANLON, J.T.; ARTZ, M.B. Drug-Related Problems and Pharmaceutical Care - What Are They, Do They Matter, and What's Next? *Medical Care* 39 (2): 109-112, 2001.
- 45 - HANLON, J.T.; SCHMADER, K.E.; KORONKOWSKI, M.J.; WEINBERGER, M.; LANDSMAN, P.B.; SAMSA, G.P.; LEWIS, I.K. Adverse Drug Events in High Risk Older Outpatients. *Journal of The American Geriatric Society* 45(8): 945-948, 1997.
- 46 – HANLON, J.T.; SCHMADER, K.E.; RUBY, C.M.; WEINBERGER, M. Suboptimal Prescribing in Older Inpatients and Outpatients. *The Journal of The American Geriatric Society* 49: 200-209, 2001.
- 47 - HARTMANN, A.C.; BÓS, A.J.G. Os Problemas com Uso de Medicamentos pelo Idoso. In: TERRA, N.L. [Org.] *Envelhecendo com Qualidade de Vida: Programa Geron da PUCRS*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001. 203p.
- 48 - HERSHMAN, D.L.; SIMONOFF, P.A.; FRISHMAN, W.H.; PASTON, F.; ARONSON, M.K. Drug Utilization in the Old Old and How it Relates to Self-Perceived Health and All-Cause Mortality: Results from the Bronx Aging Study *Journal of The American Geriatric Society* 43(4): 356-360, 1995.
- 49 - HUGHES, L.; WHITTLESEA, C., LUSCOMBE, D. Patients' Knowledge and Perceptions of the Side-Effects of OTC Medication. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 27: 243-248, 2002.
- 50 – IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 1991. Disponível na Internet no endereço: <http://www.ibge.org.br>
- 51 – IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000. Disponível na Internet no endereço: <http://www.ibge.org.br>
- 52 – JECKEL-NETO, E. A. Gerontologia: Desafio para o Século XXI. In: JECKEL-NETO, E.A.; CRUZ, I.B.M. *Aspectos Biológicos e Geriátricos do Envelhecimento II*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000. 403p.
- 53 - KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O Envelhecimento da População Mundial. Um Desafio Novo. *Revista de Saúde Pública*, 21(3): 200-210, 1987.

- 54 - KALACHE, A.; COOMBES, Y. Population Aging and Care of the Elderly in Latin America and the Caribbean. *Reviews of Clinical Gerontology* 5: 347-355, 1995.
- 55 - KNIGHT, E.L.; AVORN, J. Quality Indicators for Appropriate Medication Use in Vulnerable Elders. *Annals of Internal Medicine* 135(8):703-710, 2001.
- 56 - LAPORTE, J.R.; TOGNONI, G.; ROZENFELD, S. *Epidemiologia do Medicamento – Princípios Gerais*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1989. 264p.
- 57 - LAURITSEN, J.M.; BRUUS, M.; MYATT, M.A. *EpiData, Version 2.1a. An Extended Tool for Validated Entry and Documentation of Data*. Odense, Denmark: The EpiData Association, 2001.
- 58 - LEAPE, L.L.; BATES, D.W.; CULLEN, D.J.; COOPER, J.; DEMONACO, H.J.; GALLIVAN, T.; HALLISEY, R.; IVES, J.; LAIRD, N.; LAFFEL, G.; NEMESKAL, R.; PETERSEN, L.A.; PORTER, K.; SERVI, D.; SHEA, B.F.; SMALL, S.D.; SWEITZER, B.J.; THOMPSON, B.T.; VANDER VLIET, M. Systems Analysis of Adverse Drug Events. *JAMA* 274 (1) 35-43, 1995.
- 59 - LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. Os Novos Instrumentos no Contexto da Pesquisa Qualitativa. In: LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C.; TEIXEIRA, J.J.V. [Org.]. *O Discurso do Sujeito Coletivo: Uma Nova Abordagem Metodológica em Pesquisa Qualitativa*. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.
- 60 - LINJAKUMPU, T.; HARTIKAINEN, S.; KLAUKKA, T.; VEIJOLA, J.; KIVELÄ, S-L.; ISOAHO, R. Use of Medications and Polypharmacy are Increasing Among the Elderly. *Journal of Clinical Epidemiology* 55: 809-817, 2002.
- 61 - LLOYD-SHERLOCK, P. Population Ageing in Developed and Developing Regions: Implications for Health Policy. *Social Science & Medicine*, 51: 887-895, 2000.
- 62 - MCNIECE, R.; MAJEED, A. Socioeconomic Differences in General Practice Consultation Rates in Patients Aged 65 and Over: Prospective Cohort Study. *BMJ* 319: 26-28, 1999.
- 63 - MENGUE, S.S. *Uso de Medicamentos por Gestantes Atendidas no Pré-Natal em Serviços do SUS em Sete Capitais Brasileiras*. Porto Alegre: UFRGS, 1997. 212p.
- 64 - MONANE, M.; MONANE, S.; SEMLA, T. Optimal Medication Use in Elders. Key to Successful Aging. *Western Journal of Medicine*, 167(4): 233-237, 1997.

- 65 - MOSEGUI, G.B.G.; ROZENFELD, S.; VERAS, R.P.; VIANNA, C.M.M.
Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 33 (5): 437-444, 1999.
- 66 - PERETTA, M.; CICCIA, G. *Reingeniería de la práctica farmacéutica*. Buenos Aires: Ed. Panamericana, 1998. 226p.
- 67 - PITKALA, K.H.; STRANDBERG, T.E.; TILVIS, R.S. Inappropriate Drug Prescribing in Home-Dwelling, Elderly Patients – A Population-Based Survey. *Archives of Internal Medicine* 162: 1707-1712, 2002.
- 68 - PITKALA, K.H.; STRANDBERG, T.E.; TILVIS, R.S. Is It Possible to Reduce Polypharmacy in the Elderly? A Randomised, Controlled Trial. *Drugs & Aging* 18 (2): 143-149, 2001.
- 69 - RAMOS, L.R.; VERAS, R.P.; KALACHE, A. Envelhecimento Populacional: Uma Realidade Brasileira. *Revista de Saúde Pública*, 21(3): 211-224, 1987.
- 70 - RAMOS, L.R.; TONIOLO NETO, J.; CENDOROGLO, M.S.; GARCIA, J.T.; NAJAS, M.P.; PERRACINI, M.; PAOLA, C.R.; SANTOS, F.C.; BILTON, T.; EBEL, S.J.; MACEDO, M.B.M.; ALMADA FILHO, C.M.; NASRI, F.; MIRANDA, R.D.; GONÇALVES, M.; SANTOS, A.L.P.; FRAIETTA, R.; VIVACQUA NETO, I.; ALVES, M.L.M.; TUDISCO, E.L. Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results *Revista de Saúde Pública* 32(5): 397-407, 1998.
- 71 - RAZA, J.A.; MOVAHED, A. Use of cardiovascular medications in the elderly. *International Journal of Cardiology* 85: 203-215, 2002.
- 72 - RECALDE, J.M.; ZUNZUNEGUI, M.V.; BELAND, F. Interacciones Entre Medicamentos Prescritos em la Poblacion Mayor de 65 Anos. *Atencion Primaria*, 22(7):434-439, 1998.
- 73 - ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Caderno de Saúde Pública* 19 (3): 717-724, 2003.
- 74 - SCHENKEL, E. [Org.] *Cuidados com os medicamentos*. Porto Alegre/ Florianópolis: Ed. da Universidade UFRGS /Editora da UFSC, 1996. 173p.
- 75 - SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B. Epidemiologia Clínica e a Medicina Embasada em Evidências. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA Fº, N. [Org.] *Epidemiologia & Saúde*. 5ed Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. 600p.

- 76 - SECOLI, S.R.; DUARTE, Y.A.O. Medicamentos e a Assistência Domiciliária. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. [Org.] *Atendimento Domiciliar - Um Enfoque Gerontológico*. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. 630p.
- 77 - SILVA, T. *Caracterização e Análise do Nível de Informação sobre Medicamentos Prescritos a Pacientes Ambulatoriais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. Porto Alegre: UFRGS, 1999. 162 p.
- 78 - SILVA, T.; DAL-PIZZOL, F.; BELLO, C.M.; MENGUE, S.S.; SCHENKEL, E.P. Bulas de Medicamentos e a Informação Adequada ao Paciente. *Revista de Saúde Pública* 34 (2): 184-189, 2000.
- 79 - SLEATH, B.; RUBIN, R. H.; CAMPBELL, W.; GWYTHYR, L.; CLARK, T. Physician-Patient Communication About Over-The-Counter Medications. *Social Science & Medicine*, 53: 357-369, 2001.
- 80 - SMEETH, L.; FLETCHER, A.E.; STIRLING, S.; NUNES, M.; BREEZE, E.; NG, E.; BULPITT, C.J.; JONES, D. Randomised Comparison of Three Methods of Administering a Screening Questionnaire to Elderly People: Findings from the MRC Trial of the Assessment and Management of Older People in the Community. *BMJ* 323: 1-7, 2001.
- 81 - STUCK, A.E.; BEERS, M.H.; STEINER, A.; ARONOW, H.U.; RUBENSTEIN, L.Z.; BECK, J.C. Inappropriate Medication Use in Community Residing Older Persons. *Archives of Internal Medicine* 154(10): 2195-2200, 1994.
- 82 - TEIXEIRA, J.J.V.; LEFÈVRE, F. A Prescrição Medicamentosa sob a Ótica do Paciente Idoso. *Revista de Saúde Pública*, 35(2): 207-213, 2001.
- 83 - THE MERCK MANUAL OF DIAGNOSIS AND THERAPY Section 22 Chapter 304 *Drug therapy in the elderly* New Jersey: Merck & Co., 2001. Disponível na Internet em 20/01/2001 no endereço:
<http://www.sumsearch.uthscsa.edu/searchform45.htm>
- 84 - THOMAS, H.F.; SWEETNAM, P.M.; JANCHAWEE, B.; LUSCOMBE, D.K. Pharmacoepidemiology and Prescription: Polypharmacy Among Older Men in South Wales. *European Journal of Clinical Pharmacology* 55(5): 411-415, 1999.
- 85 - VEEHOF, L.J.G.; STEWART, R.E.; MEYBOOM-DE JONG, B.; HAAIJER-RUSKAMP, F.M. Pharmacoepidemiology and Prescription: Adverse Drug Reactions and Polypharmacy in the Elderly in General Practice. *European Journal of Clinical Pharmacology* 55(7): 533-536, 1999.

- 86 - VERAS, R.P.; RAMOS, L.R.; KALACHE, A. Crescimento da População Idosa no Brasil: Transformações e Conseqüências na Sociedade. *Revista de Saúde Pública*, 21(3): 225-233, 1987.
- 87 - VERAS, R.P. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ UERJ; 1994.
- 88 - VIEIRA, E.B. [Org.] *Manual de Gerontologia - Um Guia Teórico-Prático para Profissionais, Cuidadores e Familiares*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. 187p.
- 89 - VILARINO, J.F.; SOARES, I. C.; SILVEIRA, C. M.; RODEL, A.P.P.; BORTOLI, R.; LEMOS, R.R. Perfil da Automedicação em Município do Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 32(1): 43-49; 1998.
- 90 - WERLANG, M. C. *Estratégias de Memória e Aderência à Prescrição Médica em Idosos*. Porto Alegre: Faculdade de Psicologia - PUCRS, 2001. 143 p.
- 91 - WILCOX, S. M.; HIMMELSTEIN, D.U.; WOOLHANDLER, S. Inappropriate Drug Prescribing for the Community-Dwelling Elderly. *The Journal of the American Medical Association*, 272(4): 292-296; 1994.
- 92 - ZHAN, C.; SANGI, J.; BIERMAN, A.S.; MILLER, M.R.; FRIEDMAN, B.; WICKIZER, S.W.; MEYER, G.S. Potentially Inappropriate Medication Use in The Community-Dwelling Elderly – Findings From the 1996 Medical Expenditure Panel Survey. *JAMA* 286 (22): 2823-2829, 2001.

9. ANEXOS

9.1 TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Nome do estudo: CARACTERIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS POR IDOSOS EM UMA REGIÃO DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Número da entrevista: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Instituição : Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas - UFRGS.

Pesquisadora responsável: Farmacêutica e nutricionista Liziane Maahs Fone: 98237369

1. OBJETIVOS DESTE ESTUDO

Estamos realizando um estudo sobre o uso de medicamentos em pessoas de 60 anos ou mais, nas áreas dos postos que o Grupo Hospitalar Conceição atende.

2. EXPLICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

O(a) Sr(a) terá que responder algumas perguntas sobre os medicamentos que está usando, sobre como você está tomando esses medicamentos e sobre as dificuldades ou problemas que você pode ter ou não quando usar esses medicamentos.

3. POSSÍVEIS RISCOS E DESCONFORTOS

O possível desconforto desse estudo são algumas perguntas pessoais que serão feitas a(o) Sr(a). Outro possível desconforto será o tempo que o(a) Sr(a) irá gastar para responder as perguntas da entrevista.

4. POSSÍVEIS BENEFÍCIOS DESTE ESTUDO

Sabemos que as pessoas com idade de 60 anos ou mais normalmente usam mais medicamentos. Assim, essas pessoas podem ter mais chance de ter problemas com o uso de alguns medicamentos e confundirem esses problemas com reações normais do envelhecimento. Esse estudo pretende levantar os principais problemas dos medicamentos ingeridos por pessoas maiores de 60 anos para que possam ser prevenidos.

5. EXCLUSÃO DO ESTUDO

A pesquisadora responsável poderá tirá-lo(a) da pesquisa, sem o seu consentimento, quando for necessário, e o(a) Sr(a) irá ser orientado a procurar um médico.

6. DIREITO DE DESISTÊNCIA

O(a) Sr(a) poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento: o atendimento no posto de saúde não será diferente se o(a) Sr(a) decidir não participar ou deixar a pesquisa depois de iniciada.

7. SIGILO

Todas as informações que o(a) Sr(a) der nesta pesquisa poderão ser publicadas com finalidade científica de forma anônima, ou seja, manteremos segredo das informações relacionadas com sua privacidade.

8. CONSENTIMENTO

Declaro ter lido - ou que me foram lidas - as informações acima antes de assinar este formulário. Foi-me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo totalmente minhas dúvidas. Por este termo de consentimento, tomo parte, voluntariamente, dessa pesquisa.

Assinatura do entrevistado

Pesquisador responsável

Assinatura da testemunha

Porto Alegre, de _____ de 200 .

IDENTIFICAÇÃO NO POSTO DE SAÚDE

- 1-Área: 1=Barão de Bagé 2=Coinma 3=Margarita
 2- Prontuário:
 3- Nome: _____
 4- Gênero: 1- masculino 2-feminino
 5- Data Nascimento:
 6- Endereço: _____

APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR

- 7- Data entrevista:
 8- Início da entrevista: horas min

9- Os remédios podem ser usados na forma de xaropes, soluções, suspensões, pós, comprimidos, cápsulas, drágeas, injeções, colírios, conta-gotas, bombinhas, pomadas e outros. Hormônios, chás, homeopatia e suplementos como vitaminas e minerais também são remédios. O(a) Sr(a) está usando algum remédio atualmente? 0=não (pular para 20A) 1- sim (pedir para ver os medicamentos, pegar um a um, anotar o nome comercial do medicamento, concentração e completar a tabela 1, perguntando da 10 até 17)

I - MEDICAMENTOS

18- Quais os horários que o(a) Sr(a) normalmente realiza suas refeições? (Anotar em cima da tabela de medicamentos na tabela de Refeições)

19- Alguém mais usa dos seus medicamentos? 0=não 1-sim, quem? _____

20- Além desses medicamentos que o(a) Sr.(a) já me contou, teve algum outro medicamento, nesta última semana, desde..... (dizer o dia da semana passada), que o(a) Sr(a) tomou para... (Pular para 20 . 1, colocando 0=não e 1=sim)

20A - E nesta última semana, desde..... (dizer o dia da semana passada), o(a) Sr(a) tomou algum medicamento para... (colocar 0=não e 1=sim)

20 . 1... dor?	
20.2 ... diarreia?	
20.3 ... problemas nos rins ou bexiga?	
20.4 ... problemas de digestão?	
20.5 ... gripes ou resfriados?	
20.6 ... emagrecer?	
20.7 ... alergia?	
20.8 .. tomou alguma vitamina?	

(Se sim para qualquer item, perguntar nome do medicamento e anotar na tabela 1 realizando, as perguntas 10 até 16)

21- Às vezes algumas pessoas esquecem o horário de tomar o medicamento. Isso já aconteceu com o(a) Sr(a)? 0=não 1-sim, quantas vezes? _____
 (Com resposta "não", pular para 23)

22- O que você fez quando esqueceu o horário que deveria ter tomado o medicamento? 1- tomou logo que lembrou, 2- tomou no próximo horário (pulou o horário que esqueceu), 3- tomou o próximo em dobro 4- outro: _____

23- Às vezes, as pessoas trocam a quantidade de medicamento para mais ou para menos. Em algum momento você já trocou para uma quantidade diferente daquela que o médico havia lhe indicado? 0=não 1-sim, porque: _____

II- AUTO-MEDICAÇÃO

24- O(a) Sr(a) costuma olhar receitas antigas e usar de novo esses medicamentos que já tinham lhe indicado há tempos atrás? 0=não 1-sim, porque olha? _____

25- Você costuma procurar um médico quando fica doente? 0=não 1-sim 2- as vezes

26- Muitas pessoas usam alguns remédios quando não conseguem marcar consulta com seu médico. Alguma vez você já precisou usar medicamentos sem consultar um médico? 0=não (pular para pergunta 29) 1-sim, lembra para que: _____

27- O(a) Sr(a) lembra quantas vezes já precisou usar medicamentos sem consultar um médico? _____

28-O(a) Sr(a) lembra qual o nome desse(s) medicamento(s) que já usou por conta própria? 0- não (pular para pergunta 29) 1- sim (anotar na tabela 1 o nome do medicamento e realizar perguntas 10 até 17).

29- As vezes os médicos dão uma receita com um medicamento que está faltando no posto, o que o(a) Sr(a) faz? _____

III - CONDIÇÕES DE SAÚDE

30 - O (a) Sr(a) lembra quando foi sua última internação em hospital?
 0-nunca (**Se responder nunca esteve hospitalizado, pular para 33**)

31-O (a) Sr(a) lembra qual foi o motivo que o(a) levou para o hospital? _____

32- O(a) Sr(a) lembra quando foi a última vez que foi atendido(a) por um médico?

33 - Quantas vezes o(a) Sr(a) foi atendido(a) pelo médico desde (contar 12 meses atrás) do ano? _____

34- Na última vez em que foi atendido pelo médico, foi por um problema de saúde que o(a) Sr(a) já tinha antes ou por um outro motivo? _____

35- Nesta última vez que o médico lhe atendeu, o(a) Sr(a) recebeu outros remédios diferentes (**colocar 1**) ou continuou com os mesmos medicamentos (**colocar 2**)?

IV - CHÁS

36- O(a) Sr(a) têm tomado algum tipo de chá na última semana? **0-não 1-sim (Se "sim", colocar o nome na tabela de chás e perguntar questões 37 a 40. Se "não", pular para questão 41)**

V- A RESPEITO DO CUIDADOR

41- O(a) Sr.(a) conta com a ajuda de alguém para tomar seus medicamentos? **0-não 1-sim (Se a resposta for "não", pular para pergunta 45)**

42- Quem lhe ajuda? _____

43- A pessoa que cuida dos seus medicamentos mora junto na sua casa? **0- não 1- sim 2- as vezes**

44- Como ou de que maneira essa pessoa lhe ajuda a cuidar de seus medicamentos? O que ela faz? _____

(Arbitrar importância do cuidador: 0=nula 1= mínima ou dispensável 2=ajuda quando precisa 3=sempre ajuda ou indispensável)

VI - REAÇÕES ADVERSAS

45- Às vezes, alguns medicamentos podem causar reações desagradáveis. Alguma vez o(a) Sr(a) já sentiu reações diferentes enquanto estava tomando um medicamento? **0-não 1-sim**, quais? (**Perguntar o nome do medicamento que causou a reação**)

	Reação adversa	Medicamento	
1			
2			
3			
4			
5			

46- Com que frequência o(a) Sr(a). costuma ingerir os seguintes alimentos? **Para Período: 0=Não consome 1=dia 2=semana 3= mês 4= ano**

	Nº vez.	Período
Queijo		
Leite		
Requeijão		
Creme de leite		
Nata		
logurte		

47- As pessoas podem desenvolver reações a certos medicamentos. Algum medicamento já lhe causou... (**0-não 1-sim 8-não lembra Se "sim" anotar nome do medicamento**)

	Reação adversa	Medicamento	
	dor de cabeça		
	Sono		
	ficar sem sono		
	ficar nervoso, atacado		
Algum medicamento já lhe causou...			
	Depressão		
	visão borrada		
	ficar sem escutar		
	perda de apetite		
Algum medicamento já lhe causou...			
	boca seca		
	Gases		
	Indigestão		
	pressão alta		
Algum medicamento já lhe causou...			

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS - ENTREVISTA Nº

tremor de braços e pernas			
Fraqueza			
dor nas juntas			
Cãibras, fomicamentos			
Algum medicamento já lhe causou...			
dor de estômago			
Náuseas			
Vômitos			
Diarréia			
ficou trancado, sem conseguir ir aos pés			
Algum medicamento já lhe causou...			
pressão baixa			
disparou o coração			
Feridas na pele			
Coceira, alergia			

48-Quando o médico nos receita um medicamento sólido, precisamos ingerir junto com algum líquido: leite, água, chá, suco ou outros. Com qual deles o(a) Sr(a) toma os medicamentos normalmente? 1- **com leite** 2- **com água** 3- **com chá** 4- **com suco** 5- **com outro**, qual? _____ quantidade aproximada? _____

VII - ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS

49- **Cor:** 1- **branco** 2- **preto** 3- **outros**

50- Com que idade o(a) Sr(a) está hoje? **anos**

51- O(a) Sr(a) é casado(a) ou tem companheira(o)? 0- **não** 1- **sim** (Se "não", pular para 53)

52- Que idade tem o(a) seu(sua) esposo(a) ou companheiro(a)? **anos**

53- Até que ano da escola o(a) Sr(a) completou?

Até **série/ano** (55= completo)

do (0= **nunca frequentou** 1=1º grau 2=2º grau 3=3º grau 4= **Primário** 5= **Ginásio**)

54- Sabemos que algumas bulas tem uma letra muito pequena. O(a) Sr(a) costuma ler a bulas dos medicamentos? 0- **não** 1- **sim** (com resposta "sim" pular para 55, com resposta "não" pular para 56)

55- Por que o(a) Sr(a) lê? _____

_____ (pular para 57)

56- Por que o(a) sr(a) não lê? (pular para 59) _____

57 - O (a) Sr(a) consegue ler toda a bula do medicamento? 0- **não** 1- **sim**

58 - Quais as partes da bula que o(a) Sr(a) lê ? _____

59- Até qual bula o(a) Sr(a) consegue ler? (**Mostrar cartaz com as bulas**) _____

60- O(a) Sr(a) recebe algum tipo de rendimento? 0- **não** 1- **sim** 2- **as vezes**

61- Quantas pessoas além do(a) Sr(a) recebem renda nessa casa? pessoas

62- Você saberia me dizer, em reais, quanto recebem as pessoas dessa casa? R\$

63- Quantas pessoas moram em sua casa? **pessoas**

64- Existe mais alguma observação que o(a) Sr.(a) gostaria de fazer sobre os medicamentos que já usou? (**deixar espaço livre para o entrevistado relatar**) _____

65- **Fim da entrevista:** **h** **min**

66- **Agradecer a colaboração**

67- **Impressões da entrevista:** _____

Tabela 1 - TABELA DE MEDICAMENTOS

10 - O(a) Sr(a) usa esse medicamento TODOS OS DIAS (**Colocar 1 em Per**) ou SÓ QUANDO PRECISA (**Colocar 2 em Per**)? Para INTERVALOS DE TEMPO REGULARES (**Colocar 3 em Per**).

11- Há quanto tempo o(a) Sr.(a) usa este medicamento? **Anotar na tabela dia, mês, ano. Se não lembrar, fazer aproximações, colocando X na coluna ≈.**

12- Quando foi a última vez que esse medicamento foi utilizado? **Anotar na tabela dia, mês, ano. Se não lembrar, fazer aproximações, colocando X na coluna ≈.**

13- Quais os horários que o(a) Sr(a) toma esse medicamento? **Anotar na tabela os horários, procurando distribuir nas colunas. Fazer aproximações se necessário. Colocar na coluna Diz se a resposta foi dada 1= hora 2=refeição 3=turno**

14- Qual a quantidade deste medicamento que o(a) Sr(a) usa nestes horários? **Anotar na tabela em posições respectivas aos horários. Se o paciente referir qualquer troca ou mudança de posologia, anotar na coluna TC =1. Se não referir, anotar TC = zero**

15- Como ou de que maneira esse medicamento foi adquirido? (**Colocar na tabela em Origem: 1-comprou 2-pegou no posto**

médico 3-ganhou 4-alguém emprestou 5-foi o médico que lhe deu.)

16- O(a) Sr(a) já sentiu alguma reação diferente enquanto toma esse medicamento? (**Se resposta “sim” perguntar qual? e anotar na tabela, se resposta “não”, pular para 17**)

17 - Além destes medicamentos que o(a) Sr(a) me contou, tem algum outro remédio que o(a) Sr.(a) esteja tomando para ajudar no tratamento? Qual? (**Escrever o nome do medicamento e retornar à questão 10 até 16. Repetir a questão 17 até resposta final não**)

Tabela 2 - TABELA DE CHÁS

37 - Com que frequência (quantas vezes) o(a) Sr(a) toma esse chá? (**qual o nº de vezes e na coluna Per: 1 = por dia, 2 = por semana ,3 = por mês, 4 = por ano**)

38- Como o(a) Sr(a) prepara ou faz esse chá? (**descrever a parte da planta a granel ou quantos sachês e em quanto de água.**)

39- Quanto o(a) Sr(a) utiliza desse chá?

40- Como ou de que maneira esse chá foi adquirido? (**Colocar na tabela no campo origem**)

Tabela 1 - TABELA DE MEDICAMENTOS

18 - Horário das Refeições			
-----------------------------------	--	--	--

					9	10	11				12				13			14			15	16		
Nº	P	R	O	D	Nome medicamento	Conc	Per	D	M	A	≈	D	M	A	≈	Horarios	Diz	Quantidades			TC	Origem	ReAd	
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								

Observações:

Tabela 2 - TABELA DE CHÁS

N	36 - Nome do chá	37 - Frequência		38 - Como prepara ou faz	39 - Quanto toma ou utiliza			40 - Origem
		nº vezes	Per		Planta	sachê	água (vol.)	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

9.3. PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GHC

9.4 MODELO DOS CRACHÁS DE IDENTIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADORES

	<p>Nome e sobrenome estudante de Farmácia</p>	
<p>Projeto de Mestrado: Caracterização dos medicamentos utilizados por idosos em uma região do Município de Porto Alegre</p>		
	<p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Grupo Hospitalar Conceição</p>	

Estamos realizando um Projeto de Pesquisa na Faculdade de Farmácia da UFRGS junto com o Posto de Saúde da Unidade Coinma. Vamos estudar sobre os medicamentos utilizados por pessoas acima de 60 anos. Esta pesquisa faz parte do Projeto de Mestrado da farmacêutica e nutricionista Liziane Maahs Flores e existe uma equipe de entrevistadores, estudantes de Farmácia da UFRGS, identificados com crachás com os logotipos da UFRGS e do GHC, conforme os que constam nesta carta.

Algumas pessoas da região do Coinma foram sorteadas e você foi uma dessas pessoas. Entretanto, estivemos em sua casa e não conseguimos encontrá-lo(a). Gostaríamos que o(a) Sr(a) telefonasse para 982-37369, que é o telefone da pesquisadora responsável Liziane Maahs Flores, para marcar um novo horário em que pudéssemos visitá-lo(a) para conversarmos.

O(a) Sr(a) terá que responder algumas perguntas de uma entrevista que demora aproximadamente uns 40 minutos sobre os medicamentos e chás que está usando ou já usou, como você costuma tomá-los e sobre as dificuldades ou problemas que você pode ter quando utilizou medicamentos e chás.

Todas as informações que o(a) Sr(a) der nesta pesquisa poderão ser publicadas com finalidade científica de forma anônima, ou seja, manteremos o caráter confidencial das informações relacionadas com sua privacidade.

☺ Sua colaboração é muito importante para nosso estudo!☺

Liziane Maahs Flores

10. BIOGRAFIA

10. BIOGRAFIA

10.1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: Liziane Maahs Flores

FILIAÇÃO: Aureo Maahs e Izaura Maria Maahs

LOCAL E DATA DE NASCIMENTO: Bom Princípio, 12/09/1974

ENDEREÇO: Av. Fábio Araújo dos Santos, 1145/612 Bairro: Nonoai

CEP 91720390, POA, RS, Brasil. Fone: 32421096. E-mail: lizianem@hotmail.com

10.2. FORMAÇÃO ACADÊMICA

CURSO SUPERIOR

1. NUTRIÇÃO, Faculdade de Nutrição e Fonoaudiologia do Instituto Metodista de Educação e Cultura, Porto Alegre, RS, Brasil, 1998.
2. FARMÁCIA, Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil, 2000.

10.3. CURSO DE MESTRADO

1. CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil, 2003.

10.4. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

1. Farmacêutica: Farmácia FARMAMELLITUS, Porto Alegre, RS, Brasil, 2003.