

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS

**POLIFARMÁCIA ENTRE OS IDOSOS DE DOURADOS,
MATO GROSSO DO SUL: UM ESTUDO DE BASE
POPULACIONAL**

LÍGIA BATISTA LOBO

DOURADOS, MS

2015

LÍGIA BATISTA LOBO

POLIFARMÁCIA ENTRE OS IDOSOS DE DOURADOS, MATO GROSSO DO SUL: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

Dissertação apresentada à Universidade Federal da Grande Dourados – Faculdade de Ciências da Saúde, para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

ORIENTADORA: PROF^a DR^a ROSÂNGELA DA COSTA LIMA

COORIENTADORA: PROF^a DR^a MARIA CRISTINA CORREA DE SOUZA

DOURADOS MS

2015

Agradecimentos

A Deus, por estar sempre ao meu lado.

A Professora Doutora Rosângela da Costa Lima que, com paciência e dedicação, orientou-me e acreditou no meu potencial.

A Professora Doutora Maria Cristina Corrêa de Souza pela coorientação.

A minha mãe Clarice, minha irmã Luciana e sobrinha Ana Clara pela compreensão nos momentos em que não estive presente.

Aos idosos que fizeram parte deste estudo sem os quais este trabalho não se concretizaria.

As entrevistadoras e batedoras que colaboraram na coleta dos dados. Em especial, muito obrigada a Pati, Grazi e Érica, que se desdoblaram para a realização da coleta.

Dedicatória

Dedico esta dissertação aos meu esposo e minha Fifi, por todo companherismo e amor...

Sumário

Agradecimentos	iii
Dedicatória.....	iv
1. INTRODUÇÃO.....	1
2 REVISÃO DA LITERATURA	4
2.1 Envelhecimento da população	4
2.2 Prevalência de doenças crônicas e uso de medicamentos	5
2.3 Polifarmácia-definição e fatores associados.....	8
2.4 Importância dos inquéritos em saúde.....	12
3 OBJETIVOS	14
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15
5 ANEXOS	19
Anexo1- Artigo.....	20
Anexo 2 – Normas da revista	38
Anexo 3 - Manual de instruções I.....	39
Anexo 4 - Manual de instruções II	44
Anexo 5 - Carta de apresentação	55
Anexo 6 - Termo de consentimento livre e esclarecido	56
Anexo 7 - Questionário domiciliar	57
Anexo 8 - Questionário individual	61

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é um fenômeno que percorre toda a história da humanidade, mas apresenta características diferenciadas de acordo com a cultura, o tempo e o espaço. O envelhecimento tem especificidades marcadas pela posição de classe de indivíduos e grupos sociais, assim como pela cultura, política, condições socioeconômicas¹.

O envelhecimento populacional tornou-se um fenômeno mundial². No Brasil, nos últimos quarenta anos, o número de habitantes com 60 ou mais anos de idade saltou de 3 para 19 milhões³ e estima-se que alcançará a cifra dos 33,4 milhões em 2025⁴.

O aumento da expectativa de vida pode ser caracterizado como uma conquista e, ao mesmo tempo, um grande desafio devido à elevação no contingente de portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Esse grupo populacional demanda assistência contínua e um aumento exponencial do uso dos medicamentos, o qual está entre as intervenções mais utilizadas no tratamento dessas doenças, aumentando a sobrevida e melhorando a qualidade de vida.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o uso racional de medicamentos ocorre quando "*os pacientes recebem o medicamento apropriado às suas necessidades clínicas, nas doses e posologias corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para eles e para a comunidade*"⁵.

É comum encontrar, nas prescrições médicas de idosos, dosagens inadequadas, redundância do uso de fármacos pertencentes a uma mesma classe terapêutica. É possível afirmar que, mais do que em qualquer outro grupo etário, há excesso do número de medicamentos prescritos e muitas vezes sem haver clara correspondência entre a doença e a ação farmacológica.

Os idosos são vulneráveis aos problemas decorrentes do uso de muitos medicamentos, devido à complexidade dos problemas clínicos, à necessidade de múltiplos agentes terapêuticos e às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao

envelhecimento². Deste modo, racionalizar o uso de medicamentos e evitar os seus agravos constituem em desafios da saúde pública desse século.

Esse padrão elevado no consumo de medicamentos entre os idosos tem sido descrito em estudos no Brasil e no mundo. No Reino Unido, cerca de dois terços dos idosos utilizam medicamentos⁶. Nos Estados Unidos, os idosos foram responsáveis pela aquisição de um terço das prescrições médicas emitidas e por 40% dos medicamentos vendidos sem receita médica⁷. No Brasil, estima-se que 23% da população consome 60% da produção nacional de medicamentos, especialmente as pessoas acima de 60 anos⁸.

A magnitude do uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos (polifarmácia) tem aumentado de modo importante nos últimos anos e evidenciou-se nos Estados Unidos, quando esta prática passou a configurar como um dos problemas de segurança relacionado ao uso de medicamentos⁹. Sua etiologia é multifatorial, sendo que as doenças crônicas e as manifestações clínicas decorrentes do envelhecimento apresentam-se como os principais elementos¹⁰.

Apesar da importância, a mesma está associada ao aumento do risco e da gravidade das reações adversas a medicamentos, de precipitar interações medicamentosas, de causar toxicidade cumulativa, de ocasionar erros de dosagem de medicação, de reduzir a adesão ao tratamento e elevar a morbimortalidade. Assim, essa prática relaciona-se diretamente aos custos assistenciais, que incluem medicamentos e as repercussões advindas desse uso como os custos de consulta a especialistas, atendimento de emergência e de internação hospitalar.

Os idosos, por serem, muitas vezes, usuários de polifarmácia estão em risco de sofrer intoxicações por medicamentos. Isso acontece devido ao fato de muitos pacientes idosos serem pluripatogênicos e necessitarem da prescrição de vários medicamentos, além de procurarem diversos médicos especialistas que prescrevem outras drogas, favorecendo o uso excessivo de medicamentos. Esta ação juntamente com o sistema fisiológico de função reduzida, alterações na excreção, no metabolismo, identificação confusa do medicamento, via incorreta de administração e armazenamento impróprio que podem ocorrer com o idoso, levam o organismo a uma desregulação fisiológica e possível intoxicação¹¹. Dados do Sistema Nacional de Informação Tóxico-farmacológica (SINITOX), de 2010 evidenciaram 994 casos, no Brasil, de intoxicação por medicamentos na faixa etária acima de 60 anos¹².

Comparativamente, a incidência de erros de prescrições, como consequência da polifarmácia, foi de 15% quando o idoso utilizou um medicamento, elevando-se para 35% quando o número foi igual ou superior a quatro. Ressalta-se ainda que a frequência de eventos adversos relacionados aos medicamentos é maior nesta faixa etária, aumentando expressivamente de acordo com a complexidade da terapia. O risco de ocorrência aumenta em 13% com o uso de dois agentes, de 58% quando este número aumenta para cinco, elevando-se para 82% nos casos em que são consumidos sete ou mais medicamentos¹³.

Portanto, o uso racional de medicamentos pelos idosos é uma preocupação crescente. Compreender e conhecer o perfil epidemiológico e os fatores que influenciam a prevalência de polifarmácia na comunidade são essenciais para avaliar o impacto de novas terapias, delinear medidas de contenção de gastos farmacêuticos e melhoria das políticas de assistência à saúde dos idosos.

O presente estudo visa quantificar a utilização de polifarmácia (cinco ou mais medicamentos) e avaliar os fatores associados a essa prática entre idosos residentes no município de Dourados - Mato Grosso do Sul.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 - Envelhecimento da População

O envelhecimento humano, os estilos de vida e o estado de saúde são campos de grande interesse das ciências sociais e da saúde¹⁴. O aumento gradativo da longevidade, resultado da diminuição das taxas de fecundidade e de mortalidade observado nas últimas décadas, desencadeou, como consequência, o fenômeno de envelhecimento populacional¹⁵.

O envelhecimento populacional não se refere a indivíduos ou gerações, mas sim à mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento relativo das pessoas acima de 60 anos¹⁶. Do ponto de vista biológico, o envelhecimento é um processo gradual, resultado de mudanças importantes de maturação ocorridos durante a infância, a puberdade e a fase adulta jovem e de declínio a partir da meia-idade até a idade avançada¹⁵. É um processo dinâmico e progressivo de alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, tornando o organismo mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas que culminam com o aparecimento das doenças crônico-degenerativas¹⁶.

Em todo o mundo o envelhecimento populacional é uma realidade. Em 2025, em muitos países em desenvolvimento, particularmente na América Latina e Ásia, o aumento da população idosa será de 300%. Em 2050, haverá dois bilhões de pessoas com idade acima de 60 anos, 80% destas vivendo em países em desenvolvimento¹⁹. No Brasil, nos últimos anos, a população idosa apresentou um incremento quase duas vezes superior ao da população geral. Em 2007, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) contabilizou a existência de quase 20 milhões de idosos no Brasil, correspondendo a 10,5% do total da população¹⁶. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2030 os idosos representarão aproximadamente 19% da população brasileira, e alcançarão as cifras de 33,4 milhões¹⁸. Em Dourados há 17.804 idosos correspondendo a 9% da população³.

2.2 - Prevalência de doenças crônicas e uso de medicamentos

Para a OMS, o desafio do envelhecimento é o crescimento das doenças crônicas e de suas incapacidades, bem como o status de dependência ou de deficiência do idoso, gerando o aumento da demanda por serviços de saúde¹⁹.

A presença de condições crônicas tornou-se uma epidemia. Estudo sobre a prevalência de doenças crônicas realizado nos Estados Unidos demonstrou que 82% dos idosos possuem pelo menos uma doença crônica, 43% pelo menos três, e 24% quatro ou mais dessas condições⁹. No Brasil, segundo os dados da PNAD, realizada em 2009, 77,4% dos idosos brasileiros declararam ter pelo menos uma doença crônica e cerca de 10% apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades¹⁸.

Portanto, este fenômeno populacional traz importantes repercussões não somente no campo demográfico e econômico, mas também leva a profundas repercussões e impacto sobre a situação social, política e principalmente sobre o setor saúde sendo um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea, sobretudo nos países em desenvolvimento¹⁵.

No Brasil, o impacto do envelhecimento populacional sobre o setor saúde ganha dimensão e complexidade maiores. O Brasil ainda luta para superar problemas sanitários típicos de países menos desenvolvidos, como desnutrição, dengue e malária, aos quais vêm juntar-se as DCNT comuns na velhice. O enfrentamento de tal desafio pelos planejadores e administradores em saúde pública acontece em um contexto de escassez crônica de recursos para o financiamento da atenção à saúde²⁰. No campo da assistência farmacêutica, o acesso da população ao medicamento pode ser limitado e desigual, penalizando os indivíduos mais vulneráveis e de baixa renda²¹.

Para contornar tal situação, em 2004, o governo federal criou o Programa Farmácia Popular do Brasil. Tal medida foi concebida tendo como um de seus objetivos principais a ampliação do acesso a medicamentos para a população brasileira. Ele não possui o objetivo de substituir a provisão gratuita, no entanto, especula-se que possa ser visto como uma nova alternativa à possível baixa efetividade do sistema público de provisão de medicamentos²².

Em uma abordagem inicial de tais problemas ligados ao envelhecimento, a OMS elegeu alguns determinantes-chaves que podem influenciar positivamente a vida e a saúde dos idosos. São eles: a oportunização de serviços de promoção da saúde e prevenção de

doenças, serviços curativos acessíveis e de qualidade, redes sociais de apoio formais e informais de longa duração, serviços de saúde mental, combate ao uso do tabaco e do álcool, alimentação saudável, saúde oral, prática regular de exercícios físicos e o uso racional e seguro de medicamentos¹⁵.

Para a OMS, o uso racional de medicamentos ocorre quando *"os pacientes recebem o medicamento apropriado às suas necessidades clínicas, nas doses e posologias corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para eles e para a comunidade"*⁴.

Os medicamentos representam um dos mais importantes itens da atenção à saúde do idoso. O conhecimento do perfil de utilização de medicamentos é fundamental para o delineamento de estratégias de uso racional de fármacos entre esse grupo etário²¹.

Nos países desenvolvidos, o uso de medicamentos entre idosos tem aumentado ao longo do tempo, assim como a parcela dos gastos com saúde debitados à assistência farmacêutica, com o agravante de que, nessa faixa etária, os benefícios obtidos com a terapia medicamentosa hoje não significam uma redução futura no uso de medicamentos^{13,20}. Estimativas nesses países demonstraram que mais de um terço dos medicamentos produzidos são consumidos por pessoas acima de 65 anos e as prevalências de uso por essa faixa etária variam entre 70% a valores acima de 90%⁷. Há evidências de que os idosos americanos, vivendo na comunidade, tomam em média de 3,2 medicamentos prescritos ou não e 27% dos entrevistados fazem uso de polifarmácia¹³. Lassila *et al*²³, em estudo transversal com 967 idosos (65 anos ou mais) americanos, relatam que 71% usavam pelo menos um medicamento regularmente. Prevalências ligeiramente menores foram assinaladas por Woo *et al*²⁴ na China, que encontrou 59,2% dos idosos (70 anos ou mais) usando medicamentos prescritos.

Estudos fármaco-epidemiológicos entre idosos tem sido publicados no Brasil. A prevalência de idosos fazendo uso de medicamentos encontrada por Loyola *et al*²⁰ em Belo Horizonte foi de 72%, com número médio de medicamentos consumidos igual a 2,18. Silva *et al*¹⁸, via questionário postal aos idosos segurados de Belo Horizonte e Rio de Janeiro encontraram a prevalência de 83,0% e uma média de uso de 3,8 medicamentos. Flores *et al*⁸, em população da região Sul do país, evidenciaram a média de uso de 3,04 e a prevalência de 86% de usuários. Carvalho *et al*⁴, em São Paulo, observaram o uso de pelo menos um até o

máximo de 16 medicamentos por esse grupo, com média de 3,6 e prevalência de uso de 83% nos idosos com idade superior a 65 anos. Veras²⁵, em inquérito domiciliar com idosos do Rio de Janeiro, identificou que 80,1% dos entrevistados relatavam uso regular de medicamentos prescritos. Também no Rio de Janeiro, Miralles & Kimberlin²⁶ encontraram proporções de 93,5% em Copacabana, 80,3% no Méier, e 62,9% em Santa Cruz.

Segundo Mosegui²⁷, os idosos chegam a constituir 50% dos multiusuários de medicamentos, sendo comum encontrar, em suas prescrições, algumas drogas consideradas impróprias para este grupo etário, seja pela falta de eficácia terapêutica ou por um risco aumentado de efeitos adversos^{7,15,28}. Com as alterações fisiológicas e patológicas relacionadas ao envelhecimento, há um aumento dos riscos associados ao uso de fármacos. Dentre os fatores que contribuem para este aumento destaca-se o comprometimento da função renal para a depuração de fármacos que são primariamente excretados pelos rins; a redução do fluxo sanguíneo e do processo de biotransformação hepática; o aumento da gordura corpórea, o que resulta no aumento do volume de distribuição de fármacos lipossolúveis. Além disso, alterações da sensibilidade de receptores e as modificações da resposta dos sistemas fisiológicos comprometidos por doenças podem alterar a ação dos fármacos²⁹.

De acordo com a OMS, mais de 50% dos medicamentos são prescritos ou dispensados inadequadamente, enquanto que 50% dos usuários os usam de maneira incorreta, o que pode levar a maiores riscos de morbidade e mortalidade. Diante disso, o uso irracional de medicamentos pode ser considerado um sério problema de saúde coletiva¹⁵.

Em um estudo realizado na Alemanha evidenciou-se que 20% dos idosos apresentaram prescrições inadequadas, além de que, com o uso de múltiplos medicamentos, somado ao aumento da idade, houve maiores riscos de interações medicamentosas, sendo de 25% na faixa etária entre 60 aos 80 anos, subindo para 36% na década de 80³⁰. Ainda assim, os medicamentos representam uma das estratégias mais importantes da atenção à saúde dos idosos³¹. Um número crescente de estudos populacionais em idosos no Brasil abordam o uso de medicamentos em diferentes aspectos, tais como os fatores associados ao seu uso, a automedicação, o alto custo, seu uso inadequado, as interações medicamentosas, bem como prática da polifarmácia^{4,21,32,33,34}.

2.3 – Polifarmácia: definições e fatores associados

Apesar de não existir um consenso sobre qual número de medicamentos expresse polifarmácia, ela tem sido definida, basicamente, de duas formas: a qualitativa, onde observa-se o uso de um ou mais fármacos desnecessários ao esquema terapêutico, ou seja, além do que está clinicamente indicado; e a quantitativa, onde considera apenas o número de fármacos utilizados por um determinado indivíduo, independente da necessidade clínica, variando desde o consumo de dois até cinco ou mais fármacos¹³. Os estudos brasileiros, em sua grande maioria, adotam o uso da definição quantitativa de polifarmácia como sendo o uso de cinco ou mais fármacos^{4,20,21, 33,35, 36}.

Um estudo norte-americano³⁷ apresentou como um dos objetivos identificar uma definição de consenso para a polifarmácia através de uma revisão de literatura de artigos originais publicados entre janeiro de 1997 e maio de 2007. Inúmeras definições foram evidenciadas tais como: medicação não correspondente ao diagnóstico; duplicação da medicação; frequência de administração inadequada; medicamentos prescritos para tratar o efeito colateral de outra medicação; polifarmácia minor - uso de 2-4 remédios e polifarmácia maior ≥ 5 remédios; uso de mais de cinco medicamentos; uso desnecessário de medicamentos, dentre outras. Neste artigo há uma proposta de mudança do termo de polifarmácia para hiperfarmacoterapia.

A polifarmácia é consequência do maior número de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) nos idosos. Contribui, também, para a utilização de múltiplos medicamentos, a forma desarticulada como é feita a assistência à saúde do idoso, atendido em momentos próximos por diferentes prescritores, sem que o usuário seja questionado sobre quais medicamentos utiliza. Além disso, as receitas muitas vezes são repetidas indefinidamente porque os pacientes não são orientados acerca da duração do tratamento. Por vezes, equivocadamente, reações adversas a medicamentos são interpretadas como novas entidades clínicas e tratadas com outros agentes, constituindo a cascata iatrogênica. A propaganda dirigida ao consumidor também contribui para a polifarmácia, por aumentar a demanda de determinados medicamentos e estimular a automedicação⁴.

Nos últimos anos houve aumento expressivo da polifarmácia em geriatria. No Brasil, mais de 40% das pessoas com mais 65 anos consomem cinco ou mais medicamentos e 12% usam dez agentes diferentes¹⁵. Sharkey *et al*⁹, em um estudo com 326 idosos realizado no Texas, Estados Unidos, evidenciaram que 31,6% dos entrevistados utilizava cinco ou mais classes terapêuticas.

A polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos) foi relatada por 36% dos idosos de São Paulo, com idade igual ou superior a 65 anos⁴. A prevalência encontrada variou de 14,3% na Região Metropolitana de Belo Horizonte²⁰ a 27% em Porto Alegre³⁵ e chegou a 32,7% entre aposentados do Rio de Janeiro³⁶. Silva *et al*¹⁸ encontraram a polifarmácia em mais de um terço dos participantes do estudo (35,4%). Essas divergências entre as prevalências podem ser em função de aspectos metodológicos, tais como diferenças entre populações-alvo, período recordatório do uso de medicamentos, bem como a definição de polifarmácia¹⁸.

Em vários inquéritos sobre polifarmácia realizados no Brasil, os idosos que relataram hipertensão arterial, diabetes, doenças cardíacas e reumáticas apresentaram maior chance para este evento. O fato não surpreende, dado que essas morbidades são prevalentes entre os idosos e, geralmente, é necessária a utilização de vários medicamentos para o seu controle⁴. Diversos trabalhos mostram que os medicamentos com ação sobre o aparelho cardiovascular são os mais consumidos por idosos. Seguindo classificação anatômica, Silva *et al*¹⁸ encontraram que os medicamentos mais utilizados pelos idosos pertencem aos sistemas cardiovascular, nervoso e do trato alimentar/metabolismo. Loyola *et al*²⁰ evidenciaram que 52,0% dos medicamentos consumidos atuam sobre o sistema cardiovascular, seguindo em ordem decrescente os medicamentos com ação sobre o sistema nervoso (14,2%) e o trato alimentar e metabolismo (12,2%). Carvalho *et al*¹⁶ verificaram que, dentre os 20 medicamentos mais utilizados pelos idosos na polifarmácia, dez medicamentos (50%) são de ação no sistema cardiovascular. No sul do país, pode ser observado que as classes terapêuticas mais utilizadas também foram para o sistema cardiovascular (32%), para o sistema nervoso (22%) e para o trato gastrointestinal e o metabolismo (18%)⁸. No nordeste, também figuraram entre as categorias terapêuticas mais comuns medicamentos com ação no sistema cardiovascular (56%), sistema nervoso central (11,5%), metabolismo (17,5%)¹⁵.

Considerando a classificação terapêutica da ATC, Loyola *et al*²⁰ encontraram que entre os dez medicamentos mais consumidos figuram cinco com ação sobre o sistema cardiovascular: diuréticos (14,7%), inibidores do sistema renina-angiotensina (12,6%), beta-bloqueadores e bloqueadores dos canais de cálcio (14,5%) e cardioterápicos (5,2%). Seguem-se a estes, os antiagregantes plaquetários (6,7%), medicamentos utilizados na diabetes (6,2%), psicodélicos (8,1%) e antiinflamatórios/antireumáticos (2,8%). Carvalho *et al*⁴ chamam a atenção para a inclusão na lista dos 20 medicamentos mais utilizados pelos idosos de São Paulo, a de dois medicamentos que reduzem a acidez gástrica (ranitidina e omeprazol). O amplo uso profilático desses medicamentos, nem sempre racional, tem sido documentado, o que talvez explique, pelo menos parcialmente, a elevada frequência de utilização no grupo estudado.

As associações entre maior uso de serviços de saúde e polifarmácia foram observadas na Região Metropolitana de Belo Horizonte e também detectadas em outros estudos^{21,35,38,39}. Esses achados são consistentes, pois há uma conexão entre problemas de saúde, visitas médicas e uso de medicamentos³³. O aumento no número de hospitalizações, duração da estadia e readmissão mostraram-se associadas com o uso de cinco ou mais medicamentos, o que pode estar relacionado a um pior estado de saúde³⁰.

Carvalho *et al*⁴ evidenciaram que o fato de o idoso utilizar apenas o Sistema Único de Saúde (SUS) mostrou associação inversa com a polifarmácia. É possível que esses idosos usem apenas medicamentos fornecidos pelo SUS, o que limitaria o número de medicamentos utilizados².

Considerando a estratificação etária, foram observadas maiores prevalências de uso de medicamentos e de polifarmácia na faixa etária de 70 anos ou mais (87,3% e 42,7%, respectivamente) em comparação ao grupo de 60-69 anos (78,8% e 28,3%)¹⁸. Outros estudos brasileiros^{4, 20, 21, 33} e internacionais^{6, 13}, corroboram com este aumento de prevalência de polifarmácia a medida que se eleva a idade. A explicação para associação positiva entre idade e o maior consumo de medicamentos reside na maior ocorrência de problemas de saúde nas idades mais avançadas, geralmente de longa duração e com maior grau de severidade, cujo tratamento e alívio de sintomas demanda terapia farmacológica^{39, 40}.

Quanto ao gênero, estudos recentes, conduzidos em diferentes países, têm mostrado que sexo (feminino) e idade (mais velha) são as características sociodemográficas mais

consistentemente associadas à polifarmácia^{6,24,33,39,41}. O mais provável é que uma maior utilização de medicamentos pelas mulheres idosas possa estar ligada a outras questões, de ordem biológica (mulheres são mais afetadas por problemas de saúde não fatais), psicológica (mulheres são mais conscientes dos sintomas físicos e colocam mais atenção sobre os seus problemas de saúde) e sociocultural (ao longo da vida, mulheres utilizam mais os serviços de saúde e estão mais familiarizadas com os medicamentos).

Na população estudada por Lima *et al*³², as mulheres apresentaram um maior número de doenças crônicas e visitaram mais vezes os médicos que os homens. O consumo elevado de medicamentos (5+) foi mais alta entre as mulheres, em comparação aos homens (79,3 vs 61,5%), assim como a média do número de medicamentos consumidos (2,56 vs 1,64)³⁰.

Situação conjugal e escolaridade parecem ser menos importantes na determinação do consumo de medicamentos entre idosos. Vários estudos não encontraram associação entre essas variáveis e o consumo de medicamentos nessa faixa etária^{21, 26}. Loyola *et al*²⁰ verificaram que o consumo de 3-4 medicamentos apresentou associação significativa com viuvez e o consumo de cinco ou mais medicamentos apresentou associação com 8 ou mais anos de escolaridade.

Em relação ao nível socioeconômico, alguns estudos mostram que as chances de uso de medicamentos prescritos cresceram com o aumento desta variável. Em estudo realizado com a população de Fortaleza encontrou-se que a proporção de idosos usando pelo menos um medicamento prescrito foi de 80,3% na área central (idosos com melhor renda); 67,5% na área intermediária; e 60,7% na área periférica²¹. Na área central, 13,6% dos idosos usavam cinco ou mais medicamentos prescritos, sendo essa proporção de 7,7% e 5,4%, nas áreas intermediária e periférica, respectivamente. Outros inquéritos já apontavam associação positiva entre maior renda e prática de polifarmácia^{4,33}.

A percepção de saúde pelos idosos nas autoavaliações como regular e ruim/muito ruim mostraram-se associadas à polifarmácia, em inquéritos brasileiros^{20,42,43,44,45} e de outros países^{23,40}. Junius³⁰ em população idosa alemã, encontrou a prevalência de 15% dos participantes, que usavam menos de cinco drogas, com percepção de saúde como boa e 38% dos que usavam polifarmácia tinham percepção de saúde com ruim/muito ruim. Esses achados são consistentes porque a conexão entre problemas de saúde e uso de medicamentos

é óbvia uma vez que as pessoas ficam (ou se percebem) doentes e procuram solução ou alívio para seus sintomas utilizando medicamentos.

As associações encontradas entre consumo de medicamentos, condições de saúde e uso de serviços de saúde reforçam o reconhecimento da importância dos medicamentos na atenção à saúde do idoso^{46, 47}. Seu uso racional é um grande desafio para a saúde pública, envolvendo a responsabilidade de todos os elos da cadeia do medicamento, desde a indústria farmacêutica, as autoridades regulatórias, o sistema de saúde até profissionais da saúde e pacientes. Medidas educativas e administrativas são necessárias para garantir à população geriátrica uma farmacoterapia de qualidade.

Por isso, é importante a realização de estudos, nas diversas regiões do país, para estabelecer o consumo de medicamentos na sua própria população e subsidiar os gestores públicos na elaboração de políticas públicas direcionadas ao bem-estar desse subgrupo populacional e que visem à adequação da assistência farmacêutica às suas reais necessidades.

2.4 - Importância dos inquéritos de saúde

As informações em saúde são cada vez mais essenciais para o planejamento, a programação, o monitoramento e a gestão das intervenções em saúde coletiva e individual, principalmente quando se considera o contexto de mudanças do padrão epidemiológico, ampliação do conceito saúde-doença, bem como a incorporação das atividades de promoção da saúde. As informações oriundas das fontes de dados secundários dos sistemas de informação em saúde são fundamentais, mas insuficientes para responder às necessidades da gestão. Daí a importância crescente de inquéritos populacionais, entendidos como componentes fundamentais para um sistema nacional de informações em saúde.

Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) permitem conhecer o perfil de saúde e a distribuição dos fatores de risco em uma população, com atualização periódica e comparações sequenciadas no tempo e entre áreas geográficas.

Uma dimensão importante dos inquéritos refere-se à possibilidade de correlacionar os agravos e problemas de saúde com as condições sócio-ambientais e mesmo com a

percepção do estado de saúde pelos indivíduos, permitindo a descrição e quantificação das iniquidades em saúde, tanto relacionadas à ocorrência de doenças quanto à exposição a riscos. Problemas de saúde menos graves ou pouco sintomáticos, bem como a identificação de grupos com dificuldade de acesso aos serviços de saúde podem ser também identificados por meio de inquéritos de saúde.

Além disto, os INS podem se constituir em instrumentos de avaliação das políticas públicas implantadas, o grau de sucesso alcançado por elas, bem como identificar grupos sociais e geográficos excluídos ou pouco atingidos. Da mesma forma, se devidamente planejado, os INS podem permitir a comparação do desempenho entre Sistemas de Saúde.

Não menos importante nas sociedades contemporâneas é a necessidade de se conhecer a carga de doença oriunda de hábitos não saudáveis e o cálculo dos custos para o sistema de saúde e a sociedade, subsidiando políticas de intervenção legal sobre problemas, como consumo de alimentos, cigarros, álcool e medicamentos.

Um dos fatores limitantes no uso rotineiro dos inquéritos consiste nos custos elevados, além dos processos de desenho das amostras e dos procedimentos de análise serem metodologicamente complexos, exigindo-se tempo e capacidade técnica para planejamento e execução⁴⁸.

Ênfase especial tem sido dada para os inquéritos em grupos específicos que tem sido alvo de monitoramento mais frequente, seja pela possibilidade de detecção precoce de agravos e oportunidade de estabelecer políticas de promoção à saúde e prevenção, como, por exemplo, entre jovens, ou, pela maior morbi-mortalidade entre idosos, ou grupos de pessoas que apresentam patologias que atuam como fatores de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis, como diabéticos e hipertensos⁴⁹.

3 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência de polifarmácia e fatores associados na população de idosos residentes na zona urbana do município de Dourados, MS, Brasil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Estimar a prevalência de polifarmácia
- 2) Verificar a associação da polifarmácia com as variáveis sociodemográficas: sexo, idade, situação conjugal, cor/raça, escolaridade e nível socioeconômico.
- 3) Verificar a associação de polifarmácia com indicadores de saúde: atividade física, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, doenças ou condições crônicas, número de consultas médicas, número de hospitalizações, índice de massa corporal e autoavaliação de saúde.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Domingues MAR, Amendola F, Faccenda O. Social support networks for elderly patients attended by Family Health teams. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2011;16(5):2603-11.
2. Neves SJF, Marques AP, Leal MC, Diniz AD, Medeiros TS, Arruda IK. "Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil; *Rev. Saúde Pública*. 2013;47(4):759-68.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: resultados preliminares. Rio de Janeiro; 2010.
4. Carvalho MF, Romano-Lieber NS, Bergsten-Mendes G, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, et al. Polypharmacy among the elderly in the city of São Paulo, Brazil - SABE Study. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(4): 817-27.
5. World Health Organization. Active Ageing. A Policy Framework. Geneva: WHO; 2002.
6. Chen YF, Dewey ME, Avery AJ. Self-reported medication use for older people in England and Wales. *J Clin Pharm Ther*. 2001;26(2): 129-40.
7. Berdot S, Bertrand M, Dartigues JF, Fourrier A, Tavernier B, Ritchie K, et al. Inappropriate medication use and risk of falls--a prospective study in a large community-dwelling elderly cohort. *BMC Geriatr*. 2009;9(1):30-1.
8. Flores LM, Mengue SS. [Drug use by the elderly in Southern Brazil]. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6): 924-9.
9. Sharkey JR, Browne B, Ory MG, Wang S. Patterns of therapeutic prescription medication category use among community-dwelling homebound older adults. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2005;14(10):715-23.
10. Safran DG, Neuman P, Schoen C, Kitchman MS, Wilson IB, Cooper B et al. Prescription drug coverage and seniors: findings from a 2003 national survey. *Health Aff (Millwood)* 2005; Suppl Web Exclusives: W5-152-W5-166.
11. Franco, YO; Bernardes, ACA.; Chorilli, M Intoxicação Medicamentosa no Idoso. *Saúde em Revista, Piracicaba*. 2005; 7(15): 53-6.
12. SINITOX. www.fiocruz.br/sinitox2010
13. Fialová D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jónsson PV, Carpenter I, et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA*. 2005;293(11):1348-58.

14. Ramos LR. [Determinant factors for healthy aging among senior citizens in a large city: the Epidoso Project in São Paulo]. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):793-8.
15. Silva GEO, Gondim AP, Monteiro MP, Frota MA, de Meneses AL. [Continuous-use medication and associated factors in the elderly living in Quixadá, Ceará, Brazil]. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(2):386-95.
16. Carvalho JA, Garcia RA. [The aging process in the Brazilian population: a demographic approach]. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):725-33.
17. Cesar JA, Oliveira-Filho JA, Bess G, Cegielka R, Machado J, Gonçalves TS, et al. [Profile of the elderly population in two poor municipalities in North and Northeast Brazil: the results of a cross-sectional population-based survey]. *Cad Saude Publica*. 2008;24(8):1835-45.
18. Silva AL, Ribeiro AQ, Klein CH, Acurcio FeA. [Use of medications by elderly Brazilians according to age: a postal survey]. *Cad Saude Publica*. 2012;28(6):1033-45.
19. Alves LC, Quinet LBC, López VME, Sá Carvalho M, Godoi VAG, Oliveira da FTC, et al. [The effect of chronic diseases on functional status of the elderly living in the city of São Paulo, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2007;23(8):1924-30.
20. Loyola Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. [A population-based study on use of medication by the elderly in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2006;22(12):2657-67.
21. Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. [Medication use patterns among elderly people in urban area in Northeastern Brazil]. *Rev Saude Publica*. 2004;38(4):557-64.
22. Costa KS, Francisco PMSB, Barros MBDA. Conhecimento e utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil: estudo de base populacional no município de Campinas-SP. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2014; 23(3), 397-408.
23. Lassila HC, Stoehr GP, Ganguli M, Seaberg EC, Gilby JE, Belle SH, et al. Use of prescription medications in an elderly rural population. *Ann Pharmacother*. 1996;30(6):589-95.
24. Woo J, Ho SC, Yuen YK, Lau J. Drug use in an elderly Chinese population: prevalence and associated factors. *Gerontology*. 1995;41(2):98-108.
25. Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):548-54.
26. Miralles MA, Kimberlin CL. Perceived access to care and medication use among ambulatory elderly in Rio de Janeiro, Brazil. *Soc Sci Med*. 1998;46(3):345-55.

27. Mosegui GB, Rozenfeld S, Veras RP, Vianna CM. [Quality assessment of drug use in the elderly]. *Rev Saude Publica*. 1999;33(5):437-44.
28. Costa SC, Pedroso ERP. A prescrição de medicamentos para idosos internados em serviço de clínica médica: atualização. *Rev Med Minas Gerais*. 2011;21(2):201-14.
29. Ribeiro AQ, Araújo CMC, Acúrcio FA. Qualidade no uso de medicamentos por idosos: uma revisão dos métodos de avaliação disponíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(4):703-10.
30. Junius-Walker U, Theile G, Hummers-Pradier E. Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany. *Fam Pract*. 2007;24(1):14-9.
31. Rozenfeld S. [Research in, about, and for health services: an international panorama and questions for health research in Brazil. Debate on the paper by Hillegonda Maria Dutilh Novaes]. *Cad Saude Publica*. 2004;20 Suppl 2:S163-4; author reply S70-3.
32. Lima-Costa MF, Barreto SM, Firmo JO, Uchoa E. Socioeconomic position and health in a population of Brazilian elderly: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *Rev Panam Salud Publica*. 2003;13(6):387-94.
33. Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JEO, Lima-Costa MF. [A population-based study on use of medications by elderly Brazilians: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS)]. *Cad Saude Publica*. 2005;21(2):545-53.
34. Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, César CC, Acúrcio FeA. [Survey on medicine use by elderly retirees in Belo Horizonte, Southeastern Brazil]. *Rev Saude Publica*. 2008;42(4):724-32.
35. Flores VB, Benvegnú LA. [Use of medicines by the elderly in Santa Rosa, Rio Grande do Sul State, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2008;24(6):1439-46.
36. Rozenfeld S, Fonseca MJ, Acúrcio FA. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23(1):34-43.
37. Bushardt RL, Massey EB, Simpson TW, Jane CA, Kit N, Simpson KN. Polypharmacy : Misleading, but manageable. *Clin Interv Aging*. Jun 2008; 3(2):383-9.
38. Dal Pizzol TS, Pons ES, Hugo FN, Bozzetti MC, Sousa MaL, Hilgert JB. [Use of medication by the elderly in urban and rural areas in southern Brazil: a population-based study]. *Cad Saude Publica*. 2012;28(1):104-14.
39. Travassos C, Viacava F. [Access to and use of health services by rural elderly, Brazil, 1998 and 2003]. *Cad Saude Publica*. 2007;23(10):2490-502.

40. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivelä SL, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol.* 2002;55(8):809.
41. Bertoldi AD, Barros AJ, Hallal PC, Lima RC. [Drug utilization in adults: prevalence and individuals determinants]. *Rev Saude Publica.* 2004;38(2):228-38.
42. Borim FS, Barros MB, Neri AL. [Self-rated health in the elderly: a population-based study in Campinas, São Paulo, Brazil]. *Cad Saude Publica.* 2012;28(4):769-80.
43. Alves LS, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;17(5/6):333-41.
44. Santos TRA, Lima DM, Nakatani AYZ. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2013;47(1):94-103. 19.
45. Loyola Filho AID, Firmo JO, Uchôa E, Lima-Costa MF. Birth cohort differences in the use of medications in a Brazilian population of older elderly: the Bambuí Cohort Study of Aging (1997 and 2008). *Cad de Saúde Pública* 2010; 27(3): 435-43.
46. Marin MJS, Oliveira Cecílio LC, Perez AEWUF, Santella F, Silva CBA, Gonçalves Filho JR, Roceti LC. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(7):1545-55.
47. Galato D, Silva ES, Tiburcio LS. Study of the use of medicine in elderly living in a city in the South of Santa Catarina (Brazil): a look at the polymedication. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; 15(6):2899-905.
48. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Neto OLM. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro *Rev. bras. epidemiol.* vol.11 suppl.1 São Paulo May 2008.
49. Waldman EA *et al* Inquéritos populacionais: aspectos metodológicos, operacionais e éticos *Rev. bras. epidemiol.* vol.11 suppl.1 São Paulo May 2008

ANEXOS

Anexo 1

Polifarmácia entre os idosos de Dourados, Mato Grosso do Sul: um estudo de base populacional

Polypharmacy among elderly individuals in Dourados, Mato Grosso do Sul state: a population-based study.

Polifarmacia entre ancianos de Dourados, Mato Grosso do Sul: um estudio de base populacional.

Autores: Lígia Batista Lobo¹, Graziella A.A.Cattanio¹, Patrícia Karla da Rocha Pereira¹, Erica Quintiliano Oliveira¹, Maria Cristina Correa de Souza¹, Rosângela da Costa Lima¹

¹ Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever a polifarmácia (5 ou mais medicamentos concomitantes) e fatores associados (sociodemográficos e de saúde) em uma amostra representativa de 1022 idosos de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. Foi realizado um estudo transversal de base populacional, com amostra por conglomerados. Os dados foram coletados em entrevistas domiciliares, sendo verificada as embalagens e/ou receita dos medicamentos utilizados nos 15 dias precedentes. A prevalência de polifarmácia foi de 35,4% (IC95% 31,72-39,24) entre os participantes. Após ajuste para potenciais confundidores, sexo feminino (RP=1,27), autoavaliação de saúde ruim/muito ruim (RP=1,28), não consumo de bebida alcoólica (RP=1,31), número de morbidades (3+, RP=6,72) e de consultas médicas (6+, RP=1,96), apresentaram associação significativa com a polifarmácia. Foi observada alta prevalência da polifarmácia, o que deve servir de alerta aos gestores em saúde. Os fatores associados foram semelhantes aos encontrados em outras regiões do Brasil.

Polifarmácia, idoso, farmacoepidemiologia.

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the polypharmacy (5+ concomitant medication) and associated factors (sociodemographics and health) in a representative sample of 1022 elderly

individuals in Dourados, Mato Grosso do Sul state, Brazil. It was a cross-sectional population-based study, with samples by conglomerates. Data were collected through face interviews and considered the drugs in the 15 days preceding. Prevalence of polypharmacy was 35.4% (IC 95% 31.72 – 39.24) among the participants. After a adjustment for potential confounders, female (RP= 1.27), self-rated as bad/ very bad (RP=1.31), no consumption of alcoholic beverage (RP= 1.31), morbidities number (3+,RP=6.72) and having consulted a physician (6+, RP=1.96), was significantly associated with the polypharmacy. Prevalence of the polypharmacy was higher, which should serve as a warning to health managers. The associated factors were similar to those in others regions of Brazil.

Polypharmacy, elderly, pharmacoepidemiology.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue describir la polifarmacia (5 o más medicamentos concomitantes) y factores asociados (sociodemográficos y de salud) en una muestra representativa de 1022 ancianos de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. Fue realizado un estudio transversal de base poblacional, con muestra por conglomerados. Los datos fueron colectados en entrevistas presenciales y considerados los medicamentos en los 15 días precedentes. El predominio de la polifarmacia fue de 35,4% (IC 95% 31,72 – 39,24) entre los participantes. Después de ajustes de factores de confusión, sexo femenino (RP=1,27) auto-avaliación de salud como malo/muy malo (RP=1,28), no consumo de bebida alcohólica (RP=1,31), número de morbilidades (3+, RP=6,72) y números de consultas médicas (6+, RP=1,96), presentaron asociación significativa con la polifarmacia. Se observó alta prevalencia de polifarmacia, que debería servir como una advertencia a los administradores de salud. Los factores asociados fueron similares a los encontrados en otras regiones de Brasil.

Polifarmacia, anciano, farmaepidemiológica

Introdução

O aumento da longevidade é uma realidade a nível mundial¹, com previsão para 2050 de dois bilhões de pessoas com idade superior a 60 anos e 80% destas vivendo em países em desenvolvimento². No Brasil, nos últimos anos, a população idosa apresentou um incremento

quase duas vezes superior ao da população geral, totalizando em 2010, 20 milhões de pessoas³. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2030 os idosos representarão aproximadamente 19% da população brasileira e alcançarão as cifras de 33,4 milhões⁴. Em Dourados, Mato Grosso do Sul, em 2013 haviam 17.506 idosos correspondendo a 9% da população⁵.

Com o aumento da expectativa de vida elevou-se o contingente de portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), aumentou a demanda por assistência em saúde e uso de medicamentos para melhorar a qualidade de vida e aumentar a sobrevida. O padrão elevado no consumo de medicamentos entre os idosos tem sido descrito em estudos no Brasil e no mundo. Nos Estados Unidos, os idosos foram responsáveis pela aquisição de um terço das prescrições emitidas⁶. No Brasil, estima-se que 23% da população consome 60% da produção nacional de medicamentos, especialmente pessoas acima de 60 anos⁷. Os idosos, muitas vezes, são pluripatogênicos e, conseqüentemente, usuários de polifarmácia (cinco ou mais medicamentos) por necessitarem da prescrição de vários medicamentos, além de procurarem diversos médicos especialistas que prescrevem outras drogas favorecendo o uso excessivo de medicamentos. Idosos americanos consomem em média 3,2 medicamentos prescritos ou não e 27% utilizam polifarmácia⁸[f1]. No Brasil, a prevalência de polifarmácia variou de 14,3% a 35,4%^{4,9,10,11,12,13,14,15,16,17} em diversas regiões.

Apesar da importância da polifarmácia, a mesma está associada ao aumento do risco e da gravidade das reações adversas a medicamentos, interações medicamentosas, toxicidade cumulativa, redução da adesão ao tratamento e elevação da morbimortalidade. A vulnerabilidade dos idosos aos problemas decorrentes do uso de muitos medicamentos é bastante alta, o que se deve à complexidade dos problemas clínicos, à necessidade de múltiplos agentes terapêuticos e às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao envelhecimento¹.

O uso racional de medicamentos pelos idosos é, portanto, uma preocupação crescente. Como não há estudos no Estado do Mato Grosso do Sul que avaliem a polifarmácia, dada a prevalência e riscos elevados do uso de vários medicamentos e considerando o rápido crescimento da população idosa brasileira, é importante avaliar em detalhes esta questão na Região Centro-Oeste. O objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência de

polifarmácia e os fatores associados a essa prática entre idosos residentes no município de Dourados.

Material e métodos

Tipo de estudo, população e amostra

Estudo descritivo transversal de base populacional, que avaliou idosos com sessenta anos ou mais, não institucionalizados, de ambos os sexos, residentes no município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil.

O tamanho da amostra foi calculado no programa *sampsize*, utilizando uma estimativa de prevalência de uso de polifarmácia de 15%, um nível de confiança de 95% e erro amostral de 3%, sendo necessários 528 idosos. Acrescentando-se 20% para perdas e recusas, resultou em 634 idosos. Como esta amostra faz parte de um inquérito de saúde intitulado “A saúde dos idosos em Dourados, MS” foi selecionado um número maior de idosos.

Trata-se de uma amostra por conglomerados, em dois estágios, por meio da grade de setores censitários (SC) da zona urbana do município conforme o censo demográfico de 2010. A seguir, verificou-se o número de domicílios a serem visitados, sendo que este cálculo foi realizado dividindo-se o número de idosos do estudo pelo número de pessoas por domicílio (3,2), multiplicado pela proporção de idosos na população (0,09), conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³. A população com idade superior a 60 anos da área urbana do município era 17.506 indivíduos. O total de domicílios visitados foi estimado em 3.483, sendo divididos em 30 domicílios por SC, resultando em 120 setores, acrescidos quatro de reserva.

Os 295 SC foram dispostos em ordem crescente pela análise fatorial das variáveis - percentual de alfabetizados no setor, coleta de lixo, esgoto e água encanada – variáveis utilizadas como *proxy* da situação socioeconômica e selecionados de forma sistemática. A seleção de domicílios dentro de cada setor seguiu uma lógica semelhante à seleção dos setores. O número de domicílios do SC registrado pelo Censo Demográfico 2010 foi dividido por 30 (número de domicílios desejados), de forma a obter-se o pulo. Os SC sorteados foram

percorridos a partir do ponto inicial definido pelo IBGE e os domicílios seguintes foram determinados pela adição do valor do pulo.

As entrevistas foram antecedidas por uma visita explicando os objetivos do estudo e, no caso de concordância, era verificada a idade de todos os moradores do domicílio. Ao idoso elegível era avisado que entrevistadoras voltariam para a aplicação de questionário, verificação de pressão, peso e altura. Utilizou-se questionário padronizado e pré-codificado aplicado de forma individual. Em casos de indivíduos com doença neurológica ou musculoesquelética, impossibilitados de responder ao questionário, foi solicitado o auxílio de um familiar ou responsável cuidador. As entrevistadoras foram treinadas para aplicação do questionário e realização das medidas propostas. Foram excluídos do estudo idosos institucionalizados e indígenas. Não foram coletados dados antropométricos dos acamados, cadeirantes e amputados.

Variáveis dependente e independentes

A variável dependente do estudo foi definida mediante a contagem dos medicamentos consumidos nos últimos quinze dias, utilizando o ponto de corte de cinco ou mais medicamentos, de acordo com outros autores^{10,12,13}. Na entrevista foi solicitada a receita e a embalagem do medicamento para conferência. Após a identificação, os medicamentos foram desdobrados em seus princípios ativos e classificados de acordo com o *Anatomical Therapeutic Chemical Index 2012(ATC/DDD Index)*¹⁸. Nesta classificação, são considerados órgãos ou sistemas sobre os quais o medicamento atua, suas propriedades terapêuticas, farmacológicas e químicas.

Três conjuntos de variáveis independentes foram consideradas: características sociodemográficas, condições de saúde e uso de serviços de saúde. As variáveis sociodemográficas incluíram: sexo, idade, situação conjugal, cor da pele/raça, escolaridade e nível econômico (segundo classificação da Associação Brasileira de Pesquisas em A, B, C, D, E). Os indicadores da condição de saúde foram: prática de atividade física, tabagismo, consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias, número de morbidades ou condições crônicas referidas como diagnosticadas pelo médico (hipertensão arterial sistêmica, diabete, hipercolesterolemia, doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, artrite, asma, lombalgia),

índice de massa corpórea (IMC) e autoavaliação de saúde. Com relação ao uso de serviços de saúde, utilizou-se o número de visitas médicas e de internações hospitalares nos últimos 12 meses.

O peso foi aferido em uma balança da marca G-Tech, com capacidade máxima de 150 kg e a altura medida em estadiômetro da marca Welmy, com intervalo de 5 mm e extensão de 2,2 m. Para o cálculo do IMC foi dividido o peso (em quilogramas) pela altura (em metros) ao quadrado e classificado segundo pontos de corte adotados por Lipschitz¹⁹.

Análise dos dados

Após a revisão dos questionários, as questões foram codificadas e digitadas em duplicata utilizando o programa EPIDATA 3.0. A seguir foi realizada a identificação do princípio ativo utilizando o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF 2012/2013)²⁰.

As análises de inconsistência e descritivas foram feitas utilizando o software SPSS 21.0. Para comparação de proporções foram utilizados os testes de Qui-quadrado, Qui-quadrado para Tendência Linear e Exato de Fisher. A seguir, foi calculada as razões de prevalência utilizando Regressão de Poisson bruta e ajustada, no software STATA 13.0 com comando svy. Foram incluídas no modelo logístico inicial todas as variáveis que, na análise bivariada, apresentaram associação com uso de polifarmácia em nível de significância inferior a 0,20. O nível de significância de 0,05 foi o critério adotado para a permanência da variável no modelo logístico final.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados segundo o Protocolo n. 001/2011. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes de participarem da pesquisa.

Resultados

Dos 1121 idosos elegíveis nos domicílios sorteados, 1022 (90,3%) participaram do presente trabalho; 48 (4,3%) se recusaram a participar e 51 (4,5%) não foram encontrados após três visitas. Não foi possível obter informações sobre o uso de medicamentos de apenas dois idosos. Dentre os entrevistados, 56,8% eram do sexo feminino, 55,9% na faixa etária de 60-70 anos, 52,9% possuíam baixa escolaridade (até 3 anos completos de escolaridade), viviam com companheiro (56,1%) e pertenciam ao nível econômico C (50,4%) (Tabela 1).

Na Tabela 1, também, estão apresentados os resultados da análise bivariada da associação entre polifarmácia e as co-variáveis socioeconômicas consideradas neste estudo. O sexo feminino (42,7%), idosos com 80 anos ou mais (47,9%), sem companheiros (41,2%) e cor/raça branca (38,4%) apresentaram maiores prevalências de polifarmácia ($p < 0,05$). Escolaridade e nível econômico não estiveram estatisticamente associados à polifarmácia.

Dos 979 idosos capazes de responder a questão sobre autoavaliação de saúde, 79,4% consideraram sua saúde como excelente/boa/muito boa. A menor parte praticava atividade física (35,1%), fumava (12,9%) e consumia bebidas alcoólicas (29,8%). Mais da metade dos 975 idosos que tiveram seu peso e altura aferidos, (58,8%) estava com excesso de peso. A maioria referiu ser portador de pelo menos uma doença crônica (89,5%). Dentre estes, 68,7% afirmaram possuir duas ou mais doenças (Tabela 2).

Na Tabela 2 estão apresentados os resultados da análise bivariada da associação entre polifarmácia e os indicadores de condições de saúde. O uso de polifarmácia foi maior em não fumantes, não consumidores de bebida alcoólica, com aumento crescente do número de doenças crônicas, aumento do número de consultas médicas e internações ao ano, maior IMC e avaliação de saúde ruim/muito ruim. A atividade física não esteve associada à polifarmácia.

As principais doenças referidas foram hipertensão arterial sistêmica (HAS) (67,7%), dores nas costas (51,8%), colesterol elevado (32,8%), diabetes (24,6%), doenças cardíacas (23,8%), artrite (21,5%), AVC (8,9%) e asma (6,8%) (dados não apresentados).

Identificaram-se 3.711 medicamentos em utilização, compostos por 458 fármacos distintos. A prevalência estimada do uso de medicamentos foi 88,3% e o número médio de medicamentos consumidos, 3,6. O número máximo foi de 32 medicamentos, sendo a prática da polifarmácia (5 ou mais medicamentos) observada em 35,4% dos participantes (IC95% 31,72-39,24).

Em relação à classificação anatômica, 39% dos medicamentos consumidos atuavam sobre o aparelho cardiovascular, seguidos dos medicamentos com ação sobre o aparelho digestivo e metabolismo (17,2%) e sistema nervoso (16%). Dentre os medicamentos mais utilizados, destacaram-se hidroclorotiazina (5,14%), losartana (5,03%) e captopril (3,09%).

A Tabela 3 apresenta os resultados da análise multivariável. Após ajuste, as seguintes variáveis permaneceram significativas: as mulheres apresentaram cerca de 30% a mais de uso de polifarmácia do que os homens; idosos que não consumiram bebida alcoólica tiveram 1,32 mais polifarmácia quando comparados aos que bebiam; idosos que referiram sua saúde como ruim/muito ruim apresentaram 1,27 vezes mais polifarmácia quando comparados àqueles com autoavaliação de saúde excelente/muito boa/boa; e os entrevistados que referiam uma doença tiveram cerca de três vezes mais polifarmácia do que aqueles que não referiram as morbidades investigadas. Observou-se também que com o aumento progressivo de número de morbidades referidas (três ou mais) e de maior número de consultas médicas (três ou mais), no último ano, houve incremento nas razões de prevalência para uso de polifarmácia.

Discussão

No presente estudo, a prevalência de polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos) foi alta, observada em 35,4% dos idosos. Foi o primeiro estudo, no estado do Mato Grosso do Sul, a abordar esse tema, sendo entrevistados 1022 idosos da comunidade. Esse resultado foi maior que o observado em países desenvolvidos como Alemanha (26,7%)²¹ e Finlândia (25%)²² e, no Brasil, em Goiânia (26,4%)¹³ e Porto Alegre (27%)⁷, mas ficou próximo aos valores encontrados em São Paulo (36,4%)⁹ e Rio de Janeiro (32,7%)¹². No entanto, as implicações desse consumo precisam ser medidas e avaliadas quanto seu risco/benefício.

Existem várias razões para alta prevalência de polifarmácia. Com o envelhecimento da população, aumenta o consumo de medicamentos e consequentemente a polifarmácia, pois os idosos usam múltiplos medicamentos necessários para tratar condições de saúde. Ocorre, também, o tratamento dos idosos por vários médicos prescritores, que não conseguem, na maioria das vezes, obter do paciente a informação quanto aos medicamentos em uso. O modelo atual de saúde tem no medicamento sua principal forma de intervenção associado à

baixa frequência de recursos não farmacológicos para o manejo das DCNT¹³. Além disso, a prevalência do consumo de medicamentos impróprios para idosos no Brasil é alta (15,4% a 41,0%)²³ e, em grande parte, é devido às prescrições médicas. Esse fato reflete o desconhecimento dos prescritores sobre tais medicamentos, o que pode trazer sérias consequências clínicas, por aumento dos efeitos adversos e econômicas para o sistema de saúde.

Por outro lado, os atuais consensos para tratamentos de DCNT como hipertensão arterial sistêmica e diabetes enfocam uso associado de múltiplas drogas em idosos com multimorbidades, tendo a polifarmácia sua aplicação positiva. Este fato demonstra que o idoso, atualmente, busca tratamentos precoces e preventivos, evitando, assim, complicações maiores de DCNT não tratadas e garantindo melhor qualidade de vida. Em uma coorte em Bambuí-MG, após 10 anos de seguimento da população de idosos, houve aumento de 136% no tratamento farmacológico de DM, de 56% para HAS e melhora da razão colesterol total/HDL sugerindo evolução nos cuidados de tais morbidades crônicas²⁴.

Vários estudos mostram que os medicamentos com ação sobre o aparelho cardiovascular são os mais consumidos por idosos^{1,9,10,12,13}. Resultados semelhantes foram encontrados neste trabalho, com o predomínio da classe terapêutica dos anti-hipertensivos, sendo coerente com o fato da HAS ser relatada por 67,7% dos douradenses. A lista dos 10 medicamentos mais utilizados reflete as DCNT mais prevalentes entre os idosos. Chama a atenção nesta lista, três medicamentos analgésicos, revelando o desconforto eminente dos idosos em aliviar ou eliminar suas dores, relatada por 51,8 % dos participantes. Muitas vezes, esses medicamentos não são prescritos, mas utilizados de forma inadequada, interagindo com outras medicações, além de causarem efeitos adversos⁸. O consumo de analgésico por automedicação costuma ocupar lugar de destaque entre os idosos¹³.

Neste estudo, mulheres praticavam com maior frequência a polifarmácia (RP=1,28), semelhantes a outros estudos epidemiológicos nacionais como em Belo Horizonte¹⁰ e São Paulo⁹. Possivelmente a maior utilização de medicamentos pelas mulheres idosas esteja ligada a outras questões, de ordem biológica (mulheres vivem mais que os homens e são mais afetadas por problemas de saúde não fatais), psicológica (mulheres são mais conscientes dos sintomas físicos e colocam mais atenção sobre os seus problemas de saúde) e sociocultural (ao longo da vida, mulheres utilizam mais os serviços de saúde e estão mais familiarizadas com os medicamentos)¹⁰.

Quanto à idade, em vários estudos nacionais^{9,10,13,24} e internacionais^{8,25,26} a polifarmácia foi associada à faixa etária mais avançada, o que pode estar relacionado a maior ocorrência de problemas de saúde crônicos e de maior gravidade, porém esta associação não foi significativa na análise multivariada no presente estudo. Com as alterações fisiológicas e patológicas relacionadas ao envelhecimento, há um aumento dos riscos associados ao uso de fármacos. Dentre os fatores que contribuem para este aumento destacam-se o comprometimento da função renal para a depuração de fármacos que são primariamente excretados pelos rins; a redução do fluxo sanguíneo e do processo de biotransformação hepática; o aumento da gordura corpórea, o que resulta no aumento do volume de distribuição de fármacos lipossolúveis. Além disso, alterações da sensibilidade de receptores e as modificações da resposta dos sistemas fisiológicos comprometidos por doenças podem alterar a ação dos fármacos aumentando, assim, a ocorrência de reações adversas²⁷.

Escolaridade e situação conjugal parecem controversos na prática de polifarmácia em idosos. Alguns estudos nacionais apontam para mais anos de estudo e polifarmácia¹⁰ enquanto outros^{1,28} associam à baixa escolaridade. Em Goiânia¹³ e Bambuí²⁹, assim como neste trabalho, não houve associação significativa.

Em países desenvolvidos, a classe social ou renda não parecem influenciar no consumo de medicamentos^{21,30}, mas os inquéritos em São Paulo⁹ e Fortaleza³² apontaram associação positiva entre maior renda e polifarmácia. Este estudo não encontrou tal associação.

No presente estudo, em consonância com outro inquérito em idosos do nordeste¹ não houve influência do tabagismo, IMC e atividade física na prática de polifarmácia, mas encontramos associação significativa entre não consumo de bebidas alcoólicas nos idosos polimedicados. Este fato sugere a conscientização, aprendizado popular ou próprio receio da interação desta droga com as demais necessárias para tratamento das morbidades. As bebidas alcoólicas tem seu nível sérico aumentado quando utilizado em conjunto com alguns medicamentos, assim como podem alterar o tempo de metabolização destes, causando, também, novos efeitos adversos além do descontrole das DCNT.

A autopercepção negativa de saúde, maior número de condições crônicas e maior número de consultas médicas foram associados à prática de polifarmácia no nosso estudo, observados, também, em outros estudos farmacoepidemiológicos, tanto no Brasil^{12,13,24,31} quanto em outros países^{22,26}. Esses achados são consistentes pois a conexão

entre problemas de saúde, visitas médicas e uso de medicamentos é evidente, uma vez que as pessoas ficam (ou percebem-se) doentes, procuram os serviços de saúde em busca de solução ou alívio para seus problemas e recebem prescrições medicamentosas para seu tratamento³³. Conseqüentemente, sentem-se desconfortáveis com mais um diagnóstico, medicações, tempo dispensado em cuidados com a saúde, trazendo geralmente aumento do descontentamento. Um estudo realizado em São Paulo evidenciou que a presença de quatro ou mais doenças crônicas implicou em um risco 10 vezes maior de autopercepção ruim de saúde em homens e em 8 vezes para as mulheres³⁴.

Na presente pesquisa, alguns procedimentos foram realizados para evitar presença de vieses: a identificação dos participantes foi censitária, foi utilizada entrevista domiciliar que é avaliada como a mais completa e confiável fonte de dados para investigação de consumo de medicamentos entre idosos, foi adotada a padronização da coleta de dados com solicitação de embalagem e/ou receita para medicamentos consumidos, para contornar eventuais problemas de memória. Mas as limitações devem ser consideradas. Trata-se de um estudo transversal onde não há a possibilidade de se estabelecer a temporalidade dos fatores associados. O questionário envolve vários aspectos da saúde do idoso e não é exclusivo para o consumo de medicamentos. Estudos subseqüentes devem avaliar, de forma mais abrangente, o consumo de medicamentos entre idosos, com abordagem na adesão, prescrição e forma de administração.

Os resultados deste trabalho mostram alta prevalência de polifarmácia entre os idosos de Dourados e podem servir de alerta aos gestores em saúde. É um fato preocupante, considerando os riscos potenciais do uso de medicamentos devido às alterações farmacodinâmicas próprias desta faixa etária, principalmente quando utilizados de forma inadequada. Os grupos farmacológicos mais utilizados estão de acordo com o tratamento das DCNT mais frequentes nos idosos, em consonância com demais estudos brasileiros. Mulheres, não usuários de bebidas alcoólicas, aqueles que consideravam sua saúde como ruim/muito ruim, idosos com maior número de condições crônicas e consultas médicas praticavam polifarmácia com maior frequência. Faz-se necessário trabalho de equipes multidisciplinares, contando com apoio de farmacêuticos clínicos, orientações contínuas para usuários e cuidadores quanto ao uso racional de medicamentos, estímulo a tratamentos não farmacológicos como atividade física e hábitos alimentares saudáveis, além de educação

continuada aos profissionais prescritores, para garantir, assim, farmacoterapia de qualidade à crescente população de idosos.

Referências bibliográficas

1. Neves SJF, Marques AP, Leal MC, Diniz AD, Medeiros TS, Arruda IK. "Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. Rev.Saúde Pública.2013;47(4):759-68.
2. Cesar JA, Oliveira-Filho JA, Bess G, Cegielka R, Machado J, Gonçalves TS, et al. [Profile of the elderly population in two poor municipalities in North and Northeast Brazil: the results of a cross-sectional population-based survey].Cad Saude Publica.2008;24(8):1835-45.
3. Carvalho JA, Garcia RA. [The aging process in the Brazilian population: a demographic approach]. Cad Saude Publica. 2003;19(3):725-33.
4. Silva AL, Ribeiro AQ, Klein CH, Acurcio FeA. [Use of medications by elderly Brazilians according to age: a postal survey]. Cad Saude Publica. 2012;28(6):1033-45.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: resultados preliminares. Rio de Janeiro; 2010.
6. Berdot S, Bertrand M, Dartigues JF, Fourrier A, Tavernier B, Ritchie K, et al. Inappropriate medication use and risk of falls--a prospective study in a large community-dwelling elderly cohort. BMC Geriatr. 2009;9(1):30-1.
7. Flores LM, Mengue SS. [Drug use by the elderly in Southern Brazil]. Rev Saude Publica. 2005;39(6):924-9.
8. Fialová D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jónsson PV, Carpenter I, et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. JAMA. 2005;293(11):1348-58.
9. Carvalho MF, Romano-Lieber NS, Bergsten-Mendes G, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, et al. Polypharmacy among the elderly in the city of São Paulo, Brazil - SABE Study. Rev Bras Epidemiol. 2012;15(4):817-27.
10. Loyola Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. [A population-based study on use of medication by the elderly in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil]. Cad Saude Publica. 2006;22(12):2657-67.
11. Flores VB, Benvegnú LA. [Use of medicines by the elderly in Santa Rosa, Rio Grande do Sul State, Brazil]. Cad Saude Publica. 2008;24(6):1439-46.

12. Rozenfeld S, Fonseca MJ, Acurcio FA. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23(1):34-43.
13. Santos TRA, Lima DM, Nakatani AYK. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(1):94-103.
14. Dal Pizzol TS, Pons ES, Hugo FN, Bozzetti MC, Sousa MaL, Hilgert JB. [Use of medication by the elderly in urban and rural areas in southern Brazil: a population-based study]. *Cad Saude Publica*. 2012;28(1):104-14.
15. Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):548-54.
16. Miralles MA, Kimberlin CL. Perceived access to care and medication use among ambulatory elderly in Rio de Janeiro, Brazil. *Soc Sci Med*. 1998;46(3):345-55.
17. Costa SC, Pedroso ERP. A prescrição de medicamentos para idosos internados em serviço de clínica médica: atualização. *Rev Med Minas Gerais*. 2011;21(2):201-14.
18. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment. Ed. Oslo: World Health Organization, 2012
19. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care* 1944;21
20. Dicionário de Especialidades Farmacêuticas: DEF2012/2013. Ed. Rio de Janeiro: Editora Publicações Científicas, 2012.
21. Junius-Walker U, Theile G, Hummers-Pradier E. Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany. *Fam Pract*. 2007;24(1):14-9.
22. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivelä SL, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol*. 2002;55(8):809-20.
23. Faustino CG, Martins MA, Jacob-Filho W. Medicamentos potencialmente inapropriados prescritos a pacientes idosos ambulatoriais de clínica médica. *Einstein (Sao Paulo)*. 2011;9(1):18-23.
24. Loyola Filho AID, Firmo JO, Uchôa, E, Lima-Costa MF. Birth cohort differences in the use of medications in a Brazilian population of older elderly: the Bambuí Cohort Study of Aging (1997 and 2008). *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27(3):435-43.

25. Chen YF, Dewey ME, Avery AJ. Self-reported medication use for older people in England and Wales. *J Clin Pharm Ther.* 2001;26(2):129-40.
26. Woo J, Ho SC, Yuen YK, Lau J. Drug use in an elderly Chinese population: prevalence and associated factors. *Gerontology.* 1995;41(2):98-108.
27. Ribeiro AQ, Araújo CMC, Acúrcio FA. Qualidade no uso de medicamentos por idosos: uma revisão dos métodos de avaliação disponíveis. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005;10(4):703-10.
28. Galato D, Silva ES, Tiburcio LS. Study of the use of medicine in elderly living in a city in the South of Santa Catarina (Brazil): a look at the polymedication. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; 15(6):2899-905.
29. Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JEO, Lima-Costa MF. [A population-based study on use of medications by elderly Brazilians: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS)]. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(2):545-53.
30. Lassila HC, Stoehr GP, Ganguli M, Seaberg EC, Gilby JE, Belle SH, et al. Use of prescription medications in an elderly rural population: the MoVIES Project. *Ann Pharmacother.* 1996;30(6):589-95.
31. Marin MJS, Cecílio LC, Perez AEWUF, Santella F, Silva CBA, Gonçalves Filho, JR, Roceti LC. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad.Saúde Pública.* 2008; 24(7): 1545-55.
32. Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. [Medication use patterns among elderly people in urban area in Northeastern Brazil]. *Rev Saude Publica.* 2004;38(4):557-64.
33. Borim FS, Barros MB, Neri AL. [Self-rated health in the elderly: a population-based study in Campinas, São Paulo, Brazil]. *Cad Saude Publica.* 2012;28(4):769-80.
34. Alves LS, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;17(5/6):333-41.

Tabela 1. Polifarmácia conforme características socioeconômicas e demográficas em idosos. Dourados, MS, 2012.

Características	POLIFARMÁCIA				TOTAL		p valor
	SIM		NÃO		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
<hr/>							

Sexo							
Masculino	109	25,2	322	74,8	431	43,2	<0,001***
Feminino	252	42,7	337	57,3	589	56,8	
Faixa etária (anos)							
60-69	175	30,6	396	69,4	571	55,9	< 0,001*
70-79	107	37,4	178	62,6	285	27,9	< 0,001**
≥ 80	79	47,9	85	52,1	164	16,2	
Situação conjugal							
Com companheiro (a)	176	30,7	395	69,3	571	56,1	0,001***
Sem companheiro (a)	185	41,2	264	58,8	449	43,9	
Cor/Raça							
Branca	202	38,4	324	61,6	526	51,5	
Outras	159	32,1	335	67,9	494	48,5	0,042***
Escolaridade (anos)							
< 3	203	37,6	337	62,4	540	52,9	0,275*
4-8	99	33,6	195	66,4	295	28,9	0,116**
≥8	59	31,9	126	68,1	185	18,2	
Nível econômico							
A/B	98	39,2	150	60,8	248	24,5	0,143*
C	183	35,5	332	64,5	515	50,4	0,049**
D/E	80	31,1	177	68,9	257	25,1	

*Qui-quadrado de Pearson; **Tendência linear; ***Teste Exato de Fisher.

Tabela 2. Polifarmácia conforme condições de saúde em idosos. Dourados, MS, 2012.

Condições de Saúde	POLIFARMÁCIA				TOTAL		p valor
	SIM		NÃO		n	%	
	n	%	n	%	n	%	

Atividade física							
Não	247	37,2	415	62,8	662	64,9	0,131***
Sim	115	32,2	243	67,8	358	35,1	
Tabagismo							
Não fumante	194	38,7	305	61,3	499	49,0	0,001*
Ex-fumante	140	35,9	250	64,1	390	38,1	
Fumante	27	20,6	104	79,4	131	12,9	
Consumo de bebida alcoólica							
Não	289	40,3	427	59,7	716	70,2	<0,001***
Sim	72	23,7	232	76,3	304	29,8	
Número de morbidades							
0	6	5,7	100	94,3	106	10,5	< 0,001*
1	39	17,5	184	82,5	223	21,8	<0,001**
2	78	32,4	162	67,6	240	23,5	
≥3	239	52,7	212	47,3	451	44,2	
Número de consultas médicas (último ano)							
< 3	71	18,9	304	81,1	375	36,6	< 0,001*
3 – 5	122	34,7	229	65,3	351	34,3	<0,001**
≥ 6	168	56,9	126	43,1	294	29,1	
Número internações hospitalares (último ano)							
0	271	32,0	576	68,0	847	83,0	<0, 001*
1	49	46,7	56	53,3	105	10,3	<0,001**
≥2	40	58,8	28	41,2	68	6,7	
Índice de Massa Corporal (IMC=Kg/m²)							
< 22	24	24,0	76	76,0	100	10,3	0,022*
22 – 27	100	33,1	202	66,9	302	30,9	
> 27	216	37,7	357	62,3	573	58,8	0,007**
Auto-avaliação de saúde							
Excelente/muito boa/boa	234	30,1	544	69,9	778	79,4	<0,001***
Ruim/muito ruim	112	55,7	89	44,3	201	20,6	

*Qui-quadrado de Pearson; **Tendência linear; ***Teste Exato de Fisher.

Tabela 3. Razão de prevalência bruta e ajustada de polifarmácia conforme características socioeconômicas, demográficas e condições de saúde em idosos. Dourados, MS, 2012.

Características	Razão de Prevalência Bruta		Razão de Prevalência Ajustada	
	RP (IC 95%)	p valor	(IC 95%)	p valor

Sexo		<0,001		0,023
Masculino	1		1	
Feminino	1,69 (1,40-2,05)		1,27 (1,03-1,56)	
Faixa etária (anos)		<0,001		0,430
60-69	1		1	
70-79	1,22 (1,00-1,50)		1,12 (0,92-1,36)	
≥ 80	1,57 (1,25-1,97)		1,24 (1,00-1,53)	
Situação conjugal		0,002		0,289
Com companheiro (a)	1		1	
Sem companheiro (a)	1,34 (1,12-1,60)		1,10 (0,92-1,32)	
Cor/Raça		0,090		0,080
Branca	1,02 (1,00-1,03)		1,02 (1,00-1,03)	
Outras	1		1	
Escolaridade (anos)		0,440		
< 3	1,18 (0,90-1,54)		-	
4-7	1,06 (0,80-1,40)			
≥8	1			
Nível econômico		0,290		
A/B	1,27 (1,00-1,62)		-	
C	1,14 (0,91-1,43)			
D/E	1			
Atividade física		0,110		0,563
Sim	1		1	
Não	1,16 (0,97-1,39)		0,95 (0,80-1,13)	
Índice de Massa Corporal (IMC= Kg/m²)		0,024		0,760
< 22	1		1	
22 - 27	1,38 (0,97-1,95)		1,19 (0,86-1,65)	
> 27	1,57 (1,11-2,22)		1,12 (0,82-1,53)	
Tabagismo		0,001		0,330
Não fumante	1,89 (1,30-2,73)		1,29 (0,86-1,19)	
Ex-fumante	1,74 (1,22-2,49)		1,21 (0,53-1,06)	
Fumante	1		1	
Consumo de bebida alcoólica		<0,001		0,009
Sim	1		1	
Não	1,70 (1,37-2,13)		1,32 (1,07-1,62)	
Auto-avaliação de saúde		<0,001		<0,001
Excelente/muito boa/boa	1		1	
Ruim/muito ruim	1,85 (1,60-2,15)		1,27 (1,10-1,47)	

RP: Razão de prevalência. IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%. (continua)

Ajustada por todas as variáveis com $p < 0,20$ na análise bruta.

Tabela 3 (continuação)

Características	Razão de Prevalência Bruta		Razão de Prevalência Ajustada	
	RP (IC 95%)	p valor	RP (IC 95%)	p valor

Número de morbidades		<0,001		<0,001
Nenhuma	1		1	
1	3,09 (1,31-7,29)		2,93 (1,17-7,31)	
2	5,72 (2,63-12,45)		4,77 (2,05-11,10)	
≥3	9,34 (4,29-20,34)		6,63 (2,80-15,69)	
Número de consultas médicas (último ano)		<0,001		<0,001
<3	1		1	
3-5	1,84 (1,42-2,38)		1,45 (1,11-1,88)	
≥6	3,02 (2,36-3,85)		1,96 (1,54-2,49)	
Número de internações hospitalares (último ano)		<0,001		0,690
Nenhuma	1		1	
1	1,46 (1,17-1,81)		1,11 (0,91-1,36)	
≥2	1,83 (1,47-2,29)		1,15 (0,89-1,48)	

RP: Razão de prevalência. IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Ajustada por todas as variáveis com $p < 0,20$ na análise bruta

Anexo 2

NORMAS DA REVISTA

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP)

www.scielosp.org/revistas/csp/pinstruc.htm

Anexo 3



Universidade Federal da Grande Dourados

Faculdade de Ciências da Saúde

Manual de Instruções

Dourados, 2012

APRESENTAÇÃO

- **Bom dia! Meu nome é <nome>. Sou da UFGD e estamos fazendo um trabalho sobre a saúde da população de Dourados. Estamos fazendo algumas perguntas, medindo a pressão, peso e altura.**
- **É muito importante a colaboração de todas as pessoas neste trabalho porque através dele poderemos ficar conhecendo mais sobre a saúde das pessoas.**
- **Este estudo é confidencial, e que as informações não serão reveladas a ninguém.**
- **Gostaria de saber quais as idades dos moradores desta casa?**

SE SIM: Esta pesquisa é realizada apenas com pessoas com mais de 60 anos, então dentro de alguns dias, uma entrevistadora virá fazer algumas perguntas, medir a pressão, peso e altura do(a) sr(a)<nome do idoso>. **MUITO OBRIGADA!**

SE NÃO: Posso voltar em outro dia? Sua casa foi sorteada e não posso escolher outra casa, senão a pesquisa fica prejudicada. **SE SIM:** Qual o melhor horário para eu voltar aqui?

DEFINIÇÕES

DOMICÍLIO: é o local de moradia estruturalmente separado e independente, constituído por um ou mais cômodos. A separação fica caracterizada quando o local de moradia é limitado por paredes, muros, cercas, etc., coberto por um teto, e permite que seus moradores se isolem, arcando com parte ou todas as despesas de alimentação ou moradia. A independência fica caracterizada quando o local de moradia tem acesso direto, permitindo que seus moradores possam entrar e sair sem passar por local de moradia de outras pessoas.

DOMICÍLIOS COLETIVOS: prisões, hospitais, casa de repouso, asilos, quartéis, hotéis, motéis e pensão.

FAMÍLIA: membros da família serão aqueles que façam, regularmente, as refeições juntas (ou algumas das refeições do dia) e que durmam na mesma casa na maior parte dos dias da semana. Exceto: empregados domésticos. Observe que algumas vezes famílias diferentes moram no mesmo domicílio, outras vezes no mesmo terreno, mas em domicílios diferentes e independentes.

MORADORES: são as pessoas que têm o domicílio como local de residência habitual na data da entrevista, podendo estar presentes ou ausentes temporariamente, por período não superior a 12 meses. Moradores que estiverem ausentes do domicílio durante todo o trabalho de campo devem ser listados.

REGRAS:

- Procure apresentar-se de uma forma simples, limpa e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar um domicílio. Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista. **DESLIGUE O CELULAR!**
- Use sempre seu crachá de identificação E CARTEIRA DE IDENTIDADE.
- Seja sempre gentil e educado, pois as pessoas não têm obrigação de recebê-lo. A primeira impressão causada na pessoa que o recebe é muito importante.
- Nunca entre em uma casa sem que apareça alguém para lhe receber. Tome cuidado com os cachorros, se necessário bata palmas ou peça auxílio aos vizinhos para chamar o morador da casa.
- No primeiro contato deixe claro logo de saída que você faz parte de um projeto de pesquisa da Universidade Federal da Grande Dourados. Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com o entrevistado, tratando-o com respeito e atenção. Nunca demonstre pressa ou impaciência diante de suas hesitações ou demora ao responder uma pergunta.
- Trate os entrevistados adultos por Sr e Sra, sempre com respeito. Só mude este tratamento se o próprio pedir para ser tratado de outra forma.

- Procure manter um diálogo bem aberto com o supervisor do trabalho de campo, reportando imediatamente qualquer problema, dificuldade ou dúvida que surja no decorrer do treinamento e entrevistas. As suas sugestões são importantes no sentido de aprimorar o trabalho do grupo. A sua dúvida pode ser a mesma que seu colega.
- Não saia de casa sem ter material (crachá e carteira de identidade; lápis, borracha, apontador e sacos plásticos) suficiente para o trabalho a ser realizado no dia, sempre com alguma folga para possíveis eventos desfavoráveis.
- Diga que entende o quanto a pessoa é ocupada, mas insista em esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração.
- Os questionários devem ser preenchidos com **lápispontado** e com muita atenção, usando **borracha** para as devidas correções.
- As **letras** e **números** devem ser escritos de maneira **legível**, sem deixar margem para dúvidas.

ESCOLHA DAS CASAS A SEREM VISITADAS

- ◆ O supervisor informará a casa pela qual se iniciarão as entrevistas. A partir desta, de frente para a casa, você irá andando pela esquerda deixando um intervalo de cinco casas (=pulo). O supervisor indicará também a sequência das próximas quadras, caso não sejam completados os 30 domicílios naquela quadra.
- ◆ Terrenos baldios, casas em construção, casas desabitadas (casas onde os vizinhos informam que não mora ninguém), estabelecimentos comerciais e domicílios coletivos (prisões, hospitais, casa de repouso, etc) **não devem ser contados para o pulo.**
 - ◆ Casas de comércio são consideradas nos pulos, se os proprietários do comércio morarem no mesmo local.
 - ◆ Nas pensões consideram-se os donos da casa, se forem moradores, mas não os inquilinos.
- ◆ Não esqueça que nas vilas é comum haver casas de fundo. Neste caso, cada uma deve ser contada como um domicílio. Perguntar se pode entrar e sair sem passar pela outra casa. Contar as casas do fundo da direita para esquerda, sentido anti-horário ou da frente para trás (se as casas forem alinhadas).
- ◆ Nos edifícios, cada apartamento é considerado como um domicílio, inclusive o apartamento do zelador caso more no prédio.
- ◆ Num condomínio você tem, por exemplo, quatro blocos: 641, 641A, 642, 642A. Siga a ordem dos números e letras. Dentro de cada bloco pule conforme foi explicado para os edifícios.
- ◆ Se o porteiro não deixar você entrar, anote os números dos apartamentos daquele edifício e quais você precisa voltar para entrevistar. Este passo é importante para continuar o pulo. O porteiro poderá ajudá-la neste trabalho.
- ◆ Em casas onde os moradores estejam ausentes no momento da entrevista, pergunta-se a dois vizinhos se a mesma é habitada. Se afirmativo, retornar em outra hora para entrevista.

FOLHA DE CONGLOMERADO

- ◆ Deverá ser preenchida durante o trabalho de pesquisa dentro do setor.
- ◆ As entrevistadoras receberão uma ficha de conglomerado para cada setor. Nesta planilha deverá constar o número do setor visitado, data, nome do batedor e bairro.
- ◆ Na coluna endereço, coloque o endereço de todas as casas contadas inclusive as não selecionadas e aquelas não incluídas no pulo. Quando dois domicílios de frente levarem o mesmo número (ex. sobrado), use letras para diferenciá-los.
 - ◆ Exemplo 1: sobrado na parte de baixo 318A, na parte de cima 318B.
 - ◆ Exemplo 2: Duas casas no mesmo terreno, a primeira 318A e a segunda 318B.

Anexo 4

Manual de instruções II



Universidade Federal da Grande Dourados

Faculdade de Ciências da Saúde

Manual de Instruções

Dourados, 2012

DEFINIÇÕES

DOMICÍLIO: é o local de moradia estruturalmente separado e independente, constituído por um ou mais cômodos. A separação fica caracterizada quando o local de moradia é limitado por paredes, muros, cercas, etc., coberto por um teto, e permite que seus moradores se isolem, arcando com parte ou todas as despesas de alimentação ou moradia. A independência fica caracterizada quando o local de moradia tem acesso direto, permitindo que seus moradores possam entrar e sair sem passar por local de moradia de outras pessoas.

DOMICÍLIOS COLETIVOS: prisões, hospitais, casa de repouso, asilos, quartéis, hotéis, motéis e pensão.

FAMÍLIA: membros da família serão aqueles que façam, regularmente, as refeições juntas (ou algumas das refeições do dia) e que durmam na mesma casa na maior parte dos dias da semana. Exceto: empregados domésticos. Observe que algumas vezes famílias diferentes moram no mesmo domicílio, outras vezes no mesmo terreno, mas em domicílios diferentes e independentes.

MORADORES: são as pessoas que têm o domicílio como local de residência habitual na data da entrevista, podendo estar presentes ou ausentes temporariamente, por período não superior a 12 meses. Moradores que estiverem ausentes do domicílio durante todo o trabalho de campo devem ser listados.

REGRAS:

- Procure apresentar-se de uma forma simples, limpa e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar um domicílio. Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista. **DESLIGUE O CELULAR!**
- Use sempre seu crachá de identificação.
- Seja sempre gentil e educado, pois as pessoas não têm obrigação de recebê-lo. A primeira impressão causada na pessoa que o recebe é muito importante.
- Nunca entre em uma casa sem que apareça alguém para lhe receber. Tome cuidado com os cachorros, se necessário bata palmas ou peça auxílio aos vizinhos para chamar o morador da casa.
- No primeiro contato deixe claro logo de saída que você faz parte de um projeto de pesquisa da Universidade Federal da Grande Dourados. Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com o entrevistado, tratando-o com respeito e atenção. Nunca demonstre pressa ou impaciência diante de suas hesitações ou demora ao responder uma pergunta.
- Trate os entrevistados adultos por Sr e Sra, sempre com respeito. Só mude este tratamento se o próprio pedir para ser tratado de outra forma.

- Procure manter um diálogo bem aberto com o supervisor do trabalho de campo, reportando imediatamente qualquer problema, dificuldade ou dúvida que surja no decorrer do treinamento e entrevistas. As suas sugestões são importantes no sentido de aprimorar o trabalho do grupo. A sua dúvida pode ser a mesma que seu colega.
- Não saia de casa sem ter material (crachá e carteira de identidade; lápis, borracha, apontador e sacos plásticos) suficiente para o trabalho a ser realizado no dia, sempre com alguma folga para possíveis eventos desfavoráveis.
- Diga que entende o quanto a pessoa é ocupada, mas insista em esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração.
- Os questionários devem ser preenchidos com **lápispontado** e com muita atenção, usando **borracha** para as devidas correções.
- As **letras** e **números** devem ser escritos de maneira **legível**, sem deixar margem para dúvidas.

ESCOLHA DAS CASAS A SEREM VISITADAS

- ◆ O supervisor informará a casa pela qual se iniciarão as entrevistas. A partir desta, de frente para a casa, você irá andando pela esquerda deixando um intervalo de cinco casas (=pulo). O supervisor indicará também a sequencia das próximas quadras, caso não sejam completados os 30 domicílios naquela quadra.
- ◆ Terrenos baldios, casas em construção, casas desabitadas (casas onde os vizinhos informam que não mora ninguém), estabelecimentos comerciais e domicílios coletivos (prisões, hospitais, casa de repouso, etc) **não devem ser contados para o pulo.**
 - ◆ Casas de comércio são consideradas nos pulos, se os proprietários do comércio morarem no mesmo local.
 - ◆ Nas pensões consideram-se os donos da casa, se forem moradores, mas não os inquilinos.
- ◆ Não esqueça que nas vilas é comum haver casas de fundo. Neste caso, cada uma deve ser contada como um domicílio. Perguntar se pode entrar e sair sem passar pela outra casa. Contar as casas do fundo da direita para esquerda, sentido anti-horário ou da frente para trás (se as casas forem alinhadas).
- ◆ Nos edifícios, cada apartamento é considerado como um domicílio, inclusive o apartamento do zelador caso more no prédio.
- ◆ Num condomínio você tem, por exemplo, quatro blocos: 641, 641A, 642, 642A. Siga a ordem dos números e letras. Dentro de cada bloco pule conforme foi explicado para os edifícios.
- ◆ Se o porteiro não deixar você entrar, anote os números dos apartamentos daquele edifício e quais você precisa voltar para entrevistar. Este passo é importante para continuar o pulo. O porteiro poderá ajuda-la neste trabalho.
- ◆ Em casas onde os moradores estejam ausentes no momento da entrevista, pergunta-se a dois vizinhos se a mesma é habitada. Se afirmativo, retornar em outra hora para entrevista.

FOLHA DE CONGLOMERADO

- ◆ Deverá ser preenchida durante o trabalho de pesquisa dentro do setor.
- ◆ As entrevistadoras receberão uma ficha de conglomerado para cada setor. Nesta planilha deverá constar o número do setor visitado, data, nome do batedor e bairro.
- ◆ Na coluna endereço, coloque o endereço de todas as casas contadas inclusive as não selecionadas e aquelas não incluídas no pulo. Quando dois domicílios de frente levarem o mesmo número (ex. sobrado), use letras para diferenciá-los.
 - ◆ Exemplo 1: sobrado na parte de baixo 318A, na parte de cima 318B.
 - ◆ Exemplo 2: Duas casas no mesmo terreno, a primeira 318A e a segunda 318B.

APRESENTAÇÃO

- **Bom dia! Meu nome é <nome>. Sou da UFGD e estamos fazendo um trabalho sobre a saúde da população de Dourados. Gostaria de fazer algumas perguntas, medir sua pressão, peso e altura.**
- **É muito importante a colaboração de todas as pessoas neste trabalho porque através dele poderemos ficar conhecendo mais sobre a saúde das pessoas.**
- **Este estudo é confidencial, e que as informações não serão reveladas a ninguém.**

O estudo está começando agora.

Está sendo realizado em vários locais sorteados da cidade.

Sua casa foi sorteada.

Vou demorar uns 10 minutinhos.

SE SIM:

Gostaria de fazer uma entrevista com o(a) sr(a). <nome do idoso> pois esta pesquisa é com pessoas com mais de 60 anos.

SE NÃO: Posso voltar em outro dia? Sua casa foi sorteada e não posso escolher outra casa, senão a pesquisa fica prejudicada. *SE SIM:* Qual o melhor horário para eu voltar aqui?

INSTRUÇÕES GERAIS SOBRE AS ENTREVISTAS

Procurar conversar ou responder as perguntas feitas pelos informantes somente no final da entrevista. **SEJA GENTIL!**

Formular as perguntas exatamente como estão escritas, sem enunciar as várias opções de resposta, exceto em questões onde as alternativas estão em negrito.

Se necessário repetir a pergunta uma segunda maneira e, em último caso enunciar todas as opções, tendo cuidado de não induzir a resposta.

As instruções nos questionário em letras em *itálico* servem apenas para orientar o entrevistador, não devem ser perguntadas para o entrevistado. Apenas deverá ser lido o que estiver em **negrito**.

Sempre que houver dúvida escrever por extenso a resposta dada pelo informante e deixar para o supervisor decidir no final do dia.

Quando a resposta for “OUTRO”, especificar junto à questão, segundo as palavras do informante. **Estas respostas serão codificadas posteriormente.**

Quando uma resposta do informante parecer pouco confiável, anotá-la e fazer um comentário no questionário sobre a sua má qualidade.

Quando o idoso não tiver condições de responder ao questionário, o questionário será respondido por outro morador da casa ou alguém que esteja cuidando do idoso.

QUESTIONÁRIO DOMICILIAR

Eletrrodomésticos: perguntar se estão funcionando. Não considerar se estiverem estragados há mais de 6 meses.

Radio: qualquer radio, tipo walkman, 3 em 1 e microsystems. **Não** considerar rádio do carro.

Banheiro: o que define é a presença de vaso sanitário. Banheiros coletivos **não** devem ser considerados.

Automóvel: Não considerar taxis, vans ou pic-ups usados para fretes ou qualquer atividade profissional. Veículos de uso misto não devem ser considerados.

Empregado Doméstico: considerar Apenas os mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana

Maquina de lavar: não incluir tanquinho

MEDIDA DE PRESSAO ARTERIAL

Cuidados com o aparelho:

- ◆ Não use telefones celulares nas proximidades da unidade. Isso pode causar falha operacional.
- ◆ Antes de medir a pressão pergunte se o entrevistado não comeu; não tomou bebidas alcoólicas; não fumou e não fez exercícios nos últimos trinta (30) minutos; e não está com a bexiga cheia

Se estas condições não forem satisfeitas, espere 30 minutos ou volte mais tarde.

Os idosos deverão estar sentados no momento da aferição.
A braçadeira deve ser aplicada no **PULSO ESQUERDO**.

Evite fazer a medição durante períodos de estresse

Posicione a unidade no nível do coração durante a medição.

A pessoa deve permanecer imóvel e em silêncio.

Se a pressão arterial estiver aumentada explique para a pessoa que uma medida apenas não quer dizer nada e que ela deve medir a pressão novamente no Posto de Saúde.

PROCEDIMENTO PARA COLETA DE PESO

Antes de iniciar a coleta de peso, solicitar ao idoso que retire o excesso de roupas e/ou acessórios, como: casaco, xale, pochete, carteira, celular, chave, relógio, sapato, entre outros que julgar necessário.

Não realizar a medição de idosos nas seguintes condições: em cadeira de rodas ou acamados que relatam não haver possibilidade de levantar ou apresentar tonturas ao tentar levantar e amputados.

*Obs: Idosos que fazem uso de muletas ou bengalas poderão ser submetidos a coleta de dados, desde que utilizem as muletas ou bengalas apenas para apoio, não interferindo no peso registrado.

1° PASSO



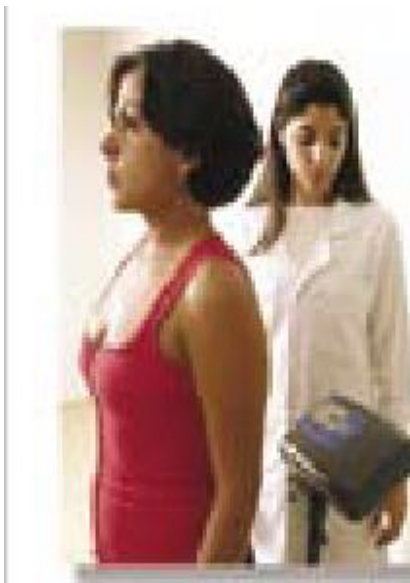
Ligar a balança. Esperar que a balança chegue à zero.

2° PASSO



Colocar o idoso no centro da balança, com o mínimo de roupa possível, descalço, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nesta posição.

3° PASSO



Realizar a leitura após o valor do peso estar fixado no visor.

4° PASSO



Anotar o peso, em quilograma, no espaço destinado no questionário. Auxiliar o idoso a descer da balança. Desligar a balança.

Fonte: BRASIL, Sisvan, 2004.

PROCEDIMENTO PARA COLETA DE ESTATURA

Antes de iniciar a medida, solicitar ao idoso que retire além do calçado, qualquer adereço da cabeça que possa interferir como: boné, chapéu, tiaras, lenços, presilhas, entre outros que julgar necessário.

Não realizar a medição de idosos nas seguintes condições: em cadeira de rodas ou acamados que relatam não haver possibilidade de levantar ou apresentar tonturas ao tentar levantar, além dos indivíduos que apresentarem curvatura da coluna (“corcunda”), amputados.

*Obs: Idosos que utilizarem muletas ou bengalas, poderão ser submetidos a coleta de dados, desde que consigam ficar eretos no momento da medição ou que utilizem as muletas ou bengalas apenas para apoio, não interferindo na altura registrada.

1° PASSO

Posicionar o idoso descalço e com a cabeça livre de adereços no centro do antropômetro. Mantê-lo de pé, ereto, pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo, na altura dos olhos (Plano de Frankfurt).

2° PASSO

Encostar os calcânhares, ombros e nádegas em contato com o antropometro/parede.

3° PASSO

Os ossos internos dos calcânes devem se tocar, bem como a parte interna de ambos os joelhos. Unir os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas.

4° PASSO

Abaixar a parte móvel do estadiômetro, encostando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo. Retirar o idoso quando tiver certeza de que ele não se moveu. Na dúvida, repetir o 1°, 2° passo e prosseguir.

5° PASSO

Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do estadiômetro.

6° PASSO

Anotar a altura em metros, no espaço destinado no questionário.

Fonte: BRASIL, Sisvan, 2004.

Anexo 5**Carta de apresentação****Universidade Federal da Grande Dourados****CARTA DE APRESENTAÇÃO**

Estamos realizando a pesquisa “Saúde de Idosos da cidade de Dourados, MS”, sob minha coordenação e da Prof. Maria Cristina Souza.

O objetivo deste estudo é conhecer os principais problemas de saúde destes idosos, além de verificar peso, altura e pressão arterial. Para fazer este estudo algumas casas foram sorteadas em toda a cidade.

Por ser um estudo muito importante para a saúde dos idosos, solicitamos sua colaboração, permitindo que nosso entrevistador obtenha os dados apontados no questionário.

A equipe do projeto coloca-se a sua disposição pelo telefone 3410-2327 (Mestrado em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da UFGD) ou pelo *email* rosangelalima@ufgd.edu.br (coordenadora) para quaisquer esclarecimentos que sejam necessários.

Desde já, agradecemos sua participação.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosangela', is centered on the page.

Prof. Dra. Rosangela da Costa Lima

Coordenadora

Anexo.6

Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) sr(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a) em uma pesquisa sobre a Saúde dos Idosos na cidade de Dourados, MS, coordenado pela professora Rosangela Lima da Universidade Federal da Grande Dourados.

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer as condições de saúde desta população, identificando os principais problemas de saúde. Esta é uma oportunidade de se obter informações mais detalhadas sobre os problemas de saúde que acometem os idosos desta cidade. Pretende-se que os resultados deste estudo possam colaborar nos programas de saúde do município, para melhorar a saúde.

A pesquisa é formada por dois questionários. Um sobre sua saúde, e outro, sobre a casa. Também vamos medir sua pressão duas vezes, com aparelho digital de pulso, e verificar sua altura e seu peso.

O(a) sr(a) poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo ao sr(a). A sua identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo, inclusive na publicação dos resultados.

Os riscos desta pesquisa são mínimos, uma vez que apenas serão aplicados questionários e medidos sua pressão arterial, peso e altura. Porém, pode haver um pequeno desconforto para medir sua pressão. Poderá também acontecer uma queda da balança, entretanto, para evitar isto eu vou ajudá-lo(a) a subir e descer da balança. O benefício deste trabalho será o conhecimento sobre a saúde dos idosos da cidade.

Não haverá nenhuma forma de pagamento ou cobrança por sua participação.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, o sr(a) pode entrar em contato pelo telefone da UFGD (3410-2327) ou pelo *email* da coordenadora (*rosangelalima@ufgd.edu.br*).

No caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e, a outra, é do pesquisador responsável.

Rosangela da Costa Lima
Pesquisadora Responsável

Eu, _____,
RG _____, CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo acima descrito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de minha participação.

Local: Dourados, MS

Data:

_____/_____/_____

Assinatura do entrevistado

Entrevistador

Anexo7**Questionário domiciliar**

Universidade Federal da Grande Dourados

Faculdade de Ciências da Saúde

**QUESTIONÁRIO DOMICILIAR**

Nº do domicílio: __ __ __

ddom__ __ __

Endereço: _____

Bairro: _____

Ponto de referência: _____

Qual o seu telefone? ____ _ ____ _ ____ _**O sr(a) pode me dizer um nome de um parente, com telefone ou endereço?**

Nome de um parente _____

Endereço de um parente _____

Telefone de um parente __ __ __ __ __ __ __

Eu farei algumas perguntas sobre as pessoas que moram nesta casa. Todas as informações fornecidas serão estritamente confidenciais.**Qual é o nome da pessoa considerada a principal responsável por esta casa?**

Quantos anos completos o <chefe> estudou? _____

- (1) Analfabeto/Primário incompleto
 (2) Primário completo/Ginásial incompleto
 (3) Ginásial completo/Colegial incompleto
 (4) Colegial completo/Superior incompleto
 (5) Superior completo
 (9) IGN

Perguntarse estão funcionando

desc __

Nesta casa tem quantas máquinas de lavar? ____

dlav__ __

Nesta casa tem quantos vídeos cassetes ou DVD? ____

ddvd__ __

Nesta casa tem quantas geladeiras? ____

dgel__ __

Nesta casa tem quantos freezers ou geladeiras duplex? ____

dfre__ __

Nesta casa tem quantas TVs em cores? ____

dtv__ __

Nesta casa tem quantos rádios? ____

drad__ __

Nesta casa tem quantos banheiros ou sanitários? ____

dban__ __

Nesta casa tem quantos carros? ____

dcar__ __

SE SIM: próprio ou de trabalho?

Nesta casa tem quantas empregadas mensalistas? ____

demp__ __

AGORA, VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ALIMENTAÇÃO EM SUA CASA. NOS ÚLTIMOS 3 MESES, OU SEJA, DE <MÊS> DE 2012 ATÉ HOJE. AS PERGUNTAS SÃO PARECIDAS, MAS É IMPORTANTE QUE O(A) SR.(A) RESPONDA CADA UMA DELAS.

Nos últimos 3 meses os moradores desta casa tiveram preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida? *ebia 1__*

- (0) não (1) sim (9) IGN

Nos últimos 3 meses os alimentos acabaram antes que os moradores tivessem dinheiro para comprar mais comida? *ebia 2__*

- (0) não (1) sim (9) IGN

Nos últimos 3 meses os moradores desta casa ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? *ebia 3__*

(0) não (1) sim (9) IGN

Nos últimos 3 meses os moradores desta casa comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham porque o dinheiro acabou? *ebia 4__*

(0) não (1) sim (9) IGN

Nos últimos 3 meses algum morador de 18 anos ou MAIS de idade diminuiu alguma vez a quantidade de alimentos nas refeições ou deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida? *ebia 5__*

(0) não (1) sim (9) IGN

Nos últimos 3 meses algum morador de 18 anos ou MAIS de idade alguma vez comeu menos porque não havia dinheiro para comprar comida? *ebia 6__*

(0) não (1) sim (9) IGN

Nos últimos 3 meses algum morador de 18 anos ou MAIS de idade alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida? *ebia 7__*

(0) não (1) sim (9) IGN

Nos últimos 3 meses algum morador de 18 anos ou MAIS de idade perdeu peso porque não comeu quantidade suficiente de comida devido à falta de dinheiro para comprar comida? *ebia 8__*

(0) não (1) sim (9) IGN

Nos últimos 3 meses algum morador de 18 anos ou MAIS de idade alguma vez fez apenas uma refeição ou ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida? *ebia 9__*

(0) não (1) sim (9) IGN

As próximas questões só deverão ser feitas se houver menores de 18 anos na residência.

Nos últimos 3 meses algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez deixou de ter uma alimentação saudável e variada porque não havia dinheiro para comprar comida? *ebia 10__*

(0) não (1) sim (9) IGN

Nos últimos 3 meses algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar comida ? *ebia 11__*

(0) não (1) sim (9) IGN

Nos últimos 3 meses algum morador com menos de 18 anos de idade diminuiu a quantidade de alimentos nas refeições porque não havia dinheiro para comprar comida? *ebia 12__*

(0) não (1) sim (9) IGN

Nos últimos 3 meses algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez deixou de fazer uma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida? *ebia 13__*

(0) não (1) sim (9) IGN

Nos últimos 3 meses algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida? *ebia 14__*

(0) não (1) sim (9) IGN

Nos últimos 3 meses algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida? *ebia 15__*

(0) não (1) sim (9) IGN

Data da entrevista __ __ / __ __ / 2012

ddate __ __ / __ __

Entrevistador: _____

dentre __

Anexo 8

Questionário individual

Universidade Federal da Grande Dourados

Faculdade de Ciências da Saúde

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL



Nº do setor: _____

set _____

Nº do domicílio: _____

dom _____

Nº do questionário: _____

ques _____

Informante (1) própria pessoa

informa _____

(2) funcionário

(3) familiar

(4) outro _____

Sexo (1) masculino (2) feminino

sexo _____

AGORA VOU MEDIR SUA PRESSÃO**Para medir bem sua pressão é preciso eu saber:****O sr(a) comeu, tomou café ou bebidas alcoólicas nos últimos 30 minutos?****O sr(a) fumou ou fez exercícios nos últimos 30 minutos?****O sr(a) está com a bexiga cheia?**

pas1 _____

Pressão arterial 1: _____ x _____

pad1 _____

Qual a sua data de nascimento? ____ / ____ / ____

id ____ / ____

A sua cor ou raça é? (1) branca (2) preta (3) parda
 (4) amarela (5) indígena (4) outra _____

cor ____

Qual sua situação conjugal atual?

- (1) casado ou vive com companheiro(a)
- (2) viúvo(a)
- (3) separado(a)/divorciado(a)
- (4) solteiro(a)
- (9) IGN

civil ____

O sr(a) sabe ler e escrever? (0) não (1) sim (2) só assina (9) IGN

ler ____

SE SIM: Até que série o sr(a) estudou, foi aprovado? (88) NSA(99) IGN

estudo ____

<p>SE SIM: Até que série o sr(a) estudou, foi aprovado? (88) NSA(99) IGN</p> <hr/> <hr/>

AGORA VAMOS FALAR SOBRE FUMO E ÁLCOOL

O sr(a) fuma ou já fumou?

(0) não, nunca fumou

(1) sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês)

(2) sim, já fumou mas parou de fumar há ___ anos ___ meses

fumo ___

tpfum ___ ___

SE SIM: Há quanto tempo o(a) sr(a) fuma? (ou fumou durante quanto tempo?)

___ anos ___ meses (8888) NSA

SE SIM: Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma (ou fumava) por dia?

___ cigarros (88) NSA

tfum ___ ___

fumad ___ ___

Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) consumiu alguma bebida alcoólica como cerveja, vinho, cachaça, uísque, licores, etc? (0) não (1) sim

beb ___

SE SIM: Durante os últimos 30 dias, aproximadamente, em quantos dias o(a) Sr(a) consumiu alguma bebida alcoólica? ___ dias

bebd ___ ___

O(a) sr(a) faz algum tipo de exercício físico? (0) não (1) sim

exer ___

AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUA SAÚDE

Em geral, o sr(a) diria que sua saúde é:

(1) excelente

(2) muito boa

(3) boa

(4) ruim

(5) muito ruim

saude ___

Desde <MÊS> do ano passado, o sr(a) consultou com médico?

(0) não (1) sim (9) IGN

med ____

SE SIM: Desde <MÊS> do ano passado, quantas vezes o sr(a) consultou com médico? _____ vezes

nmed ____ ____

Desde <MÊS> do ano passado, o sr(a) esteve internado, internou no hospital?

(0) não (1) sim (9) IGN

hosp ____

SE SIM: Desde <MÊS> do ano passado, quantas vezes o sr(a) internou no hospital? _____ vezes

nhosp ____ ____

Desde <MÊS> do ano passado, o sr(a) sofreu alguma queda (caiu)?

(0) não (1) sim (9) IGN

queda ____

SE SIM: Desde <MÊS> do ano passado, quantas quedas o sr(a) sofreu?

__ __ vezes

nqueda ____ ____

Nas duas últimas semanas, o sr(a) esteve de cama, por problema de saúde?

(0) não (1) sim (9) IGN

cama ____

SE SIM: Nas duas últimas semanas, quantos dias o sr(a) esteve de cama, por problema de saúde? __ __ dias (9) IGN

diascam ____ ____

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ALGUMAS ATIVIDADES DIÁRIAS

O sr(a) tem dificuldade para alimentar-se sozinho?

(0) não (1) sim (2) sim, com ajuda (9) IGN

alime ____

O sr(a) tem dificuldade para tomar banho sozinho?

banho ____

(0) não (1) sim (2) sim, com ajuda (9) IGN

O sr(a) tem dificuldade para ir ao banheiro sozinho?

banheiro ____

(0) não (1) sim (2) sim, com ajuda (9) IGN

O sr(a) tem dificuldade para vestir-se sozinho?

vestir ____

(0) não (1) sim (2) sim, com ajuda (9) IGN

O sr(a) tem dificuldade para deitar ou levantar da cama sozinho?

dlcama ____

(0) não (1) sim (2) sim, com ajuda (9) IGN

O sr(a) tem dificuldade de andar sozinho pelo quarto?

difand ____

(0) não (1) sim (2) sim, com ajuda (9) IGN

Algum médico ou profissional de saúde já lhe disse que o(a) sr(a) tem pressão alta?

pres ____

(0) não (1) sim (9) IGN

Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem açúcar alto no sangue (diabetes)?

diab ____

(0) não (1) sim (9) IGN

Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem colesterol alto?

col ____

(0) não (1) sim (9) IGN

Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem uma doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra?

coracao ____

(0) não (1) sim (9) IGN

Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) teve um derrame ou AVC (Acidente Vascular cerebral)?

avc ____

(0) não (1) sim (9) IGN

Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem artrite ou reumatismo?

art ____

(0) não (1) sim (9) IGN

Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem asma (ou bronquite asmática)?

asma ____

(0) não (1) sim (9) IGN

O(a) sr(a) tem algum problema crônico de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco?

costas ____

(0) não (1) sim (9) IGN

O sr(a) tem alguma outra doença? (00) não () sim (9) IGN

SE SIM: **Qual outra doença?** _____

outd1 ____

Qual outra doença? _____

outd2 ____

Qual outra doença? _____

outd3 ____

AGORA VAMOS FALAR SOBRE REMÉDIOS

Nos últimos 15 dias, o(a) sr.(a) usou algum remédio? (0) não (1) sim (9) IGN

O(a) sr.(a) poderia mostrar as RECEITAS “E” AS CAIXAS ou embalagens dos remédios que o sr(a) usou?

(1) não

(2) sim, ambos

(3) sim, só a receita

(4) sim, só a caixa ou embalagem

Quantos comprimidos DE CADA VEZ o sr.(a) toma este remédio?

(1) 1/2

(2) um

(3) dois

(4) outro _____

Quantas vezes o sr.(a) toma este remédio?

(1) 1 vez

(2) 2 vezes

(3) 3 vezes

(4) outra _____

Usou mais algum?

Nome do remédio1 _____

Receita (___)

Vezes (___)

Comprimidos (___)

Concentração do remédio1: _____

Nome do remédio2 _____

Receita (___)

Vezes (___)

Comprimidos (___)

Concentração do remédio2: _____

Nome do remédio3 _____

Receita (___)

Vezes (___)

Comprimidos (___)

Concentração do remédio3: _____

Nome do remédio4 _____

Receita (___)

Vezes (___)

Comprimidos (___)

Concentração do remédio4: _____

Nome do remédio5 _____

Receita (___)

Vezes (___)

Comprimidos (___)

Concentração do remédio5: _____

AGORA VOU MEDIR SUA PRESSÃO NOVAMENTE

Pressao arterial2: _____ x _____

pas2 _____

pad2 _____

AGORA VOU MEDIR E PESAR. PARA ISSO, EU VOU PEDIR QUE FIQUE DESCALÇO E TIRE ALGUM CASACO QUE ESTEJA VESTINDO.

Ajude o idoso a subir na balança

Peso _____, _____kg

peso _____,

Altura _____, _____ cm

alt _____,

Entrevistador: _____

ent _____

Data da entrevista _____ / _____ / 2012

dataent _____ /

—

MUITO OBRIGADA!!!

