UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

RAFAEL JOSÉ DAMASCENO

**Perfil epidemiológico da polifarmacoterapia e morbidades em idosos de
uma cidade do interior paulista.**

BAURU

2017

RAFAEL JOSÉ DAMASCENO

**Perfil epidemiológico da polifarmacoterapia e morbidades em idosos de
uma cidade do interior paulista.**

Tese apresentada a Faculdade de Odontologia de Bauru
da Universidade de São Paulo para a obtenção do título
de Doutor em Ciências, área de concentração em
Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Magali de Lourdes Caldana

BAURU

2017

D18p Damasceno, Rafael José
 Perfil epidemiológicos da polifarmacoterapia e
 morbidades em idosos de uma cidade do interior paulista /
 Rafael José Damasceno – Bauru, 2017.
 .
 108 p. : il. ; 30 cm.

 Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de
 Bauru. Universidade de São Paulo.

 Orientadora: Profa. Dra. Magali de Lourdes Caldana

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a
reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos
fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
Protocolo nº: 54859216.7.0000.5417
Data: 25/04/2016

FOLHA DE APROVAÇÃO

DEDICATÓRIA

A *Deus*, pela imensa força e pela luz, mesmos nos momentos mais escuros de minha caminhada, clareou minha caminhada e me guiou e orientou.

À minha mãe *Maurícia*, pela lições, reflexões e felicidades ao longo de minha vida, em especial, desta minha trajetória. Pilar mestre da minha vida. Obrigado por todos os ensinamentos e por toda coragem em minha vida. Palavras são pequenas perto de todo o significado que você tem em minha vida.

À minha avó *Júlia* e ao meu avô *Antônio* (in memorian): minhas bases da formação ao lado de minha mãe. Meus segundos pais, minhas alegrias eternas. Se hoje sou o que sou, devo tudo a eles. Desde os momentos de criação da minha infância até os dolorosos percalços da vida, vocês foram e são meu estímulo. Amo vocês eternamente.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, *Profa. Dra. Magali de Lourdes Caldana*, pela compreensão, pelos ensinamentos e pela coragem em mim depositados. O pesquisador e pessoa que hoje sou são frutos de seu empenho e confiança em mim.

Ao *Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos*, pelos conselhos, ensinamentos e momentos de descontração compartilhados.

Ao *Prof. Dr. Heitor Honório Marques*, pela disposição, pelos saberes e preceitos compartilhados. Grande inspiração em minha formação.

Aos demais *Professores da Disciplina de Saúde Coletiva*, pelos saberes e conquistas compartilhadas, além da disposição e pelo auxílio em todos os momentos.

As minhas amigas e quase irmãs da pós-graduação, *Aline, Cristina, Elen, Angela, Natália Carleto e Natália Favoreto*. Mesmo que distantes em algumas situações e momentos da vida, foram e são pilares de minha formação humana e profissional. Obrigado por todo auxílio, pela amizade e pelos risos compartilhados.

RESUMO

O processo de envelhecimento traz consigo diversas modificações no âmbito pessoal e biológico do indivíduo. Expandindo-se essas transformações, para o âmbito populacional, na questão da saúde, delimita-se um crescente prevalência das denominadas doenças crônicas não transmissíveis. Nesta lógica, um maior número de moléstias crônicas, leva os indivíduos a ingerirem uma maior quantidade de fármacos, sejam eles prescritos por via clínica ou mesmo pela própria automedicação. Em vista disso, o presente trabalho objetivou realizar um levantamento epidemiológico para se traçar o perfil de saúde dos idosos de uma cidade do interior paulista, enfocando-se a presença de doenças crônicas não transmissíveis, medicamentos utilizados, a presença de polifarmácia e a qualidade de vida. A amostra foi composta por 241 idosos residentes da cidade de Duartina, SP. Primeiramente realizou-se um questionário geral para se determinar a presença de doenças e caracterização geral da amostra. Após, os idosos passaram pelo questionário de qualidade de vida e por um questionário sobre os medicamentos utilizados. A partir dos dados deste último, através do site drugs.com determinou-se a presença e os níveis de polifarmácia. Nos resultados, pode-se observar uma considerável prevalência de diabetes, dislipidemias e hipertensão, sendo as idosas as mais afetadas. Quanto ao uso dos fármacos, 22,7% utilizam, ao menos, cinco medicamentos distintos ao dia. Na análise da polifarmácia, 30% não apresentaram interações, 68% apresentaram nível moderado e 2% elevado. Através da correlação de Pearson, identificou-se que com o aumento do número de medicamentos utilizados, houve aumento do nível da intensidade da polifarmácia ($p < 0,0001$ e $r = 0,81$). Quanto à qualidade de vida, todas as áreas apresentaram índices relativamente altos, sendo o domínio físico com a melhor média e o ambiental com pior. Na análise por questão, os piores índices ficaram com dor, dependência de medicamentos e sentimentos negativos. Com a Correlação de Spearman, determinou-se que o aumento dos índices de polifarmácia diminuem a qualidade de vida ($p = 0,03$ e $r = -0,57$). Deste modo, conclui-se que, nos idosos, há uma elevada prevalência de hipertensão, diabetes e das dislipidemias, bem como um considerável uso de diferentes medicamentos diariamente. Anexo a estes dados, a qualidade de vida apresentou índices adequados, sendo afetada negativamente pelo aumento do uso diários de medicamentos.

Palavras-chave: Envelhecimento. Doenças crônicas não transmissíveis. Polifarmácia.

ABSTRACT

Epidemiological profile of the health conditions of the elderly in a city in the interior of São Paulo.

The process of aging brings with it several modifications in the personal and biological scope of the individual. Expanding these transformations, for the population, in the health issue, delimits a growing prevalence of so-called chronic non-communicable diseases. In this logic, a greater number of chronic diseases, leads individuals to ingest a greater amount of drugs, whether they are prescribed clinically or even by self-medication. In view of this, the present study aimed to carry out an epidemiological survey to trace the health profile of the elderly in a city in the interior of the state of São Paulo, focusing on the presence of chronic noncommunicable diseases, medications used, the presence of polypharmacy and the quality of life. The sample consisted of 241 elderly residents of the city of Duartina, SP. Firstly, a general questionnaire was carried out to determine the presence of diseases and the general characterization of the sample. Afterwards, the elderly passed the quality of life questionnaire and a questionnaire about the medications used. From the data of the latter, through the website drugs.com was determined the presence and levels of polypharmacy. In the results, a considerable prevalence of diabetes, dyslipidemia and hypertension can be observed, with the elderly being the most affected. As for drug use, 22.7% use at least five different drugs a day. In the analysis of polypharmacy, 30% did not present interactions, 68% presented moderate level and 2% elevated. Through the Pearson correlation, it was identified that with the increase in the number of medications used, there was an increase in the level of polypharmacy intensity ($p < 0.0001$ and $r = 0.81$). As for the quality of life, all the areas presented relatively high indexes, being the physical domain with the best average and the environmental one with worse. In the analysis by question, the worst indexes were pain, drug dependence and negative feelings. With Spearman's correlation, it was determined that the increase in polypharmacy indexes decreased the quality of life ($p = 0.03$ and $r = -0.57$). Thus, it is concluded that in the elderly, there is a high prevalence of hypertension, diabetes and dyslipidemias, as well as a considerable use of different drugs daily. Annexed to these data, the quality of life presented adequate indexes, being negatively affected by the increase in the daily use of medicines.

Key words: Aging. Chronic noncommunicable diseases. Polypharmacy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 -	Níveis de classificação da polifarmácia, nos idosos, Duartina, SP, 2017.....	64
Gráfico 2 -	Qualidade de Vida, por domínios, dos idosos, Duartina, SP, 2017.....	67
Gráfico 3 -	Características dos domínios da qualidade de vida dos idosos, Duartina, SP, 2017.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Frequências absoluta e relativa quanto ao gênero, grau de escolaridade e estado civil dos idosos, Duartina, SP, 2017.....	61
Tabela 2 -	Frequências relativas quanto a presença de doenças crônicas não transmissíveis dos idosos, por faixa etária, Duartina, SP, 2017.....	62
Tabela 3 -	Distribuição das doenças crônicas não transmissíveis por gênero, dos idosos, Duartina, SP, 2017.....	62
Tabela 4 -	Quantidade de fármacos distintos utilizados diariamente pelos idosos, Duartina, SP, 2017.....	63
Tabela 5 -	Frequências de uso fármacos por problemática utilizados pelos idosos, Duartina, SP, 2017.....	63
Tabela 6 -	Polifarmácia classificada como interações elevadas e moderadas, dos idosos, Duartina, SP, 2017.....	65
Tabela 7 -	Polifarmácia classificada como sem interação, dos idosos, Duartina, SP, 2017.....	65
Tabela 8 -	Média, desvio padrão e valores máximo e mínimo dos domínios avaliados da qualidade de vida dos idosos, Duartina, SP, 2017.....	67

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
USP	Universidade de São Paulo
PSF	Programa Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	23
2	REVISÃO DE LITERATURA	27
2.1	QUALIDADE DE VIDA	29
2.1.1	A Saúde e a Qualidade de Vida.....	29
2.1.2	A Qualidade de Vida e o Processo de Envelhecimento	31
2.2	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	33
2.2.1	Panorama Geral	33
2.2.2	Fatores de Risco para as DCNT.....	34
2.2.3	Hipertensão.....	36
2.2.4	Diabetes.....	38
2.2.5	Dislipidemias	40
2.3	POLIFARMÁCIA.....	41
3	PROPOSIÇÃO	45
3.1	GERAL	47
3.2	ESPECÍFICAS	47
4	MATERIAL E MÉTODOS	49
4.1	ASPECTOS ÉTICOS	51
4.2	AMOSTRA	51
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	52
4.4	PROCEDIMENTOS INICIAIS, IDENTIFICAÇÃO DAS DCNT	52
4.5	IDENTIFICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS.....	52
4.6	ANÁLISE DA PRESENÇA DA POLIFARMÁCIA.....	53
4.7	QUALIDADE DE VIDA	53
4.8	TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	54
5	RESULTADOS.....	55
5.1	DISTRIBUIÇÃO AMOSTRAL	57
5.2	PRESENÇA DE DOENÇAS	58
5.3	FÁRMACOS E POLIFARMÁCIA	58
5.4	QUALIDADE DE VIDA	63
6	DISCUSSÃO.....	65
6.1	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	68

6.2	FARMACOTERAPIA	71
6.3	POLIFARMÁCIA.....	75
6.4	QUALIDADE DE VIDA	77
7	CONCLUSÕES	81
	REFERÊNCIA	87
	ANEXOS.....	97
	ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	99
	ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	103
	ANEXO C – ANAMNESE INICIAL	105
	ANEXO D – FÁRMACOS UTILIZADOS	106
	ANEXO E – QUALIDADE DE VIDA.....	107

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Em pleno andamento do século XXI, a população mundial presencia a sua própria reestruturação, marcada pela queda das taxas de fecundidade e das taxas de mortalidade, com uma crescente expectativa de vida, processo esse denominado transição demográfica (CLOSS e SCHWANKE, 2012). No caso brasileiro, o processo é assinalado, por um lado, pelo decaimento marcante da fecundidade, e por outro, pelo envelhecimento acelerado da população, fenômeno este não presente em nem um outro país da esfera global. Corroborando com esta perspectiva, dados do Ministério da Previdência Social (2014), apontam que a taxa de envelhecimento da população brasileira passou de 37,8% em 2012 para 42,9% em 2014. Como aconteceu na maioria destes países, essas alterações acarretaram em um processo de envelhecimento populacional aliado ao aumento da longevidade (ALVES et al., 2007).

Esta perspectiva de transição, principalmente referenciada a questão do aumento da demanda da população idosa, tem ocasionado amplas discussões e debates no meio científico e acadêmico, principalmente quanto a presença das desigualdades que enfrentam a população brasileira, as quais, acabam por se refletir no âmbito das perspectivas das políticas de saúde (VERAS, 2009; FARIAS e SANTOS, 2012).

Deste modo, em vista desta cascata de reflexos, a transição demográfica é acompanhada pela transição epidemiológica. Tal processo é composto, basicamente, por três itens: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis, deslocamento da carga de morbimortalidade dos jovens aos idosos e transferência de uma perspectiva de mortalidade para a de morbidade (SCHRAMM et al., 2004).

Em outras palavras, o perfil infectocontagioso, comumente encontrado em países predominantemente compostos por populações mais joviais, vem se alterando progressivamente, dando lugar a um perfil crônico e múltiplo, onde o paradigma se centra na compensação contínua do processo saúde-doença, marcado por disfunções, dependências e quedas biológicas, as quais exigem cuidados e exames constantes. (NASRI, 2008; BRITO, 2008; VERAS, 2009). Em si, o próprio processo de senescência é marcado por modificações orgânicas, onde os órgãos e sistemas biológicos sofrem perdas progressivas, levando a possibilidades de manifestação de distintas patologias (TARTAZONA et al., 2002).

Nesta via, entram em discussão as denominadas doenças crônicas não-transmissíveis. Por definição, são moléstias que acompanham os indivíduos por um longo período temporal, podendo inclusive apresentar melhora, piora ou manutenção clínica. De tal maneira, as doenças crônicas não transmissíveis têm aumentado a demanda dos serviços de saúde, principalmente no grupo etário dos idosos, reforçando o cenário anteriormente exposto (ALMEIDA et al., 2002). Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, dentre as doenças crônicas não transmissíveis, destacam-se as de cunho cardiovascular, hipertensão, acidente vascular cerebral, diabetes, doenças musculoesqueléticas, demência, cegueira e diminuição da visão, doenças mentais e depressão (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

Isto leva a um tema novo, mas de suma relevância para a saúde: um maior número de moléstias crônicas, leva os indivíduos a ingerirem uma maior quantidade de fármacos, sejam eles prescritos por via clínica ou mesmo pela própria automedicação. Nesta situação, com a presença de mais de uma enfermidade ou problemática, comum nesta faixa etária, justamente pela presença de disfunções e agravos em diferentes sistemas biológicos do corpo humano, pode haver o uso simultâneo múltiplos medicamentos. Neste cenário, pode haver o surgimento de uma conjuntura denominada polifarmácia, coloquialmente referenciada como “interações medicamentosas” (BERNSTEIN, 1989; LINJAKUMPU et al., 2002; CARVALHO, 2003; BUSHARDT et al., 2008).

A polifarmacoterapia favorece desdobramentos adversos, sejam eles neutros, benéficos ou maléficos ao indivíduo e ao tratamento em si, além de poder gerar sintomatologias que podem vir a confundir o diagnóstico terapêutico, exigindo maior demanda dos sistemas médicos. (ROZENFELD, 2003; BRITO, 2008; BUSHARDT et al., 2008).

Em vista deste cenário e dos reflexos que estas novas demandas podem ocasionar na população, o objetivo deste trabalho é apresentar e descrever as condições de saúde de idosos de uma cidade do interior paulista, enfatizando as doenças crônicas presentes, os fármacos utilizados e a qualidade de vida dos mesmos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 QUALIDADE DE VIDA

2.1.1 A Saúde e a Qualidade de Vida

O conceito de saúde não é algo exato. Sua construção depende de inúmeros fatores, diretos e indiretos, podendo ser inclusive, diferentes entre determinadas sociedades em torno do globo terrestre. Por exemplo, para A Organização Mundial da Saúde (1946), define o conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Nesta linha, Deliberato (2002) salienta que saúde é um sistema, em equilíbrio dinâmico, entre a forma e a função do organismo, o qual sempre tende a se reequilibrar quando perturbado.

Para Scliar (2007), a saúde não possui a mesma acepção para diferentes indivíduos que compõe uma população, refletindo, inclusive, o panorama social, político, econômico e cultural da época, local e da classe social pertencente. Martin e Ângelo (1998) afirmam que cada ser humano se direciona a objetivos para se autodesenvolver, sendo, aqui, a saúde a condição e o meio para isto.

Para Ayres (2007), o conceito de saúde envolve:

“ (...) a busca contínua e socialmente compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar de modo conveniente os processos de adoecimento, na sua condição de indicadores de obstáculos encontrados por indivíduos e coletividades à realização de seus projetos de felicidade”.

Integrado a esta definição, permeia-se a noção de qualidade de vida. No âmbito do processo saúde-doença, a crescente preocupação com a qualidade de vida vem de uma integração das grandes áreas das ciências com o intuito de se controlar sintomas, diminuir a mortalidade com o aumento da expectativa de vida (PEREIRA et al., 2012). Além disto, tal

termo, é amplamente utilizada tanto pela população como pelos meios midiáticos atualmente, seja pela própria significação da mudança do estilo de vida, seja pela propaganda de artefatos que prometem aprimorar a saúde dos indivíduos (GIMENES, 2013). No setor da saúde, o interesse se relaciona aos novos paradigmas que tem influenciado as políticas e práticas da área (SEIDL e ZANNON, 2004).

Ainda nesta conjuntura, segundo Campos e Rodrigues-Neto (2008), as definições de qualidade de vida englobam duas situações: uma onde a acepção liga-se a aspectos mais amplos, sem referências as disfunções ou agravos e outra relacionada as especificidades do estado de saúde. Rodrigues-Neto e Ferreira (2005) salientam que apesar de não ser um conceito novo, a qualidade de vida vem sendo usado em inúmeros contextos e, por isso, tem aumentando sua importância.

Assim, seu conceito propriamente dito, leva a uma gama de discussões por inúmeros autores. Em seus primórdios, o termo qualidade de vida, segundo Beck et al. (1999), surgiu antes de Aristóteles, sendo associado a outros conceitos como felicidade, virtude, “boa vida”, bem-estar, satisfação e aspiração. Para Minayo et al. (2000), qualidade de vida reflete-se em um conceito polissêmico e humano, o qual possui profunda relação com a vida familiar, amorosa, social, ambiental e com a própria existência humana, sendo uma síntese cultural dos elementos que são determinantes para os padrões de conforto e bem-estar.

Corroborando com tais pressupostos, a Organização Mundial da Saúde (1988), salienta que a qualidade de vida se baseia percepção da posição do indivíduo em sua vida, considerando a cultura e valores que são determinantes para ele, além de seus objetivos, expectativas e preocupações. Seidl e Zannon (2004) acrescentam que este termo é muito utilizado na literatura científica, apresentando escopos similares ao da conceituação geral, focando nas enfermidades e nas intervenções na área da saúde.

Nesta esfera, Romano (1993), afirma que a qualidade de vida engloba as dimensões quantitativa, que se expressa através das taxas de morbidade, mortalidade e de indicadores epidemiológicos basais, e qualitativa, vinculado a crenças e valores individuais. Nesta linha, considerando uma linha mais subjetiva, a qualidade de vida pode ser compreendida como a auto percepção da vida imersa em um sistema de valores, relacionadas aos objetivos almejados, expectativas, padrões e preocupações propagados pela sociedade (WHOQOOL, 1994).

Novamente, Beck et al. (1999), pondera que a própria natureza abstrata da definição da qualidade de vida explica a razão de diferentes visões para distintos indivíduos em determinadas épocas e sociedades, o que acaba por gerar e agregar valores e percepções díspares. Esta conjuntura acaba por dificultar sua mensuração.

Na mesma perspectiva Baraldi et al. (2015), sintetiza que a falta de uma explicação formal e ampliada não limita sua compreensão, bem como sua aplicação na área da saúde, mas ao contrário, norteia a conceituação de saúde pelo uso de indicadores que não se limitam apenas ao ser biológico.

Todavia, como ressalta Pereira et al. (2012), que ao se estudar a qualidade de vida, inúmeros estudos mostram-se limitados, pois somente atuam descrevendo os indicadores sem investigar o objetivo e a relação destes com a qualidade de vida dos indivíduos relacionados. Tal panorama desconsidera a própria subjetividade de cada ser humano ao avaliar sua própria condição de vida, o qual pode ser agregado dependendo dos valores de cada pessoa.

2.1.2 A Qualidade de Vida e o Processo de Envelhecimento

A qualidade de vida, bem como a saúde, no grupo etário dos idosos, sofrem a influência de inúmeros fatores, dentre eles, físico, psicológico, social e cultural. De tal maneira, avaliar e promover a saúde do idoso se reflete em considerar distintas variáveis, em uma atuação multidimensional (ANDERSON et al., 1998).

Assim, avaliar a qualidade de vida de um idoso permeia a utilização de diversos critérios que abordem as facetas biológica, psicológica e sociocultural, considerando que são inúmeros os fatores relevados na determinação do bem-estar nesta faixa de idade, tal como a longevidade, a própria saúde no âmbito biológico, cognição, condição social, renda, papéis da família, condição ocupacional, as relações entre amigos, dentre outras características (NERI, 1993).

De acordo com este contexto, Alencar et al., (2010), ao analisar a qualidade de vida de idoso que residem em áreas urbanas e rurais, concluiu não haver diferenciação, ou seja, um grupo que apresentasse um melhor status. Em outras palavras, isso se traduz que mensurar a

qualidade de vida, depende diretamente do modo como os indivíduos se sentem bem, sendo mais relacionado a subjetividade e intrínseco ao fator pessoal.

Conexo a estas bases, Xavier et al., (2003) argumenta que a qualidade de vida, na questão do envelhecimento, pode apresentar duas configurações bem demarcadas, ou muito adequada ou ruim, dependendo das questões que estão mais interligadas ao fator emocional bem como caracterizam sua condição vida, conforme já mencionado anteriormente. De tal maneiras, atividades diversificadas são de grande relevância para prover a qualidade de vida, e por consequência, sua saúde.

Os estudos de Pereira et al. (2011), determinaram que em condições sociodemográficas ruins, há grandes possibilidades de uma piora na qualidade de vida. Por isso, conforme já dito, é importante políticas públicas voltadas para pessoas expostas a situações perniciosas, assim como a inserção deste idoso na sociedade, e em atividades que possibilitem a melhora de suas visões em si próprios.

Neste sentido, Toscano e Oliveira (2009), citam que atividades físicas, sem cunho infantilizador são extremamente benéficos para a saúde mental e física, não devendo ser vistas e empregadas como métodos de ocupar o tempo livre ocioso. Na mesma linha Barham et al. (2010), pondera que os idosos estão em potencial risco com as perdas fisiológicas, de correntes da senescência, bem como na vulnerabilidade pelas demandas sociais, afetivas e econômicas. Os vínculos emocionais e as relações familiares estão diretamente afins com a qualidade de vida.

Já Linden Júnior e Trindade (2013), em um estudo com os idosos de um município da região sul brasileira, constatou que como o incremento da idade, há uma deterioração progressiva da qualidade vida, o qual não deve ser visto como natural, mas sim associado a outros fatores, como a presença de doenças, principalmente as crônicas, e as incapacidades advindas. Corroborando com estes achados, Oliveira-Campos et al. (2013), em seus estudos, confirmou a associação entre uma pior qualidade de vida e a presença de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.

Na mesma esfera, um estudo de Souza et al. (2016) determinou que idosos hipertensos possuem uma qualidade de vida mais comprometida principalmente nos eixos psicológicos e ambiental.

De qualquer maneira, retomando ao ponto inicial, o processo de envelhecimento pode ser uma experiência prazerosa e com uma boa qualidade de vida. Porém é errôneo contabilizar que exista só um único caminho: há diferentes padrões e estilos de vida com distintos comportamentos que influenciam tais pleitos. Por isso atividades diversificadas e ações que façam o idoso se sentir bem e útil são de sua importância, sempre levando em questão a heterogeneidade e complexidade social, biológico e econômica que a senescência trás (LIMA et al., 2008).

2.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

2.2.1. Panorama Geral

Retomando o contexto anterior, a transição demográfica, e por consequência, a epidemiológica, determinaram uma mudança no perfil de saúde da população com um rápido progresso, comparado a outros países, na prevalência das denominadas doenças crônicas não transmissíveis (TOSCANO, 2004). Reforçando essa premissa, Gottlieb et al. (2011), afirma que junto ao envelhecimento, há uma maior probabilidade do acometimento por doenças crônicas não transmissíveis, pelo simples fato da maior longevidade.

Neste âmbito, conceitualmente, as doenças crônicas não transmissíveis envolvem um grupo de moléstias majoritariamente que envolvem doenças cardiovasculares, metabólicas, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas, os quais podem apresentar fatores de risco comuns (ACHUTTI e AZAMBUJA, 2004). Barros et al. (2006), acrescenta que elas acompanham os indivíduos por um longo período de tempo, podendo apresentar momentos de pior ou melhora. Associado a estes dados, hoje as doenças crônicas não transmissíveis são a principal causa da incapacidade orgânica, bem como a razão da progressiva demanda a serviços de saúde, respondendo, assim, por grande parte dos gastos no setor (ALMEIDA et al., 2002).

Mundialmente, as doenças crônicas não transmissíveis são, atualmente, as principais motivações de óbito no campo da saúde, sendo que hábitos inadequados de alimentação

contribuem potencializando seus efeitos degenerativos (GOTTSLIEB et al., 2011). Segundo dados da OMC, elas consideradas o principal agente precursor de 59,5% das mortes em todo o globo terrestre, além de ser responsável por 45,9% da carga de doença, ou em outras palavras, dos anos de vida perdidos pela presença de uma doença crônica (OMC, 2003).

Além disto, na óptica brasileira, o envelhecimento combinado com a heterogeneidade socioeconômica tem se refletido em padrões distintos de morbimortalidade por doenças crônicas, fora as próprias especificidades de cada região e localidade, exigindo ações que respeitem e levem em consideração estas peculiaridades. Isso leva a situação referenciada na introdução, onde os serviços de saúde devem ser adaptados à nova realidade, com capacitação e inclusão de tecnologias aliadas a políticas públicas adequadas à nova realidade (BRASIL, 2006).

Assim, dentre as principais doenças crônicas não transmissíveis, destacam-se as de âmbito cardiovascular, diabetes e metabólicas, como as dislipidemias, as quais, são o foco da revisão e discussão deste estudo (SCHMIDT et al., 2011).

2.2.2 Fatores de risco para as DCNT

Os fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis podem ser classificados em modificáveis ou não. Dentre os fatores presentes na primeira modalidade estão inclusos hábitos pessoais, tal como ingestão de álcool, sedentarismo, tabagismo, estresse e o perfil nutricional. Já nos fatores não modificáveis, estão compreendidos a idade, os fatores hereditários e a etnia. Dentro desta perspectiva, é notável observar, ainda, que há uma clara correlação entre a senescência e o risco do desenvolvimento de enfermidades (CASADO et al., 2009).

Salientando ainda sua importância, Oliveira-Campos et al. (2013), determinou, em seus estudos, que o tabagismo, a obesidade e consumo excessivo de álcool estão relacionados a uma piora na saúde geral dos indivíduos. Além disto, segundo dados da OMC (2011), as mortes por tabagismo chegaram a 6 milhões ao ano, seguida pelo sedentarismo com 3,2 milhões, obesidade com 2,8 milhões e uso excessivo de álcool causando 2,3 milhões de óbitos ao ano.

No rol relacionado a obesidade e dislipidemias, Glaner et al. (2011), confirmou em seus estudos que a obesidade e o aumento da gordura na região abdominal estão relacionadas a aumento nas taxas lipídicas no sangue, confirmando que sua presença se relaciona ao desenvolvimento das doenças crônicas. Nesta mesma linha Gus et al. (2015), afirma que o aumento total de massa corpórea associada a má alimentação fazem com que a diabetes aumente sua perspectiva de abrangência. Além disto, complementa que a taxa de mortalidade do indivíduo diabético é maior, corroborando com os pressupostos expostos acima.

Quanto ao tabagismo, McEvoy et al. (2015), comprovou em suas pesquisas que fumantes possuem uma probabilidade de 70% maior, de desenvolverem doenças do âmbito coronariano, como arteriosclerose, além de contribuir para o aumento dos níveis pressóricos sanguíneos e aumentar a taxa de colesterol.

Corroborando com este panorama, o próprio tabagismo e o aumento da taxa lipídica na corrente sanguínea contribuem para uma disfunção do endotélio. Simplificadamente, estes fatores de risco podem provocar um aumento na permeabilidade lipoprotéica endotelial e, por consequência, provocar a retenção de lipídeos ao longo do espaço subendotelial. Este é o processo inicial da arteriosclerose, o qual pode originar complexos problemas cardiovasculares (XAVIER et al., 2013). Na mesma linha, Martins (1996), salienta que dietas pobres em nutrientes e mais lipídicas podem explicar, ainda, as prevalências de hipertensão na população.

Complementando esta discussão e corroborando com os dizeres desta seção, nos estudos de Leite-Cavalcanti et al. (2009), sobre a saúde de idosos, diagnosticou que dentre os fatores de risco mais observáveis estavam o sedentarismo (56,4%), ingestão de álcool (9,4%) e o tabagismo (4,3%), sendo que as doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes são a hipertensão arterial (56,4%), seguida pelas dislipidemias (33,3%) e o diabetes (20,5%).

Assim, perante este cenário, Malta et al., (2011) ressalta a relevância dos saberes e das informações advindas dos fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis para o desenvolvimento de políticas públicas adequadas, as quais, se refletem no apropriado atendimento à população.

2.2.3 Hipertensão Arterial

Conceitualmente, a 7ª Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2016), afirma que a hipertensão arterial é uma condição multifatorial com elevação pressórica igual ou acima de 90 ou 140 mmHg, as quais podem estar associadas a outras moléstias crônicas. Além disto, o seu desenvolvimento está relacionado à fatores de risco, os quais incluem idade, etnia, obesidade, sedentarismo, tabagismo, ingestão de sal, alcoolismo, fatores socioeconômicos e hereditários.

Mundialmente, ela é um dos problemas de saúde com as mais elevadas taxas de prevalência na população em geral, e em especial em pessoas idosas, sendo determinantes na morbimortalidade. (PESCATELLO et al., 2004; LIBERMAN, 2007). Na América Latina, entre os adultos, há uma prevalência de 29,6% em homens e 29,9% em mulheres. Nos idosos norte-americanos com idade entre 65 e 74 anos a prevalência estava entre 62,7% para os homens e 68% para as mulheres e para idosos acima de 75 anos, as taxas foram 76,4% e 79,9%, respectivamente (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).

Anexo a estes dados, salienta-se que o risco de se desenvolver hipertensão arterial aumenta com o envelhecimento, apresentando, na população em geral, uma prevalência de 60% nos países da Américas Latina e Caribe (KEARNEY et al., 2005). No Brasil, segundo Scala et al. (2015), a hipertensão abrangia 60% dos idosos, sendo ainda a causa de óbito, mesmo que indiretamente, em cerca de 50% dos casos. Além disso, suas complicações podem ainda ocasionar doenças cerebrovasculares, outros transtornos cardíacos e complicações renais (VII DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

Biológica e funcionalmente, a hipertensão arterial possui uma evolução silenciosa, progressiva e paulatina. Sua conduta clínica envolve desde mudanças de hábitos cotidianos, como a dieta e os comportamentos, até o próprio rigor terapêutico, quando prescrito pelo médico, com o intuito de se prevenir desfechos perniciosos a longo prazo, os quais envolvem mortalidade e lesões nos órgãos-alvo (GUSMÃO et al., 2009).

Em grande parte dos casos, pela problemática em questão ser assintomática, o idoso reluta em realizar o tratamento medicamentoso a rigor, podendo isso originar efeitos colaterais (LEME, 1998). Assim, dentre as possíveis complicações advindas pode-se

referenciar as moléstias cerebrovasculares, coronarianas, insuficiências cardíaca e renal, além das doenças vasculares das extremidades corpóreas (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL).

Deste modo, o conhecimento da hipertensão arterial tem como principal alvo a terapêutica precoce além da prevenção das complicações, afim de se evitar altos índices de morbimortalidade. Porém o tratamento não deve ser encarado somente como o controle de número, mas também da reversão de possíveis lesões em órgãos vitais (JOBIM, 2008).

Com a senescência o diâmetro da aorta aumenta e tanto ela como os demais vasos sanguíneos perdem sua elasticidade natural, pelo aumento do depósito de colágeno. Estas alterações, refletem no aumento da velocidade do fluxo sanguíneo, ocasionando maior pressão. Esta alteração, por sua vez, se reflete no enrijecimento das paredes do ventrículo esquerdo. Em outras palavras, há uma sequência de eventos que culminam no surgimento da hipertensão (WEI, 1992; IZZO, et al., 2000).

A conduta do tratamento medicamentoso deve considerar possíveis outros fármacos já utilizados, além da farmacocinética e farmacodinâmica do mesmo no indivíduo. Assim, para o tratamento há uma série de classes de medicamentos, cada um com suas características próprias. Dentre eles, destacam-se: Diuréticos, fármacos de primeira linha com baixo custo, os quais devem ser utilizados com moderação em idosos com incontinência urinária; Betabloqueadores, que são indicados para casos de taquiarritmias, insuficiência coronária e cardíaca, apresentando menos efeitos colaterais; Bloqueadores de cálcio, que reduzem eventos cerebrovasculares, aumentando a vasodilatação; Inibidores de ECA (enzima conversora de angiotensina), os quais possuem atividade semelhantes aos anteriores em idosos e Antagonistas de Angiotensina II, com ação semelhante e com menor risco de efeitos colaterais, retardando lesões de âmbito renal (MIRANDA e PERROTI, 2002; VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

Nesta perspectiva, em uma pesquisa realizadas por Akashi et al. (1998), determinou que os fármacos anti-hipertensivos mais usados eram os diuréticos seguidos pela metildopa, inibidores de ECA, bloqueadores de canais de cálcio e propranolol. Corroborando com estes dados, na pesquisa de Gontijo et al. (2012), a classe de medicamentos mais utilizados eram, também, os diuréticos, e dentre eles, o mais usado foi o Hidroclorotiazida. Após os mais usados foram Enalapril (inibidores de enzima conversora de angiotensina), Nifedipina

(bloqueadores de canais de cálcio), Propanolol (betabloqueadores) e Losartana (antagonistas de receptores de angiotensina). Além disso, um fato encontrado a se considerar neste estudo é a não utilização de nem um medicamento, mesmo com a hipertensão comprovado por falta de condições socioeconômicas, tanto pessoal como falta no SUS e mesmo pois houve melhora dos sintomas.

Nos achados de Schroeter et al. (2007), a sequência de fármacos mais usados foi inibidores de ECA, betabloqueadores, diuréticos, bloqueadores de canais de cálcio e antagonista de receptor de angiotensina. Além disso, a maioria dos idosos, (40,1%) fazia uso de dois medicamentos no controle da hipertensão.

2.2.4 Diabetes Mellitus

O diabetes mellitus é uma disfunção metabólica de múltipla etiologia caracterizada por hiperglicemia crônica resultante da deficiência na secreção de insulina, ação da insulina ou ambos (TOSCANO, 2004). Nesta questão, chama-se a atenção para o fato do aumento de sua prevalência estar associado ao aumento dos casos de obesidade, mas também como resultado da maior esperança de vida (HARRIS, 1998). O diabetes pode se apresentar na forma 1, ocasionada pela deficiência de insulina pela deficiência das células beta pancreática ou do tipo 2, pela resistência à insulina ou advindo de problemáticas secretórias (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2006). Porém, segundo dados da Sociedade Brasileira de Diabetes, cerca de 90% dos casos correspondem ao tipo II da enfermidade.

Um ponto essencial a se considerar é a condição assintomática que está moléstia pode apresentar por um longo período, e, por isso, seu diagnóstico precoce possibilita intervenções preventivas, o que poderia minimizar suas implicações (TOSCANO, 2004). Aliado a esta questão, Barreto (1997) salienta que metade da população idosa desconhece ser portadora desta doença, o que a expõe a complicações como a hiperglicemia e hiperinsulinemia.

Assim, avaliando dados científicos, nos estudos de Coeli et al. (2002) e Francisco et al. (2010), demonstraram a associação entre o aumento dos anos vividos, sua maior prevalência e maior risco de óbito. Corroborando com estes dados, os estudos de Malerbi et al. (1992) apresentaram que na faixa etária de 60 a 69 anos, na época, a doença apresentava uma

prevalência de 17%, sendo que 11% já demonstravam tolerância à glicose diminuída, ou seja, uma fase inicial antes da diabetes. Francisco et al. (2010), ao estimar a diabetes auto referida, determinou uma prevalência de 15,4% em idosos. Na mesma linha no Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, realizada na cidade de São Paulo, a diabetes auto referida ficou em 17,9% (LEBRÃO, 2003).

Já nos estudos de Bosi et al. (2009), acrescenta que em seus estudos a Diabetes Mellitus apresentou prevalência de 13,5%, enquanto a tolerância a glicose diminuída, ficou em 5%. Em outra pesquisa, de base populacional, a diabetes auto referida e confirmada por laboratório ficou em 7,1% (COSTA et al., 2006). Anexo a estes dados, segundo Wild et al. (2004), até 2030 o Brasil contará com cerca de 9 milhões de pessoas diagnosticadas com diabetes, ocupando a sexta posição mundial.

Ademais, outras complicações advindas da diabetes incluem doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, dos vasos periféricos, além de retinopatia, nefropatia e neuropatia (COELI, et al., 2002; FRANCISCO et al, 2010). Scheffel et al. (2004), ao analisar as complicações crônicas advindas do diabetes, encontrou que, dentre as macrovasculares destacavam-se a cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral e doenças vasculares periféricas e dentre as microvasculares, nefropatia diabética, neuropatia sensitiva distal e retinopatia diabética.

Também Viegas-Pereira et al. (2008), alerta para a associação com problemáticas cardiovasculares, inclusive a hipertensão arterial. O mesmo foi confirmado por Leco et al. (2003), onde afirma que o diabetes está associado não somente ao infarto agudo e cerebral, mas ao aumento da aterosclerose e trombose, bem como gangrenas de membros inferiores, sendo sua incidência duas vezes maiores que na população não diabética.

Nesta perspectiva, Beckham et al. (2002) acrescenta que as principais causas de óbito de indivíduos diabéticos são complicações advindas de eventos cardiovasculares agudos, como infarto do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais, seguido de complicações circulatórias, conforme explicitado acima. Segundo. Já Coeli et al. (2001), cerca de 10% dos óbitos em idosos no Rio de Janeiro foram em consequência ou relacionados, a presença desta moléstia.

Desta forma, a partir do panorama apresentado, Viegas-Pereira et al. (2008), afirma que o aumento da prevalência no Brasil pode ser atribuído a transição demográfica e

epidemiológica somados aos processos de industrialização e urbanização ao longo das décadas.

2.2.5 Dislipidemias

Segundo a V Diretrizes Brasileiras de Dislipidemias (2013) , no metabolismo lipídico, são importantes, biologicamente, os fosfolipídios, constituintes das membranas celulares; o colesterol, precursor de substâncias como hormônios, bile vitamina D e responsável por ativar enzimas; as triglicérides, forma ativa de reserva de energia e os ácidos graxos, advindos da alimentação, podendo ser saturados, com uma única ligação entre seus átomos de carbonos, ou mono e poli-insaturados, conforme a quantidade de duplas ligações. Por exemplo, o ômega 3 e 6 são ácidos graxos poli-insaturados.

Biologicamente, dislipidemia é um quadro caracterizado como um conjunto clínico de concentrações atípicas de lipídios ou lipoproteínas no sangue, como triglicérides, colesterol e, lipoproteínas de alta e baixa densidade – HDL e LDL (FRANCA e ALVES, 2005). Ela pode ser classificada, conforme a V Diretrizes Brasileiras de Dislipidemias (2013) em hipercolesterolemia isolada com elevação LDL igual ou maior que 160 mg/dl; hipertrigliceridemia isolada com elevação dos triglicérides igual ou maior que 150 mg/dl; hiperlipidemia mista, quando há hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia; HDL baixo, menor igual a 40 mg/dl em homens e 50 mg/dl em mulheres, devido ao aumento do LDL e/ou dos triglicérides. Em vista desta classificação e da relevância do controle lipídico no sangue, estudos norte-americanos mostram que níveis de colesterol total acima de 240 mg/dl são o maior risco ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares (NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, 2004).

Frente ao cenário exposto acima, exemplificando a ação do colesterol, concentrações elevadas de LDL na corrente sanguínea fazem com que ela entre do endotélio dos vasos sanguíneos e libere radicais livres, o que por fim, lesionam o próprio endotélio e a musculatura vascular. Com o avanço deste processo, pode haver a formação da aterosclerose (DIAZ et al., 1997). Aliado a isso, no geral, tais condições acabam por formar blocos lipídicos

(ateromas) que se depositam nas paredes do endotélio, obstruindo a passagem do fluxo sanguíneo (FRANCA e ALVES, 2006).

A luz de estudos científicos, em Souza et al. (2006), a prevalência total de dislipidemias ficou em 24,2%, sendo observadas hipercolesterolemia em 4,2%, LDL-c em 3,5%, HDL-c em 18,3% e hipertrigliceridemia em 17,1%. Além disso, ao considerar as faixas etárias a prevalência entre indivíduos de 50 a 59 anos ficou em 37,7%, havendo uma decaída para 31% para a faixa etária acima de 70 anos. Porém, sempre com valores acima da prevalência geral. Concomitante a isso, observa-se a presença do diabetes em 16,2% dos indivíduos com alguma alteração lipídica.

Em outro estudo realizado em Salvador em indivíduos adultos, resultou na prevalência de 24% de hipercolesterolemia, 27,6% com hipertrigliceridemia, para homens e uma taxa de 30% e 31,1%, respectivamente, para mulheres (LESSA et al., 1997). Já em um estudo realizado no Rio de Janeiro, a prevalência de dislipidemias gerais foi de 24,2% em adultos, havendo uma correlação positiva dela com aumento da faixa etária. Moretti et al. (2009), ao realizar uma pesquisa com enfoque em idosos, determinou que somente 9,23% das mulheres e 17,65% dos homens não apresentavam dislipidemias, corroborando com os achados anteriores. Ademais, dentre o total de idosos 70% apresenta ao menos sobrepeso, havendo correlação com a presença da alteração lipídica no sangue a alteração de massa corporal.

Geralmente utiliza-se o tratamento medicamentoso sozinho ou aliado ao não medicamentoso, o qual inclui perda de peso, redução de alimentos com ácidos graxos saturados, ingestão alimentos ricos de fitoesteróis, fibras solúveis e aumento da atividade física (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE DISLIPIDEMIAS, 2013).

Deste modo, dentre os fármacos utilizados para o controle dislipidêmico, destacam-se sinvastatina e benza fibratos (SANTOS DA SILVA et al., 2013; PETRIS et al., 2016).

2.3 POLIFARMÁCIA

Conceitualmente, polifarmácia possui dois significados base: uso concomitante de fármacos por contagem simplificada ou uso de mais medicamentos que os clinicamente

prescritos (NUNES et al., 1999). Para tanto, também se considera que o uso de medicamentos fitoterápicos, assim como vitaminas e minerais em geral comumente não são incluídos nesta contagem (MEDEIROS-SOUZA et al., 2007).

Ainda neste panorama, dentre outros eventos, podem ocorrer as denominadas interações medicamentosas, as quais, resultam na alteração do efeito do fármaco, sendo que este pode resultar na diminuição, anulação ou aumento de seu efeito (LIMA e CASSIANI, 2009).

De modo sucinto, Pereira et al. (2006), traz um esquema prático que resume as fases de ação farmacológica. Primeiramente na fase farmacêutica, há a desintegração do princípio ativo e sua dissolução. Na fase farmacocinética, há a sua absorção, distribuição, metabolização e excreção. Por fim, na fase farmacodinâmica, ocorre a interação do medicamento com o tecido ou órgão alvo, o qual trará o efeito esperado pelo seu uso.

Neste contexto, ressalta-se o uso de medicamentos, considerado uma epidemia entre os idosos no cenário atual, o qual está associado ao aumento da prevalência de doenças crônicas e das próprias consequências da senescência (SECCOLI, 2010). Estudos comprovam que com o aumento da expectativa de vida e das doenças crônicas não transmissíveis, assistência médica contínua e os medicamentos passar a ter um papel importante na vida dos idosos (MACHADO et al, 2012). Neste panorama, salienta-se que cerca de 14% dos custos da área da saúde estão conexos ao tratamento medicamentoso, sendo que mais de um quarto está relacionado aos idosos, os quais podem chegar a consumir três vezes mais medicamentos que uma pessoa jovem ou adulta (GOMES e CALDAS, 2008).

Machado et al. (2012), em seus determinou uma taxa de polifarmácia em 36% dos idosos, dos quais utilizavam mais de cinco medicamentos diariamente, sendo ainda associada com o aumento da idade. Além disto, no mesmo estudo, as hospitalizações foram associadas a estes idosos, podendo se considerar que neles há uma piora do quadro de saúde geral. Em um estudo semelhante, 72% dos idosos utilizavam ao mínimo dois medicamentos diários e 14,3% faziam uso de cinco. Semelhante ao outro estudo, o número aumentava com o progresso dos anos (LOYOLA-FILHO, 2006).

Em outra pesquisa do mesmo autor, as os mesmos achados foram corroborados: 70,4% dos idosos faziam de uso ao menos dois medicamentos, 44,8% de dois a quatro e 25,5% de ao menos cinco. Dado interessante aqui foram as associações significativas do uso

medicamentoso com baixa disfunção cognitiva, situação conjugação, gênero, número de doenças crônicas não transmissíveis, incapacidades funcionais, número de consultas médicas e intervenções hospitalares nos últimos 12 meses (LOYOLA-FILHO, 2008).

Na mesma linha, nos estudos de Marin et al. (2008), somente 14,3% não faziam uso de medicamentos e 15,9% utilizavam somente um ao dia. Lima e Cassiani (2009) também atribuíram aos idosos o maior número de distintos fármacos utilizados, podendo haver ainda aqui potenciais interações medicamentosas.

Dentre os medicamentos mais utilizados, destacam-se os relacionados ao sistema cardiovascular, como os diuréticos, inibidores de renina-angiotensina, betabloqueadores, bloqueadores de canais de cálcio e cardioterápicos. Relacionados ao metabolismo, destaca-se medicamentos para diabetes. Para problemas sanguíneos, os antiplaquetários e contra anemias (LOYOLA-FILHO, 2006). Em estudo com idosos institucionalizados, Lucheti et al. (2010), os medicamentos mais utilizados foram os cardiovasculares, seguido pelos psicotrópicos, gastrointestinais e por fim vitaminas. Em outro estudo com idosos de áreas urbanas do Nordeste, dentre os medicamentos mais utilizados há os cardiovasculares (29,3%), seguidos pelos associados a distúrbios do sistema nervoso (13,5%), ao metabolismo (12,6%) e relacionados ao trato alimentar (12,3%) (COELHO-FILHO et al, 2004). Uma relevância a se considerar é o papel dos medicamentos cardiovasculares, os quais estão sempre dentre os mais usados e este grupo terapêutico possui efeitos e interações adversas mais potenciais aos idosos (COELHO-FILHO et al., 2004)

Todavia, apesar de a proporção de medicamentos empregados ser um indicador de prescrição e assistência médica, a exposição a inúmeros fármacos não é necessariamente reflexo de uma possível ineficiência ou mesmo de uma prescrição inadequada, já que em um mesmo indivíduo podem haver mais de uma moléstia, com diversos fatores intrínsecos. Em qualquer caso, é considerável ponderar que a polifarmacoterapia favorece o surgimento de sinergismo e antagonismos indesejáveis, ou seja, situações benéficas e maléficas para o indivíduo, os além de interferir na terapêutica do tratamento, podendo determinar gastos desnecessários (ROZENFELD, 2003).

Neste ponto, Gomes e Caldas (2008), também salientam que as alterações fisiometabólicas, reações atípicas, prescrições inadequadas e a não observação de esquemas terapêuticos podem auxiliar na maior toxicidade farmacológicas para a pessoa idosa.

Além disto, Hayes et al. (2007) disserta que o próprio processo de envelhecimento, através das transformações morfofisiológicas, pode alterar os mecanismos farmacológicos de ação dos medicamentos, podendo estes apresentar uma maior duração, efeitos tanto maximizados como minimizados que os usualmente, além da própria toxicidade aumentada conforme explicado anteriormente.

De qualquer maneira, a terapia medicamentosa em idosos deve ser encarada como uma atuação estratégica justamente para tentar compensar, mesmo que minimamente, as transformações advindas do processo de envelhecimento ou mesmo para o controle das doenças crônicas não transmissíveis e outras moléstias (MARIN et al., 2008).

3 PROPOSIÇÃO

3 PROPOSIÇÃO

3.1 GERAL

- Caracterizar e analisar a presença da polifarmácia em idosos de uma cidade do interior paulista, averiguando presença de doenças crônicas não transmissíveis.

3.2 ESPECÍFICAS

- Verificar o uso de medicamentos, bem como a presença e os níveis de polifarmácia nos idosos;
- Verificar a presença de doenças crônicas não transmissíveis e outras morbidades;
- Caracterizar a qualidade de vida geral dos idosos;
- Verificar a associação entre o número de medicamento utilizados e o aumento dos níveis de polifarmácia;
- Verificar a associação entre polifarmácia e a qualidade de vida.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado primeiramente, a Secretaria de Saúde de Duartina, Estado de São Paulo, e somente após prévia aprovação, foi submetido ao Comitê de ética da FOB USP. Após esta fase, o mesmo projeto foi encaminhado para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FOB USP e teve aprovação sob o parecer 1513035, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 54859216.7.0000.5417 (Anexo A).

Além disso, durante o andamento da pesquisa, ressalta-se que somente aqueles que concordarem em participar assinará o termo de consentimento livre e esclarecido, TCLE (anexo B). Assim, o presente trabalho só foi iniciado após todas as comprovações éticas serem aprovadas, reafirmando a premissa de conservação física, social e emocional dos indivíduos que compor-irão à amostra. O presente trabalho apresentou como locais de pesquisa os três Postos de Saúde da Família e a Farmácia Social do Município de Duartina, São Paulo.

4.2 AMOSTRA

A amostra foi composta pelos idosos residentes da cidade de Duartina, São Paulo. A partir dos dados do Censo Demográfico do IBGE de 2010, a população de Duartina era estimada em 12.251 pessoas. Assim, ao realizar o cálculo amostral para uma população finita, considerando-se um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5% chegou-se ao total de 241 indivíduos.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para participar desta pesquisa, além de lerem, concordaram e assinaram o TCLE (anexo C), os indivíduos deveriam apresentar idade igual ou superior a 60 anos, corroborando com o objetivo do trabalho de identificar o perfil epidemiológico dos idosos. Os dados foram obtidos por meio que questionários realizados e descritos nos tópicos a seguir.

4.4 PROCEDIMENTOS INICIAIS, IDENTIFICAÇÃO DAS DCNT

Após a assinatura do TCLE, a primeira etapa constitui-se da aplicação de uma breve anamnese geral, formulada pelo pesquisador, visando a caracterização geral da amostra, incluindo, gênero, peso, altura, idade, nível de escolaridade, estado civil, e uso de álcool e tabaco. Além disso, também se questionou sobre a presença das principais DCNT que acometem idosos, como HÁ, Diabetes, dislipidemias, osteoporose, artrite/artrose ou outra não mencionada. (Anexo C).

4.5 IDENTIFICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Nesta etapa, optou-se por utilizar-se a seção E, referente aos medicamentos, do Questionário SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. Tal escolha se justifica no intuito de se verificar os medicamentos utilizados, incluindo o uso a necessidade de se fracioná-lo e por qual meio consegue o fármaco (sistema público, programas sociais, plano médico ou outros) (ANEXO D)

4.6 ANÁLISE DA PRESENÇA DA POLIFARMÁCIA

A análise da polifarmácia foi realizada por meio das informações obtidas do questionário de fármacos utilizados, as quais foram passadas e analisadas através da base de dados da *Drugs.com*, analisando-se todos os medicamentos citados pelo idoso, doía a dois, incluindo-se os advindos da automedicação, sendo que as mesmas serão classificadas quanto à potencialidade de ação: interação grave, moderada, leve e sem interação. Além disso, também optou por se seguir a classificação da maioria dos estudos científicos, os quais consideram a polifarmácia com o uso concomitante de ao menos 5 medicamentos ao dia (ROZENFELD 2003; COELHO-FILHO 2004).

4.7 QUALIDADE DE VIDA

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o WHOQOL-Bref, baseando-se em pesquisas recentes de diversos autores (OLIVEIRA 2006, CAMELO 2010, GIL 2010, CARNEIRO 2014). O mesmo é uma versão abreviada em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. Esse instrumento contém 26 questões distribuídas em quatro domínios: relações sociais, psicológico, físico e meio ambiente, além de um domínio que analisa a qualidade de vida global. Cada domínio é composto por questões cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5. A soma dos escores finais médios de cada domínio dependente, podia variar entre 4 e 20. Apesar de o instrumento em questão ser autoaplicável, optou-se pela entrevista direta, dada a dificuldade de leitura ou os problemas, como os visuais, comuns em idosos (FLECK et al., 200) (ANEXO E).

4.8 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Utilizou-se o coeficiente de Correlação de Spearman para se comparar os níveis da polifarmácia com a qualidade de vida. Além disso, para se comparar a quantidade de fármacos utilizados ao dia com os níveis da polifarmácia, utilizou-se a Correlação de Pearson.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 DISTRIBUIÇÃO AMOSTRAL

Um total de 246 indivíduos participaram deste estudo, dos quais 40,7% eram do gênero masculino e 59,3% do gênero feminino. A idade média foi de 66,4 anos, com limites superior e inferior, respectivamente, de 60 e 94 anos. Analisando-se por gênero, a média de idade masculina foi de 63,7 anos, enquanto a da feminina, de 69 anos. A tabela 1, a seguir, apresenta a distribuição dos participantes por gênero, grau de escolaridade e estado civil.

Tabela 1 - Frequências absoluta e relativa quanto ao gênero, grau de escolaridade e estado civil dos idosos, Duartina, SP, 2017.

	n	%
GÊNERO		
Masculino	98	40,7%
Feminino	143	59,3%
GRAU DE ESCOLARIDADE		
Fundamental Incompleto	50	20,7%
Fundamental Completo	77	32%
Médio Incompleto	29	12%
Médio Completo	64	26,6%
Ensino Superior	21	8,7%
ESTADO CIVIL		
Solteiro	39	16,2%
Casado	131	54,4%
Divorciado	37	15,3%
Viúvo	34	14,1%
TOTAL	241	100%

Além dos dados acima apresentados, ressalta-se que 66 (27,4%) indivíduos afirmaram fazer uso de tabaco e 84 (34,9%) relataram fazer uso de álcool cotidianamente.

5.2 PRESENÇA DE DOENÇAS

Na tabela 2, a seguir, observa-se a presença das DCNT por faixa etária. Dentre estas destaca-se a elevada presença de hipertensão arterial, das dislipidemias e de artrite/artrose. Porém considera-se também, baixa citação de osteoporose, outras doenças cardíacas e diabetes. Ao menos 102 idosos (42,3%) relataram a presença de artrite, artrose ou osteoporose. Do tópico “outras moléstias”, 48 idosos (19,9%), citou-se depressão.

Tabela 2 - Frequências relativas quanto a presença de doenças crônicas não transmissíveis dos idosos, por faixa etária, Duartina, SP, 2017.

DCNT		60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 a 89 anos	≥ 90 anos	TOTAL
Hipertensão Arterial	SIM	100 (41,5%)	55 (22,8%)	30 (12,4%)	12 (5%)	197 (81,7%)
	NÃO	31 (12,9%)	11 (4,6%)	2 (0,8%)	0 (0%)	44 (18,3%)
Diabetes Mellitus	SIM	28 (11,6%)	20 (8,3%)	19 (7,9%)	5 (2,1%)	72 (29,9%)
	NÃO	95 (39,4%)	40 (16,6%)	19 (7,9%)	15 (6,2%)	169 (70,1%)
Dislipidemias	SIM	89 (36,9%)	49 (20,4%)	22 (9,1%)	12 (5%)	172 (71,4%)
	NÃO	39 (16,1%)	11 (4,6%)	9 (3,7%)	10(4,2%)	69 (28,6%)

Por conseguinte, na tabela 3, é apresentado a distribuição das doenças crônicas não transmissíveis divididas por gênero. Destaque para o fato do gênero feminino ser mais acometido pelas moléstias, em todas as DCNT.

Tabela 3 - Distribuição das doenças crônicas não transmissíveis por gênero, dos idosos, Duartina, SP, 2017.

DCNT	Masculino	Feminino	Sem Doença	Total
Hipertensão Arterial	71 (29,4%)	126 (52,3%)	44 (18,3%)	241 (100%)
Diabetes Mellitus	28 (11,6%)	44 (18,3%)	169 (70,1%)	241 (100%)
Dislipidemias	64 (26,6%)	108 (44,8%)	69 (28,6%)	241 (100%)

5.3 FÁRMACOS E POLIFARMÁCIA

Na tabela 4, destaca a quantidade de medicamentos utilizados diariamente pelos idosos. Dos 241 indivíduos, somente 3 afirmaram não utilizar quaisquer medicações. A média de fármacos por idoso ficou em 3,3.

Tabela 4 – Quantidade de fármacos distintos utilizados diariamente pelos idosos, Duartina, SP, 2017.

Quantia de Fármacos	n	%
1	27	11,3%
2	37	15,6%
3	62	26,1%
4	58	24,3%
5	16	6,7%
6	20	8,4%
7	18	7,6%
Total	238	100%

Na tabela 5, destaca-se os fármacos utilizados classificados por moléstias e queixas observadas neste estudo. Enfatiza-se a elevada variedade fármacos cardíacos.

Tabela 5 - Frequências de uso fármacos por problemática utilizados pelos idosos, Duartina, SP, 2017.

Problemática / n (%)	Fármacos utilizados	Masculino	Feminino
Dor / n = 204 (84,6%)	Paracetamol	9 (4,4%)	46 (22,5%)
	Dipirona Sódica	32 (15,7%)	72 (35,3%)
	Diclofenaco	20 (9,8%)	25 (12,3%)
Dislipidemias / n = 172 (71,3%)	Sinvastatina	49 (28,5%)	90 (52,3%)
	Atorvastatina	15 (8,7%)	18 (10,5%)
Insônia/ Depressão n = 108 (44,8%)	Lorazepam	20 (18,5%)	14 (13%)
	Diazepam	39 (36,1%)	35 (32,4%)
Diabetes / n = 72 (29,9%)	Cloridrato de Metformina	21 (29,2%)	29 (40,3%)
	Insulina	12 (16,7%)	10 (13,8%)
Anticoagulantes / n = 76 (31,5%)	Bissulfato de Clopidogrel	20 (26,3%)	56 (73,7%)
Osteoporose / n = 96 (39,8%)	Cálcio	55 (57,3%)	41 (42,7%)
Hipertensão / n = 197 (81,7%)	Hidroclorotiazida e Atenolol	5 (2,5%)	13 (6,6%)
	Hidroclorotiazida e Captopril	2 (1,1%)	0 (0%)
	Losartana Potássica	67 (34%)	73 (37%)
	Captopril	13 (6,6%)	10 (5%)
	Atenolol	5 (2,5%)	2 (1,1%)
	Propanolol	4 (2,1%)	3 (1,5%)

Quanto a polifarmácia, a mesma foi analisada nos 211 indivíduos que utilizam mais de um medicamento diariamente. Para fins de um padrão de medição, os medicamentos foram primariamente classificados em pares, para se obter as possíveis interações medicamentosas. O gráfico 1, a seguir, demonstra as interações medicamentosas, divididas nas 4 categorias: sem interação, leve, moderada e alta.

Gráfico 1 – Níveis de classificação da polifarmácia, nos idosos, Duartina, SP, 2017.

Porém, considerando a literatura científica, onde a polifarmácia ocorre com o uso de ao menos cinco fármacos ao dia, considera-se de 22,7% dos idosos, entram nesta situação. Dentre estes, considerando-se a classificação acima exposta, todos apresentam, no mínimo, interação de nível moderado.

Na tabela 6 abaixo demonstra as interações medicamentosas nos níveis elevado e moderado, ressaltando-se que não houve nem uma interação no nível leve, conforme evidenciado no gráfico acima. Já a tabela 7 demonstra as combinações de medicamentos, as quais, não apresentaram interação farmacológica.

Tabela 6 – Polifarmácia classificada como interações elevadas e moderadas, dos idosos, Duartina, SP, 2017.

Polifarmácia	Fármacos
Nível Elevado	Omeprazol e Bissulfato de Clopidogrel
	Captopril e Losartana
Nível Moderado	Diclofenaco e Atenolol
	Diclofenaco e Captopril
	Diclofenaco e Propanolol
	Diclofenaco e Losartana Potássica
	Diclofenaco e Hidroclorotiazida

	Diclofenaco e Bissulfato de Clopidogrel
	Hidroclorotiazida e Carbonato de Cálcio
	Hidroclorotiazida e Cloridrato de Metformina
	Hidroclorotiazida e Atenolol
	Hidroclorotiazida e Captopril
	Hidroclorotiazida e Omeprazol
	Cloridrato de Metformina e Captopril
	Insulina e Losartana Potássica
	Insulina e Captopril
	Losartana Potássica e Lorazepam
	Omeprazol e Atorvastatina
	Diazepam e Losartana Potássica
	Diazepam e Atenolol
	Diazepam e Omeprazol
	Diazepam e Captopril
	Diazepam e Hidroclorotiazida
	Omeprazol e Sinvastatina

Tabela 7 – Polifarmácia classificada como sem interação, dos idosos, Duartina, SP, 2017.

Fármaco Base	Fármacos combinados ao base
Omeprazol	Captopril
	Losartana Potássica
	Hidroclorotiazida
	Atorvastatina ou Sinvastatina
Atorvastatina ou Sinvastatina	Captopril
	Losartana Potássica
	Hidroclorotiazida
	Atenolol
	Propanolol
Insulina	Captopril
	Hidroclorotiazida
Cloridrato de Metformina	Hidroclorotiazida
	Atenolol
Carbonato de Cálcio	Captopril
	Losartana Potássica
	Hidroclorotiazida
	Atenolol
	Propanolol

	Diclofenaco
	Omeprazol

Retirando-se a interação com a hidroclorotiazida, o carbonato de cálcio não apresentou interação com mais nem um fármaco. O mesmo com o bissulfato de clopidogrel que somente apresentou interações com o omeprazol. Por sua vez, este além da já citada interação, já apresentou outras interações com atorvastatina e sinvastatina. Estas últimas também, retirando-se o omeprazol, não demonstraram outras polifarmacologias, principalmente com medicamentos anti-hipertensivos, os quais, são muito utilizadas.

Quantas as interações medicamentosas, na relação entre Omeprazol e Bissulfato de Clopidogrel, o primeiro diminui a ação do segundo. Já na relação Captopril e Losartana Potássica, há uma potencialização exacerbada da ação anti-hipertensiva, sendo que há risco do desenvolvimento de hipercalemia, ou seja, excesso de sais de potássio na corrente sanguínea, o que afeta diretamente a função renal e o ritmo cardíaco.

Nas relações medicamentosas de nível moderado, na relação do Diclofenaco com os diversos anti-hipertensivos, há ação do primeiro que acaba por minimizar a ação do fármaco cardíaco, sendo que no caso do Captopril e da Hidroclorotiazida, há risco de afetar-se, inclusive, a função renal. Já no caso de uso concomitante de Diclofenaco com o Bissulfato de Clopidogrel, pode haver riscos de hemorragias na região abdominal.

Na mesma linha, o uso da Hidroclorotiazida com os anti-hipertensivos, há uma potencialização dos mesmos, sendo que no caso do Atenolol, afeta-se o ritmo cardíaco, que tende a se tornar menor. Já o seu uso com Omeprazol pode ocasionar hipomagnesemia, ou seja, falta de magnésio no sangue. Com o Cálcio, ocorre um aumento no plasma sanguíneo de cálcio. Com o Cloridrato de Metformina, pode-se elevar as taxas de glicose no sangue.

No caso específico da Losartana, seu uso com Lorazepam ou Cloridrato de Metformina potencializa seus efeitos, sendo que no segundo pode haver situações de hipoglicemia. O Cloridrato de Metformina com Captopril, aumenta a ação do segundo.

Quanto ao Diazepam, o mesmo se interage com todos os anti-hipertensivo, fortalecendo a ação anti-hipertensiva, e com o omeprazol, há um fortalecimento de sua ação, aumento sua concentração no plasma sanguíneo. Por fim, o uso de Omeprazol com Sinvastatina ou Atorvastatina pode aumentar a função de ambas e ocasionar lesões no miocárdio, isso a longo prazo.

Na análise da Correlação de Pearson, com o aumento do número de medicamentos utilizados, houve aumento do nível da intensidade da polifarmácia ($r = 0,81$ e $p < 0,0001$).

5.4 QUALIDADE DE VIDA

Com relação a qualidade de vida, a tabela 8, a seguir, demonstra a mesma dividida pelas áreas do questionário. Destaca-se que todos os âmbitos apresentaram índices de qualidade de vida com elevados scores. Destaca-se que os piores índices ficaram com dor e desconforto, dependência de medicamentos e/ou tratamentos e sentimento negativos.

Tabela 8 - Média, desvio padrão e valores máximo e mínimo dos domínios avaliados da qualidade de vida dos idosos, Duartina, SP, 2017.

Domínio	Média	Desvio Padrão	Valo Mínimo	Valor Máximo
Físico	15,54	0,56	14,29	16,57
Psicológico	14,96	1,19	13,33	18,00
Social	14,13	0,86	12,00	16,00
Ambiental	13,78	0,78	12,00	15,50
Auto Avaliação	14,53	1,60	10,00	16,00
Total	14,62	0,47	13,85	15,69

Os gráficos 2 e 3, abaixo, demonstram os resultados descritivos do WHOQOL-Bref por domínios e qualidade de vida geral.

Gráfico 2 – Qualidade de Vida, por domínios, dos idosos, Duartina, SP, 2017

Gráfico 3 – Características dos domínios da qualidade de vida dos idosos, Duartina, SP, 2017

Por fim, ao se correlacionar, com teste de Correlação de Spearman, os níveis da polifarmácia com a qualidade de vida geral, houve uma relação estatisticamente significativa, com $p = 0,03$ e $r = -0,57$, ou em outras palavras, há uma correlação negativa, onde com a diminuição dos níveis de polifarmácia, há uma elevação da qualidade de vida.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A transição demográfica, fator embrionário do processo de envelhecimento populacional, já é uma realidade no Brasil, assim como em outros países, sejam eles desenvolvidos ou não. Isso significa que, envelhecer não é mais privilégio de um grupo seletivo de indivíduos, independentemente se as condições sociais, econômicas e mesmo as de saúde não estejam distribuídas uniformemente (VERAS, 2009; FECHINE e TROMPIERI, 2012).

Em vista destas transformações e deste processo se apresentar em um movimento acelerado no Brasil, Veras (2009), destaca que em menos de 40 anos o perfil juvenil de moléstias, se modificou para um perfil de enfermidades complexas e onerosas, característicos de países longevos. Por isso, o perfil crônico e múltiplo destas doenças tem se expandido, exigindo cuidados constantes, medicação múltipla e contínua, além de exames periódicos. Tal panorama, por si só, apresenta a perspectiva das justificativas deste estudo.

Com relação aos aspectos demográficos, 59,3% da amostra foi composto por indivíduos do gênero feminino. Tal situação é comum em estudo de âmbito epidemiológico, considerando-se que as idosas possuem maior expectativa de vida aliado a maior procura aos serviços de saúde, comparados aos idosos. (TOMASI et al., 2004; IBGE, 2010, VARELA et al., 2015). A idade média da amostra ficou em 66,4 anos, sendo que o gênero masculino apresentou 63,7 anos de média e o feminino, 69 anos.

Quanto ao grau de escolaridade, 52% afirmaram possuir ensino fundamental incompleto ou completo, enquanto somente, 8,7% afirmaram possuir superior completo. A baixa escolaridade é comum entre idosos (VARELA et al., 2015), corroborando com os dados deste estudo.

No estado civil, 54,4% disseram ser casados, sendo que solteiros, divorciados e viúvos, apresentaram índices de, respectivamente, 16,2%, 15,3% e 14,1%. Tais dados também corroboram parcialmente com os de Varela et al. (2015) e Maciel e Guerra (2007), já que apesar de apresentarem índices semelhantes de sujeitos casados, o número de viúvos neste estudo apontou índices inferiores.

6.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A mudança no perfil demográfico das populações tem ocasionado uma maior prevalência das doenças crônicas não transmissíveis. Tal perspectiva tem acarretado em uma maior perda da qualidade de vida, maior grau de limitação nas atividades de trabalho e lazer, bem como impactos econômicos tanto nas famílias como na sociedade e geral. Como exemplo, no ano de 2007, no Brasil, 70,2% dos óbitos foram relacionados a elas, destacando-se as doenças do aparelho circulatório com 31,3% e a diabetes com 5,2% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Neste estudo, a hipertensão arterial sistêmica apresentou uma prevalência de 81,7%. Comparativamente, nos estudos de Cabreli et al. (2014), em uma pesquisa com idosos atendidos em unidades de Saúde da Família, determinou que 67,4% apresentavam tal condição. Nos estudos de Zaitune et al. (2006), que abordaram a população idosa da cidade de Campinas, houve uma prevalência de 51,8%. Na pesquisa de Bueno et al. (2008), em um grupo de idosos de Alfenas, 22% apresentavam hipertensão. Na mesma linha, o Framingham Heart Study, apontou prevalências de 67,5% para idosos de 60 a 74 anos e 76,3% para idosos acima de 75 anos, todas abaixo da prevalência apresentada nesta pesquisa, de 89,5%. Todavia, nos estudos de Ferreira et al. (2010), a prevalência de hipertensos frequentadoras de Unidades de Saúde da Família ficou em 80,4%.

Na análise da prevalência entre os gêneros, a hipertensão foi mais prevalente em mulheres (52,3%). Nesta linha, nos estudos de Rosário et al. (2009), 29,1% do gênero masculino e 31,1% no feminino apresentaram hipertensão arterial. Aliado a estes dados, Oliveira et al. (2008), apontou que no município de São Paulo, a prevalência entre idosas de 60 a 74 anos foi de 55,3% e no grupo etário acima de 75 anos, 60,7%. Nos estudos de Mendes et al. (2014), sobre a prevalência da hipertensão em idosos, no Brasil entre 2006 e 2010, em todos eles, a prevalência das idosas foi maior. Porém, contrariando estes dados, nos estudos de Esperandio et al. (2013), os índices ficaram em 67,4% para os idosos e 66,9% para as idosas.

Analizando tal conjuntura, Boing e Boing (2007), explicam que o fato da hipertensão arterial atingir mais mulheres se deve justamente ao fato de seus maiores cuidados pela saúde.

Já, Oca-Rodriguez et al. (2012), relaciona tal situação ao aumento, em maiores escalas, dos fatores de risco para hipertensão nesta faixa etária idosas.

Aliado a esta perspectiva, a cobertura de 100% do Programa Saúde da Família proporciona um maior rigor e controle das condições de saúde da população, principalmente a idosa, comparado a outros locais. Tal abrangência, em sua totalidade, pode ser uma justificativa pela alta identificação de pessoas com doenças crônicas, o que permite seu tratamento adequado, bem como um controle mais rigoroso, considerando as visitas periódicas de médicos, enfermeiros e agente comunitários de saúde.

Corroborando com esta perspectiva, os estudos de Carvalho et al. (2009), onde após a implantação do Programa Saúde da Família, as taxas de mortalidade de doenças do aparelho circulatório diminuíram, bem como das doenças cerebrovasculares e o controle da hipertensão arterial. Na mesma linha, Jobim (2008), pondera que, o conhecimento da hipertensão arterial tem como principal alvo a terapêutica precoce além da prevenção das complicações, afim de se evitar altos índices de morbimortalidade.

DISLIPIDEMIAS

A prevalência das dislipidemias ficou em 71,4%. Por gêneros, permaneceu em 44,8% nas idosas e 26,6% nos idosos. Comparativamente, nos estudos de Moretti et al. (2009), com os idosos de Criciúma, a taxa permaneceu em 26,26%. Ferreira et al. (2010), ao analisar idosos de uma Unidade de Saúde da Família, determinou uma taxa de 23,4%, sendo que no gênero masculino a mesma ficou em 23,2% e no feminino, em 23,6%. Nas pesquisas de Leite-Cavalcanti et al. (2009), a prevalência em idosos ficou em 33,3%. De acordo com esta perspectiva, segundo Arns et al. (2009), em todos os componentes, lipídicos do sangue, a prevalência foi maior nas idosas. Já, Neumann et al. (2014), ao traçar o perfil dos idosos de um município gaúcho, determinou que a prevalência geral ficou em 39,3%, sendo 43,8% nos idosos e 38,5% nas idosas.

Ainda conforme grande parte da literatura científica, a prevalência dislipidêmica nas mulheres, no geral, é mais elevada, corroborando com os dados aqui apresentados. Porém, ressalta-se que a prevalência, mesmo por gêneros, é alta.

No âmbito geral, dentre os fatores que interferem no perfil lipídico da população, destacam-se os fatores hereditários, os alimentares e o próprio perfil de vida. Corroborando

com esta premissa, Bortoli et al. (2011), afirma que a alta no perfil dislipidêmico está relacionada com o excesso de peso, a circunferência abdominal elevada, o sedentarismo, e a dieta rica em carboidratos. Já, Moretti et al. (2009) argumenta que na população idosa, há um aumento geral do peso corporal, seja pela alimentação, seja pelo estilo de vida, o qual se correlaciona a um risco maior do desenvolvimento de doenças coronarianas. Corroborando nesta linha, segundo o Framingham Heart Study (1997), as dislipidemias são consideradas fatores de risco importantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, dentre elas, a hipertensão arterial.

DIABETES

A prevalência da diabetes permaneceu em 29,9%, sendo mais prevalentes nos indivíduos do gênero feminino, com 18,3%, frente aos do masculino, 11,6%. Em estudos similares, como o de Francisco et al. (2010), ao analisar a prevalência de diabetes em idosos da região metropolitana de São Paulo, a mesma permaneceu em 14,9% nos homens e 15,8% nas mulheres. Em outro estudo na mesma região, Mendes et al. (2011), determinou a prevalência de 17,6% da diabetes. Já, nas pesquisas de Viegas-Pereira et al. (2008), a prevalência geral foi de 11,9%, sendo, novamente, que o gênero feminino apresentou maior índice, com 65,83%.

De qualquer forma, segundo Schmidt et al. (2009), a prevalência do diabetes vem crescendo mundialmente em escalas exponenciais, sendo resultado, também, da senescência populacional, onde o sedentarismo, a alimentação inadequada e o aumento da obesidade são condições áureas para sua emergência. Tais premissas também já foram citadas como alicerce para as condições dislipidêmicas e mesmo as hipertensivas.

Frente a este painel, Barreto (1997) relembra e destaca que aproximadamente 50% da população idosa desconhece ser portadora desta doença. Tal situação pode ter os efeitos anulados pela atuação do Programa Saúde da Família no município. Tais premissas são de suma relevância, já que a diabetes é um fator de risco decisivo para o desenvolvimento de enfermidades cardiovasculares e cerebrovasculares (FRANCISCO et al., 2010).

6.2 FARMACOTERAPIA

DOR: DIPIRONA, PARACETAMOL E DICLOFENACO

Na sequência de fármacos utilizados aparecem a dipirona e o paracetamol, em maior escala, e o diclofenaco, em menor, usados por 84,6% dos sujeitos da pesquisa, justamente para situações de dor, comuns no processo de envelhecimento em casos como artrite, artrose e sarcopenia. Dellaroza et al. (2008), ao estudar a dor crônica em idosos, determinou que 27,9% faziam uso de dipirona e 22,4% de paracetamol e 31,7% de diclofenaco para seu controle ou alívio. Na mesma linha, Demétrio et al. (2012), ao entrevistar indivíduos adultos sobre a aquisição de fármacos, determinou que os mais adquiridos eram o paracetamol (51,8%) e a dipirona (36,2%), reforçando os achados neste estudo.

Em outra faceta, Queiroz et al. (2013), ao avaliar a eficácia destes medicamentos em questão para situações de dor, concluiu que a dipirona possui maior eficácia a longo prazo. Tal situação ocorre pela diferença no mecanismo de ação de ambos. Porém, cabe de ressaltar, que a dipirona possui uso restrito em outros possíveis países, em virtude suas complicações nos sistemas biológico humanos, como por exemplo agranulocitose e anemia aplástica. Porém, contrariando estes dados, Rego et al. (2015), ao avaliar a toxicidade, citotoxicidade, mutagenicidade e genotoxicidade da dipirona sódica e do paracetamol, ambos obtiveram uma similaridade.

Quanto ao diclofenaco, segundo Geller et al. (2012), é utilizado para um amplo espectro de condições, desde distúrbios osteomusculares e articulares, até condições como cólicas renais e gota aguda. Porém, o mesmo deve ser prescrito com cautela para pacientes com complicações hipertensivas, renais, gastrointestinais, dentre outras menos graves (MICROMEDEX, 2012). Corroborando com estas premissas, conforme os estudos de Ferreira Pinto et al. (2014) e com os achados dessa pesquisa o diclofenaco diminui a ação anti-hipertensiva de diversos fármacos, provocando ainda alterações renais nos indivíduos.

DISLIPIDEMIAS: SINVASTATINA E ATORVASTATINA

A classe de medicamentos chamada generalizadamente de vastatinas, como a sinvastatina e atorvastatina cálcica, os quais agem inibindo a síntese de colesterol com competição. Por isso seu emprego vem a auxiliar na prevenção das doenças cardiovasculares (BERTOLAMI et al., 2002). Assim, ao reduzir os níveis plasmáticos do colesterol, as estatinas são amplamente utilizadas em diversos países. No plano geral, elas não ocasionam maiores problemáticas nos sistemas humanos, mas podem levar ao desenvolvimento de discretas alterações gastrointestinais, aumento das concentrações plasmáticas das enzimas hepáticas e insônia (LINARELLI e POTT JR, 2008).

No presente estudo, as principais estatinas utilizadas foram a sinvastatina (80,8%) e a atorvastatina (19,2%). Apesar disto, os estudos de Bertolami et al. (2002), mostram que a atorvastatina possui maior eficiência, comparada a sinvastatina, no controle dislipidêmico. Para Araújo et al. (2011), apesar de o tratamento com a atorvastatina de menor concentração ser mais efetiva, o melhor custo benefício é o uso da sinvastatina de 40mg/dia. A mesma opinião é compartilhada por Ribeiro et al. (2014), o qual afirma que a prescrição de 40 mg de sinvastatina para prevenção primária e secundária é altamente custo-efetiva. Tais elementos corroboram com os achados e justificam o maior uso da sinvastatina no estudo.

Outro ponto a se comentar é a interação do omeprazol com ambas as estatinas citadas no estudo. Tal polifarmácia aumenta a ação das estatinas e eleva a pressão arterial, podendo ocasionar danos no miocárdio.

INSÔNIA: LORAZEPAM E CLONAZEPAM

Por definição, benzodiazepínicos são fármacos que possuem ação direta no sistema nervoso central, atuando nos aspectos cognitivo e psicomotor, sendo coloquialmente denominados como “ansiolíticos”, “sedativos” ou “calmantes” (BRASIL, 2006). Dentre essa classe de medicamentos, há os clonazepam e o lorazepam, citados nesta pesquisa.

Neste estudo o índice de uso de clonazepam/diazepam ficou em 44,8%, superior ao do determinado por Henriques da Silva et al. (2014), em 2,27%. Porém, em contrapartida a este, Telles-Filho et al. (2011), determinou que 37,04% dos idosos de uma cidade mineira

utilizavam o diazepam como “calmante”, antes de dormir, o mesmo para o clonazepam, utilizados por 25,93% dos idosos. Complementado estes dados, Cruz et al. (2006), ao avaliar idosos que faziam uso crônico de diazepam, concluiu que dentre os possíveis sintomas de seu uso crônico e indiscriminado estão angústia, depressão, vertigem, insônia, irritabilidade e ansiedade.

Em outra perspectiva, nos estudos de Noto et al. (2002), com idosos de dois municípios paulistas, o clonazepam foi o terceiro benzodiazepínico mais utilizado, enquanto o lorazepam foi o quinto. O mesmo estudo concluiu que no Brasil há um uso indiscriminado desta classe de fármacos, incluindo práticas de uso inadequadas. Neste ponto, Telles-Filho (2011), salienta que a prescrição médica indevida somada a prescrição por médicos generalistas e não por parte de psiquiatras, contribui para a manutenção crônica do uso dos benzodiazepínicos. Andreatini et al. (2011), complementa que os benzodiazepínicos estão entre as drogas mais prescritas no mundo.

GLICEMIA: INSULINA E CLORIDRATO DE METFORMINA

Ambos os fármacos são usados para o controle glicêmico, sendo que em 69,5% dos casos há uso do cloridrato de metformina, e em 30,5% a insulina. O cloridrato de metformina é uma das drogas para controle da diabetes, mais prescritas no mundo (WYSOWSKI, et al. 2003). Lazzari et al. (2005), cita que em uma Unidade Básica de Saúde, o índice de uso da metformina era de 41%, a mais utilizada, a insulina era a última escolha, em 14% dos casos e o tratamento combinado com ambas era observado em 4% dos indivíduos. Vosgerau et al. (2011), determinou que 60,7% faziam uso de cloridrato de metformina, 7,1% de insulina e o restante de outros medicamentos.

Salientado a perspectiva apresentada, estudos apontam que o uso do cloridrato de metformina em farmacoterapia isolada ou combinada, é eficaz a longo prazo (DRZEWWOSKI et al., 2003). De qualquer maneira, Alves et al. (2006) relata que, dentre as vantagens do uso do cloridrato de metformina, independentemente de seu uso combinado a outros medicamentos ou não, estão baixo custo, boa tolerância e amplas disponibilidade.

Quanto a linha de ação do cloridrato de metformina, ele atua reduzindo a glicogênese hepática, além de promover a entrada de glicose no tecido muscular (ALEXANDER et al.,

2009). Além disso, atua na redução nas triglicérides, ácidos graxos livres, colesterol total, LDL e mesmo um aumento discreto do HDL (RODRIGUES NETO et al., 2015).

Na perspectiva da insulina, segundo Cavalleira et al. (2002), ela é um hormônio que atua na manutenção da homeostase da glicose, secretado pelas células beta das ilhotas pancreáticas. Neste contexto, apesar do conhecimento da relevância da insulina, Becker et al. (2008) afirma que no Brasil posterga-se seu uso, quando há situações médicas insustentáveis com o uso de outros fármacos, mas destaca, ainda, que há um bom controle da insulino-terapia e do auto monitoramento da glicemia.

ANTICOAGULANTES: BISSULFATO DE CLOPIDOGREL

O bissulfato de clopidogrel foi o único antiplaquetário citado na pesquisa. Com relação a essa classe de fármacos, sabe-se que o uso deles para a diminuição da atividade plaquetária tem contribuído para a drástica diminuição de eventos trombóticos, e por consequência, da taxa de mortalidade (ANGIOLILLO et al., 2009). Na mesma linha, Hall e Mazer (2011), citam que agentes antiplaquetários são comumente prescritos no intuito de se reduzir a morbimortalidade cardíaca e cerebrovascular.

Quanto a sua ação, Tavares et al. (2014) afirma que o bissulfato de clopidogrel foi introduzido na década de 1990, sendo mais efetivo que a aspirina. Sua ação ocorre entre uma e duas horas, inibindo a agregação plaquetária. Porém, o mesmo afirma que não há evidências suficientes para que embasem o seu uso, mas relata que sua retirada também aumenta significativamente eventos cardiovasculares e cerebrovasculares.

Com relação ao uso dos antiplaquetários, nos estudos de Marin et al. (2008), observou o uso somente de ácido acetilsalicílico, não citando o uso do bissulfato de clopidogrel. Ressalta-se que, quanto a prescrição médica deste medicamento, a literatura científica possui poucas pesquisas neste âmbito. Assim, seu uso no município pesquisado pode ser justificado pela distribuição gratuita através do programa Farmácia Social.

CONTROLE DA HIPERTENSÃO

Nesta categoria há inúmeros medicamentos citados, todos com a finalidade de se reverter e controlar a pressão arterial a níveis aceitáveis no âmbito médico. Dentre os medicamentos mais utilizados, em combinação ou não, estão, em sequência, losartana potássica (antagonista de receptor de angiotensina), hidroclorotiazida (diurético), captopril (inibidor de enzima conversora de angiotensina), atenolol (betabloqueador) e o propranolol (betabloqueador).

Nos estudos de Schroeder et al. (2007), o medicamento mais utilizado era a hidroclorotiazida (44,5%), captopril (22,3%), propranolol (11,1%), losartana potássica (4,3%) e atenolol (2,6%). Seguindo essa linha, Gontijo et al. (2012), demonstrou que 68,2% dos idosos faziam uso de medicamentos diuréticos para o controle da hipertensão, sendo que em outras classes de fármacos hipertensivos se destacaram o captopril e o propranolol. Já, Vosgerau et al. (2011), determinou que 27,3% utilizavam captopril, 25,3% hidroclorotiazida e 15,2% propranolol. Além disso, em contrapartida a outros estudos, a monoterapia foi a mais utilizada aqui, frente a combinação de medicamentos (VOSGERAU et al, 2011; GONTIJO et al. 2012).

Todavia, no geral, a literatura científica vai contra o presente estudo, já que neste o fármaco mais usado, como já citado, foi a losartana potássica. Porém ressalta-se, que apesar de a losartana não ser distribuída pelo Sistema Único de Saúde, nas Farmácias Sociais, a losartana potássica participar do programa Farmácia Popular, na concentração de 50 mg, com uso duas vezes ao dia. Isso explica seu uso elevado, frente aos outros.

6.3 POLIFARMÁCIA

Do total amostral, 241 indivíduos, 238 (98,7%) fazem uso cotidiano de ao menos um medicamento. O número máximo de medicamentos utilizados por estes foram sete ao dia, por 7,6%. A maior parte da amostra (26,1%) faz uso de três medicamentos diariamente, ao lado de 24,3% idoso, com quatro. O índice médio de medicamentos utilizados por pessoa ficou em 3,3. Tal situação é semelhante aos achados por Flores e Mengue (2005), que chegou a um índice de 3,2 fármacos por idoso ao dia. O mesmo ocorreu nos estudos de Ribeiro et al.

(2008), onde a média ficou entre 2,8 a 3,2, em diferentes grupos de idosos. Já, nos estudos de Bueno et al. (2009), a estimativa permaneceu em 5,2 medicamentos, acima do índice determinado nesta investigação. Gautério et al (2012) determinou um índice de 3,6. Na mesma linha, o estudo SABE (2012), determinou na cidade de São Paulo, em idosos, um índice de 3,6, ligeiramente acima. Já, Dal Pizzol et al. (2012), apresentou uma média de 2,1 medicamentos ao dia, abaixo no índice aqui encontrado.

Já, quanto a presença de polifarmácia, a ferramenta disponível no site drugs.com permite a combinação de fármacos, dois a dois. Após essa análise, e considerando o número de indivíduos da amostra, determinou-se que 30% dos idosos não apresentaram interações, 2% apresentaram interações elevadas e 68%, interações moderadas, sendo que não se registrou interações leves. Em outras palavras, 70% apresentam alguma interação medicamentosa por conta da combinação de seus medicamentos. Ao analisar estudos com delineamento similar, observou-se que Gortadelo et al. (2014), encontrou uma taxa de polifarmácia de 55,6%. Fora este modelo de classificação, a maioria dos estudos pondera que a polifarmácia se inicia com o uso mínimo de cinco fármacos ao dia. Levando-se em conta isso, 22,7% dos idosos apresentaram-na, sendo que, ao comparar com a metodologia anterior, todos estes apresentaram, ao menos, interação mediana.

Considerando-se todo este panorama, Ceia (2007), afirma que a incidência de interações farmacológicas aumenta exponencialmente com o aumento do número de medicamentos utilizados no dia-a-dia. Ao se analisar a literatura científica, segundo Silveira et al. (2014), o índice de polifarmácia ficou em 28%, abaixo do encontrado neste estudo. Já, Cheuen Neto et al. (2012), ficou em 25,09%. A mesma também é inferior a achada nos estudos de Medeiros-Souza (2007). No estudo de Carvalho et al. (2012), com idosos do município de São Paulo, 36% utilizavam pelo menos cinco medicamentos distintos ao dia. Já, Bezerra et al. (2016), determinou uma taxa de 82,1%, extremamente mais elevada. Contrariando estes índices, nos estudos de Aguiar et al. (2008), o índice de polifarmácia ficou em 18,1%.

De qualquer forma, corroborando com este cenário, Caldas e Gomes (2008) advertem que o risco potencial das interações medicamentosas aumenta, tanto maior for o uso de medicamentos, o tempo de uso e a dose prescrita. Tal prerrogativa também foi fortemente diagnosticada no presente estudo, através da Correlação de Pearson, com $r = 0,81$ e $p < 0,0001$.

Ademais, junto a isto, deve-se considerar o próprio metabolismo no envelhecimento como um fator que altere a cinética dos fármacos. Silva et al. (2012), afirma que a

distribuição, metabolismo e excreção de fármacos são alterados, sendo que desde a digestão, por conta de mudanças no pH das enzimas, já pode haver problemáticas. Seccoli et al. (2010), complementa que a própria vulnerabilidade dos idosos as interações adversas são elevadas, também, devido à complexidade e a presença de múltiplas moléstias, o que acaba acarretando o uso de múltiplos fármacos. Nesta conjuntura, Guerra et al. (2012) disserta que o pilar da farmacoterapia no envelhecimento é a prescrição do melhor medicamento, ou em outras palavras, o mais efetivo que venha a trazer menor prejuízos adversos, em doses menores, sem que haja diminuição de sua cinética.

Levando-se em conta o tipo de interação medicamentosas, Pombo-Nascimento et al. (2007), classifica em dois tipos: sinérgica, quando combinados, os efeitos aumentam, ou antagônica, quando um fármaco anula, ao menos parcialmente, o outro. Considerando-se isto, nesta pesquisa, observou-se que em alguns o caso há o uso concomitante da Hidroclorotiazida com outro anti-hipertensivo, como Atenolol e Captopril, justamente para um maior poder do medicamento, apesar da interação moderada. Destaca-se que em um caso, há o uso do Captopril e da Losartana, além do evento descrito, pode aumentar a concentração de potássio, levando a complicações renais e cardíacas secundárias. Do outro lado, um bom exemplo de ação antagônica é justamente o uso de anti-hipertensivos com o diclofenaco, fármaco usado, principalmente em idosos para dor.

6.4 QUALIDADE DE VIDA

Pelos dados coletados, estimou-se uma qualidade de vida geral com índices medianos, apresentando um score de 66,39, considerando-se uma escala de 0 a 100. O domínio físico apresentou o score mais elevado com 72,14 e o domínio ambiental o mais baixo, com 61,09. Dentre estes dados, analisando-se questão a questão que compõe o questionário, os piores índices foram apresentados pelas questões que envolviam “dor e desconforto” (8,25), “dependência de medicação e tratamentos” (24,58) e “sentimentos negativos” (26,25). Supreendentemente, a faceta com maior índice foi a “mobilidade” (96,25).

O fator ambiental apresentou o pior score, assim como nos estudos de Ribeiro et al. (2008). Hwang et al. (2003), neste quesito, afirma que o ambiente influencia fortemente a qualidade de vida dos idosos, principalmente na questão das quedas, na interação social,

independência, segurança, proteção e bem-estar. Nesta questão, como o item mobilidade apresentou o maior índice, chega-se à conclusão que tal item não afeta a qualidade de vida.

Neste âmbito, os elevados valores do domínio físico e determinados pela questão da mobilidade vão contra ao achado na literatura científica (PEREIRA et al., 2006, SANTOS 2014, SANTO 2014). Neste ponto, Braga et al. (2011), disserta que a manutenção e a preservação da capacidade para desempenhar as atividades básicas de vida são pontos básicos para prolongar, por maior tempo possível, a independência e com isso, sua qualidade de vida. Mota et al. (2006), em seus estudos determinou que idosos com maior capacidade funcional, apresentam uma melhor qualidade de vida, pois conseguem realizar suas atividades de vida com o menor auxílio possível, ou mesmo sem. Além disso, entra em questão, novamente, a possível eficiência no Programa Saúde da Família.

Os piores índices, relacionados ao uso de medicamentos e a tratamentos, podem se justificar tanto ao elevado uso diário de medicamentos, lembrando-se da média de 3,3 fármacos ao dia, ou mesmo, com o uso de ao mesmo 4 medicamentos ao dia por 47%. Pelos dados aqui determinados, alguns sintomas de dor podem ser provenientes da própria polifarmácia. Os sentimentos negativos também podem ser provenientes do excesso de medicamentos. Mas em todo caso, deve-se considerar que a qualidade de vida depende tanto de fatores internos (como a própria saúde), como externos, (como a questão financeira e ambientam que os permeiam) (Ribeiro et al., 2008). Outro ponto a se considerar, explanado por Garcia et al. (2005), diz respeito a piora da qualidade de vida, com o aumento da idade. No presente estudo a idade média da amostra ficou em 66,4 anos, o que pode refletir em uma possível melhor qualidade de vida.

Por fim, ao se correlacionar a qualidade de vida com os níveis de polifarmácia, determinou-se uma correlação negativa, ou em outras palavras, com o aumento dos níveis de polifarmácia, diminuiu-se a qualidade de vida. Neste âmbito, Seccoli et al. (2010) afirma que a polifarmácia possui desfechos negativos, seja no retardo do tratamento e suas consequências, seja pela piora da qualidade de vida, resultado da possível limitação terapêutica. Aqui retoma-se os dizeres de Pombo-Nascimento et al. (2007), o qual classifica a polifarmácia em dois tipos, a sinérgica e a antagônica, sendo que ambas podem comprometer o tratamento, e com isso, diminuir a qualidade de vida, pela emergência, também, de possíveis novos sintomas. Noia et al. (20120) complementa que a associação de medicamentos pode expor os idosos a ocorrência de eventos adversos, comprometendo a qualidade de vida. Na contramão, Santos et al. (2013), afirma que a prática da polifarmácia por muitas vezes faz-se

necessária, pois muitos idosos possuem múltiplas moléstias que requerem o uso de vários fármacos para garantir melhor qualidade de vida.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

Deste modo, os resultados do presente estudo permitem concluir que:

- ➔ Encontrou-se, no geral, uma qualidade de vida com índices adequados, considerando-se a abrangência do Programa Saúde da Família. O domínio ambiental apresentou o pior índice e o domínio físico o maior. Destaque ainda para o elevado score da questão “mobilidade”;
- ➔ As doenças crônicas não-transmissíveis presentes nos idosos estão controladas, principalmente pela questão do Programa Saúde da Família e as visitas domiciliares, refletindo-se em boas condições de saúde;
- ➔ Hipertensão, dislipidemias e diabetes apresentaram elevada prevalência, principalmente em idosos do gênero feminino;
- ➔ O índice de polifarmácia ficou em 22,7%, considerando-se o uso de, ao menos, 5 fármacos;
- ➔ O índice de polifarmácia, considerando-se a metodologia apresentada, 68% apresentaram interações moderadas e 2% elevadas, não havendo interações de nível leve;
- ➔ Houve uma correlação entre os níveis de polifarmácia e a quantidade de fármacos utilizados ao dia;
- ➔ Na correlação entre polifarmácia e qualidade vida, houve uma diminuição desta, com o aumento da polifarmácia.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Aguiar PM, Lyra Junior DP, Silva DT, Marques TC. Avaliação da Farmacoterapia de Idosos Residentes em Instituições Asilares no Nordeste do Brasil. *Acta Farm Bonaer* 2008;27(3):454-59.
- Akashi D, Issa FK, Pereira AC, Tannuri AC, Fucciolo DQ, Lobato M, et al. Tratamento anti-hipertensivo: prescrição e custo de medicamentos. *Arq Bras Cardiol*. 1998; 71(1):55-57.
- Alexander GC, Sehgal NL, Moloney RM, Stafford RS. National trends in treatment of type 2 diabetes mellitus, 1994-2007. *Arch Intern Med*. 2008;168:2088-2094.
- Alves C, Souza M, Chaves C. Metformina como tratamento coadjuvante à insulina em adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. *RBM*. 2006;63:539-543.
- American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2006;29(1):S43-48.
- Andreatini R, Boerngen-Lacerda R, Zorzetto Filho D. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. *Rev Bras Psiquiatr* 2001;23(4): 233-42
- Angiolillo DJ, Bhatt DL, Gurbel PA, Jennings LK. Advances in antiplatelet therapy: agents in clinical development. *Am J Cardiol*. 2009;103(3 suppl):40A-51^a
- Araújo DV, Souza CPR, Bahia LR, Rey HCV, Santo Jr B, Tura BR, et al. Análise de custo-efetividade de Sinvastatina versus Atorvastatina na prevenção secundária de eventos cardiovasculares no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Value in Health*. 2001;14(5):S29-32
- Arns BM, Moretti M, Teodoro RD, Moretti MP, Sakae TM, Bonatteli TH, et al. Prevalência dos fatores de risco cardiovasculares nos pacientes atendidos no ambulatório de geriatria da UNESC. *ACM arq. Catarin. Med*. 2009;38(1):33-39.
- Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Cien Saude Coletiva*. 2006; 11(4):911-26
- Beckman JA, Creager MA, Libby P. Diabetes and atherosclerosis: epidemiology, pathophysiology, and management. *JAMA*. 2002; 287:2570-81.
- Bertolami MC, Ramires JAF, Nicolau JC, Novazzi JP, Bonadese LC, Gianini SD. Comparação da segurança e eficácia da atorvastatina com a sinvastatina após doze semanas, em portadores de hipercolesterolemia pura ou associada a hipertrigliceridemia. *RBM*. 2002;2(8):577-584
- Bezerra TA, Brito MAA, Costa KNFM. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos atendidos em uma unidade básica de saúde da família. *Cogitare Enferm*. 2016 Jan/mar; 21(1): 01-11
- Boing AC, Boing AF. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. *Rev Bras Hipertens*. 2007;14(2):84-8

- Bortoli C, Bonatto S, Bruscatto NM, Siviero J. Ingestão dietética de gordura saturada e carboidratos em adultos e idosos com dislipidemias oriundos do Projeto Veranópolis. *Rev Bras Cardiol.* 2011;24(1):33-41.
- Braga MCP, Casella MA, Campos MLN, Paiva SP. Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-bref: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. *Revista de APS.* 2001;14(1):93-110.
- Brasil. Ministério da Previdência Social. Benefícios emitidos, segundo os grupos de espécie data base de 2015. [acesso 2017 Jan 3]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/dados-abertos-sst/>
- Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. *Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil* 2006; 15(1):47-65.
- Bueno CS, Oliveira KR, Berlezi EM, Eickhoff HM, Dallepiane LB, Girardon-Perlini NMO, et al. Utilização de medicamentos e risco de interações medicamentosas em idosos atendidos pelo Programa de Atenção ao Idoso da Unijuí. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2009;30(3):331-338
- Camelo AA. Estado nutricional de idosos em um hospital público de Rio Branco, Acre, 2006-2007. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2010.
- Campos MO, Rodrigues Neto JF. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública.* 2008; 32(2):232-240.
- Carvalho BG, Souza RKT, Soares DA, Yagi MCN. Doenças cardiovasculares antes e após o programa saúde da família, Londrina, Paraná. *Arq. Bras. Cardiol.* 2009;93(6):645-650
- Carvalho MD, Iser BPM, Claro RM, Moure L, Bernal RTI, Nascimento AF, et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil, 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2013;22(3): 423-434.
- Carvalho MFC, Romano-Lieber NS, Bergsten-Mendes G, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. *Rev. bras. epidemiol.* 2012 ;15(4):817-827.
- Casado L, Vianna LM, Thuler LCS. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2009;55(4):379-388.
- Cavalheira JBC, Zecchin HG, Saad MJA. Vias de sinalização da insulina. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2002;46(4):419-425.
- Ceia F. Interações medicamentosas na prática clínica. *Rev Port Clin Geral* 2007;23:197-207
- Cheuen Neto JA, Delgado AAA, Galvão CCGD, Machado SJM, Bicalho TC, Oliveira TA. Uso de medicamentos por idosos de Juiz de Fora: um olhar sobre a polifarmácia. *HU Revista, Juiz de Fora.* 2012;37(3):305-313

- Costa JSD, Olinto MTA, Assunção MCF, Gigante DP, Macedo S, Menezes AMB. Prevalência de diabete mellitus em Pelotas, RS: um estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(3):542-545
- Cruz AV, Fulone I, Alcalá M, Fernandes AA, Montebelo MI, Lopes LC. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí-SP. *Rev Cienc Farm Basica Apl*. 2006 jul; 27(3): 259-67.
- Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(1):104-114.
- Dal Pizzol TS, Pons ES, Hugo FN, Bozzetti MC, Sousa MLR, Hilgert JB. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(1):104-114.
- Dellaroza MSG, Furuya RK, Cabrera MAS, Matsuo T, Trelha C, Yamada KN, et al. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. *Revista da Associação Médica Brasileira*; 54(1): 36-41, 2008.
- Demétrio GS, Rodriguez GG, Traebert J, Piovezan AP. Prevalência de automedicação para tratamento de dor em município do sul do Brasil. *Arq. Catarin. Med*. 2012; 41(3): 54-59
- Drzewowski, J. Long-term efficacy of study dose metformin in type 2 diabetes mellitus. *Med. Sei Monit*. 2003;9(6):240-243.
- Esperandio EM, Espinosa MM, Martins MAS, Guimarães LV, Lopes MAL, Scala LCN.
- Fechine BRA, Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Rev Cient Int*. 2012;20(1):106-32
- Ferreira CCC, Peixoto MRG, Barbosa MA, Silveira EA. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. *Arq. Bras. Cardiol*. 2010;95(5):621-628
- Ferreira Pinto NB, Vieira LB, Vieira FM, Reus PAMM, Cassiani SHB. Interações medicamentosas em prescrições de idosos hipertensos: prevalência e significância clínica. *Rev enferm UERJ*. 2014;22(6):785-91.
- Fleck MPA, Louzada S, Xavier M. A application of the portuguese revision of the abreviated instrument of quality life.WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34:178-83
- Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2005;39(6):924-929.
- Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M et al . Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(1):175-184
- Franklin SS, Khan SA, Wong ND *et al*. Is pulse pressure useful in predicting risk for coronary heart Disease? The Framingham Heart Study. *Circulation* 1999;27(100):354-60.

- Garcia EL, Banegas JR, Perez-Regadera AG, Cabrera RH, Rodriguez-Artalejo F. Social network and health related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Qual Life Res.* 2005;14(2):511-20.
- Geller M, Krymchantowski AV, Steinbruch M, Cunha KS, Ribeiro MG, Oliveira L, et al. Utilização do diclofenaco na prática clínica: revisão das evidências terapêuticas e ações farmacológicas. *Rev Bras Clin Med.* São Paulo, 2012;10(1):29-38.
- Gil CA. Recordação e transicionalidade: a oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos. [tese]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2010.
- Glaner MF, Pelegrini A, Nascimento TBR. Perímetro do abdômen é o melhor indicador antropométrico de riscos para doenças cardiovasculares. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano.* 2011; 1(1):1-7
- Gomes HO, Caldas CP. Uso inapropriado de medicamentos pelo idoso: polifarmácia e seus efeitos. *Ver Hosp Univ Pedro Ernesto* 2008;7(1):88-9
- Gontijo MF, Ribeiro AQ, Klein CH, Rozenfeld S, Acurcio FA. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2012;28(7):1337-1346
- Guerra NF; Armesto DD, Pérez HB, Pérez, AR. Polifarmacia em el anciano. *Acta médica.* 2002;10:1-2.
- Hall R, Mazer CD. Antiplatelet drugs: a review of their pharmacology and management in the perioperative period. *Anesth Analg.* 2011; 112:292-318.
- Hwang HF, Liang WM, Chiu YN, Lin MR. Suitability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling older people in Taiwan. *Age Ageing* 2003; 32:593-600
- Leite-Cavalcanti C, Rodrigues-Gonçalves MC, Rios-Asciutti LS, Leite-Cavalcanti A. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. *Rev. salud pública.* 2009; 11(6):865-877
- Lerco MM, Spandella CT, Machado JLM, Schellini AS, Padovani CR. Caracterização de um modelo experimental de Diabetes Mellitus, induzido pela aloxana em ratos: estudo clínico e laboratorial. *Acta Cir. Bras.* 2003;18(2): 132-142.
- Lessa I, Conceição JL, Souza ML, Oliveira V, Carneiro J, Melo J, et al. Prevalência de dislipidemias em adultos da demanda laboratorial de Salvador, Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.* 1997 ;69(6): 395-400
- Linarelli MCB, Pott Junior H. Estatinas: uma revisão sobre aspectos vasculares. *Rev. Ciênc. Méd.* 2008;17(1):43-52.
- Maciel ACC, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* 2007;10(2):178-189

- Marin MJS, Cecílio LCO, Perez AEW, Ugolini F, Santella F, Silva CBA, et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(7):1545-1555.
- Martins IS, Marucci MFN, Cervato AM, Okani ET, Mazzilli RN, Casajus MI. Doenças cardiovasculares ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes melito em população da área metropolitana da região Sudeste do Brasil: II - Dislipidemias. *Rev. Saúde Pública*. 1996;30(1):75-84.
- McEvoy JW, Blaha MJ, DeFilippis AP, Lima JA, Bluemke DA, Hundley WG, et al. Cigarette smoking and cardiovascular events: role of inflammation and subclinical atherosclerosis from the Multiethnic Study of Atherosclerosis. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2015;35(3):700-9.
- Medeiros-Souza P, Santos-Neto LL, Kusano LTE, Pereira MG. Diagnóstico e controle da polifarmácia no idoso. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(6):1049-1053.
- Mense GS, Moraes CF, Gomes L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro. 2014;9(32):273-278
- Micromedex Healthcare Series. Truven Health Analytics. 2012.
- Ministério da Saúde (BR). Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento: efeitos de substâncias psicoativas no organismo. 3ª ed. Brasília (DF); 2006.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Moretti T, Araújo D, Moretti MP, Moretti M, Sakae TM, Sakae Y. Estado nutricional e prevalência de dislipidemias em idosos. *ACM arq. Catarin. med*. 2009;38(3):12-17.
- Mota J, Ribeiro JL, Carvalho J, Matos MG. Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. *Rev. bras. Educ. Fís. Esp*. 2006; 20(3):219-225.
- Neumann B, Conde SR, Lemos JRN, Moreira TR. Associação entre o estado nutricional e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos residentes no município de Roca Sales-RS. *RBCEH Passo Fundo*. 2014;11(2):166-177.
- Noia AS, Seccoli SR, Duarte YAO, Lebrão ML, Lieber NSR. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. *Rev. esc. enferm. USP*. 2012; 46 (spe): 38-43.
- Noronha VR, Gurgel GD, Alves LC, Noman-Ferreira LC, Mendonça LL, Aguiar EG, et al. Analgenic efficacy of lysine clonixinate, paracetamol and dipyrene in lower third molar extraction. A randomized controlled trial. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009;14(8):e411-25

- Noto AR, Carlini EA, Mastroianni PC, Alves VC, Galduróz JC, Kuroiwa W, et al. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the state of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24(2):68-73.
- Oca-Rodríguez A, Naranjo-Herrera Y, Medina-González G, Hernández-Martínez B, Jorge-Molina M. Características clínico-epidemiológicas de la hipertensión arterial con relación a variables modificables y no modificables. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2012;25(2):70-3
- Oliveira JFC. Insônia, sinais e sintomas depressivos e Qualidade de vida em idosos institucionalizados. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006.
- Oliveira SMJV, Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Pierin AMG. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto contexto - enferm*. 2008;17(2):241-249
- Oliveira-Campos M, Rodrigues-Neto JF, Silveira MF, Neves DMR, Vilhena JM, Oliveira JF, et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18(3):873-882.
- Pombo-Nascimento, E; Ventura, DM; Lima, FA; De Oliveira, LFG; Pereira, CR. *Rev. Bras. Farm*. 2007; 88(1): 14-16
- Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. 2013;16(3):481-493.
- Queiroz TP, Santos Pâmela L, Esteves JC, Stellin GM, Shimuzi AS, Betoni JW et al. Dipirona versus paracetamol no controle da dor pós-operatória. *Rev. odontol. UNESP*. 2013;42(2): 78-82.
- Rego SC, Mata AMOF, Rosa MSPS, Alencar MVOB, Gomes Júnior AL, Araruna Júnior AA, et al. Avaliação da toxicidade, citotoxicidade, mutagenicidade e genotoxicidade da dipirona sódica e do paracetamol em células meristemáticas de raízes de *Allium cepa*. *Boletim Informativo Geum*, v. 6, n. 4, p. 7-15, out./dez. 2015
- Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, CésarCC, Acurcio Francisco A. Survey on medicine use by elderly retirees in Belo Horizonte, Southeastern Brazil. *Rev. Saúde Pública*. 2008;42(4):724-732
- Rodrigues Neto EM, Marques LARV, Ferreira MAD, Lobo PLD, Girão-Junior, FJ, Camarão GC. Metformina: uma revisão de literatura. *Saúde e Pesquisa Maringá*. 2015;8(2):355-362.
- Rodrigues-Neto JFR. Ferreira GC. Qualidade de vida como medida de desfecho em saúde. *R. Med. Minas Gerais* 2003;13(1):46-53.
- Rosário TM, Scala LCN, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres - MT. *Arq. Bras. Cardiol*. 2009;93(6):672-678
- Santo CE. Perfil de saúde geral e qualidade de vida de idosos de uma instituição de longa permanência do município de Bauru, SP. [dissertação]. Bauru: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2014.

- Santos CCN. Qualidade de vida de idosos portadores de hipertensão arterial: Estratégia saúde da família, Ribeirão Preto, SP. [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014.
- Santos TRA, Lima DM, Nakatani AYK, Pereira LV, Leal GS, Amaral RG. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2013;47(1): 94-103.
- Scala LC, Magalhaes LB, Machado A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: Moreira SM, Paola AV; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. ed. Sao Paulo: Manole; 2015
- Scheffel RS, Bortolanza D, Weber CS, Costa LA, Canani LH, Santos KG. Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2004;50(3): 263-267.
- Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011; 377(9781):1949-61.
- Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RMSV. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto referida, Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública*. 2009;43(2):74-82.
- Schroeter G, Trombeta T, Faggiani F, Goulart PV, Creutzberg M, Viegas K, et al. Terapia anti-hipertensiva utilizada por pacientes idosos de Porto Alegre/RS, Brasil. *Sci Méd* 2007; 17:14-9.
- Seccoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(1):136-40
- Shitara Y, Sugiyama Y. Pharmacokinetic and pharmacodynamic alterations of 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A (HMG-CoA) reductase inhibitors: Drug-drug interactions and interindividual differences in transporter and metabolic enzyme functions. *Pharmacol Ther*. 2006; 112(1):71-105.
- Silva ACH, Oliveira MA, Levites MR, Sibillo LAP. Medicamentos usados por idosos e critério de Beers e colaboradores. *Diagn tratamento*. 2014;19(3):105-9
- Silva R, Schmidt OF, Silva S. Polifarmácia em geriatria. *Revista da AMRIGS*. 2012;56(2): 164-174.
- Silveira EA, Dalastra L, Pagotto V. Polifarmácia, doenças crônicas e marcadores nutricionais em idosos. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(4):818-829
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Hipertensão Arterial. VII Diretrizes brasileiras de hipertensão. *Rev Bras Hipertens*. 2016;107(3):1-5.
- Souza DP, Melo TS, Reis LA, Lima PV. Qualidade de Vida em Idosos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. *Rev. Psic*. 2016; 10(31):56-68

- Souza LJ, Chalita FEB, Reis AFF, Teixeira CL, Gicovate NC, Bastos DA, et al. Prevalência de diabetes mellitus e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2003; 47(1):69-74.
- TAC, Teixeira CRS, Zanetti ML. Diagnósticos de enfermagem em pacientes diabéticos em uso de insulina. *Rev. bras. enferm.* 2008;61(6): 847-852
- Tavares DS, Silva PR, Laurentys LSCC. Manejo anestésico de paciente com trauma cranioencefálico em uso de clopidogrel: relato de caso e revisão de literatura. *Rev Med Minas Gerais* 2014;24(3):S77-S82
- Tosami E, Nunes BP, Thume E, Silveira DS, Siqueira FV, Piccini RX, et al. Utilização de serviços de saúde no Brasil: associação com indicadores de excesso de peso e gordura abdominal. *Cad. Saúde Pública.* 2014;30(7):1515-1524
- Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciê Saúde Coletiva.* 2004; 9(4):885-895.
- Varela FRA, Ciconelli RM, Campolina AG, Soares PC. Quality of life evaluation of frail elderly in Campinas, São Paulo. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2015;61(5):423-430
- Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública.* 2009;43(3):548-554.
- Viegas-Pereira APF, Rodrigues RN, Machado CJ. Fatores associados à prevalência de diabetes auto referido entre idosos de Minas Gerais. *Revista Brasileira de Estudos de População.* 2008;25(2):365-376.
- Viegas-Pereira APF, Rodrigues RN, Machadp CJ. Fatores associados à prevalência de diabetes auto-referido entre idosos de Minas Gerais. *R. bras. Est. Pop.* 2008; 25(2):365-376.
- Vosgerau MZS, Cabrera MAS, Souza RKT. Saúde da Família e Utilização de Medicamentos Anti-Hipertensivos e Antidiabéticos. *Rev Bras Cardiol.* 2011;24(2):95-104
- Wild S, Roglic G, Green A. Global prevalence of diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27:1047-53
- World Health Organization [WHO]. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva;2003.
- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011.
- Wysowski DK, Armstrong G, Governale L. Rapid increase in the use of oral antidiabetic drugs in the United States, 1990-2001. *Diabetes Care.* 2003;26:1852-5
- Xavier H, Izar M, Faria Neto J, Assad M, Rocha V, Sposito A, Fonseca FA, Santos JE, Santos RD, Bertolami MC, Faludi AA, Martinez TLR, Diamant J, Guimarães A, Forti NA, Moriguchi E, Chagas ACP, Coelho OR, Ramires JAF. V Diretriz brasileira de dislipidemias e Prevenção da aterosclerose. *Arq Bras Cardiol* 2013; 101(4):1-20

Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assa MH, Rocha VZ, Sposito AC, et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Ar Bras Cardiol.* 2013; 101(4):1-20.

Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2006;22(2):285-294.

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética FOB/USP

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

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

Título da Pesquisa: Perfil epidemiológico das condições de saúde de idosos de uma cidade do interior paulista

Pesquisador: Rafael Jose Damasceno

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54859216.7.0000.5417

Instituição Proponente: Universidade de Sao Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.513.035

Apresentação do Projeto:

Segundo o pesquisador, dentre as várias questões contemporâneas no campo da saúde, em particular, observa-se a denominada transição demográfica, refletida no envelhecimento populacional. Envelhecer deve ser compreendido como algo intrínseco aos seres vivos. O envelhecimento está associado ao processo biológico de declínio e deterioração que ocorre com o decorrer dos tempos, próprio dos indivíduos que atingiram a terceira fase do ciclo

vital. O resultado desta complexa dinâmica agregada a maior fragilidade dos indivíduos nesta fase, acarretam em uma mudança no perfil de saúde destes, refletido na prevalência das doenças crônicas, bem como na deterioração da qualidade de vida. Para tanto o presente projeto objetiva realizar um levantamento epidemiológico, a fim de mensurar e traçar um perfil das condições de saúde de idosos da cidade de Duartina, São Paulo. A amostra será composta por idosos com idade mínima de 60 anos residentes na presente cidade (aproximadamente 420), os quais passarão por questionários visando a coleta de dados. O primeiro será composto por uma anamnese inicial com o intuito de se identificar também a presença de doenças crônicas. Após será utilizado o WHOQOL Bref para mensurar a qualidade de vida e por fim, a seção E do questionário de Saúde e Bem-estar e Envelhecimento para avaliar os medicamentos utilizados e a presença de polifarmácia. Será utilizado o teste exato de qui-quadrado para verificar possíveis associações entre as variáveis de

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9

Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901

UF: SP **Município:** BAURU

Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356

E-mail: cep@fob.usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

Continuação do Parecer: 1.513.035

estudo e o coeficiente de correlação de spearman para se comparar as variáveis do estudo. Além disto, com o decorrer do estudo, a fim de aperfeiçoar a interpretação dos dados, será incorporado novos tratamentos, se o mesmo se fizer necessário.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar um levantamento epidemiológico, a fim de mensurar e traçar um perfil das condições de saúde de idosos da cidade de Duartina, São Paulo.

Objetivo Secundário:

Caracterizar a qualidade de vida; Verificar a presença de doenças crônicas não transmissíveis e outras morbidades; Verificar o uso de medicamentos, bem como a presença de polifarmácia e de possíveis interações medicamentosas. Verificar a associação entre as áreas da qualidade de vida. Verificar a associação entre polifarmácia e qualidade de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Informa o pesquisador que não há riscos, já que a pesquisa se baseia em um modelo qualitativo, baseada em questionários.

Benefícios:

Será confeccionada uma cartilha, baseada nos resultados, com o intuito de se maximizar as condições de saúde, o qual será distribuída na cidade, ao final da pesquisa. Aliado a este ponto, os dados aqui obtidos serão repassados para a Secretaria de Saúde do Município, justamente como forma de planejar as ações de saúde do município, considerando-se que o PSF em Duartina abrange 100% na cidade e todos os idosos são

bimestralmente visitados em seus domicílios por médicos e enfermeiras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados de forma correta, inclusive o TCLE e o Termo de Aquiescência da Secretaria Municipal de Saúde de Duartina-SP.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em razão da apresentação dos documentos de forma correta, bem como as informações

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA CEP: 17.012-901
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (14)3235-8356 Fax: (14)3235-8356 E-mail: cep@fob.usp.br

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU- USP

Continuação do Parecer: 1.513.035

necessárias no projeto de pesquisa, sou de parecer favorável a sua aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Esse projeto foi considerado APROVADO na reunião ordinária do CEP de 20.04.2016, com base nas normas éticas da Resolução CNS 466/12. Ao término da pesquisa o CEP-FOB/USP exige a apresentação de relatório final. Os relatórios parciais deverão estar de acordo com o cronograma e/ou parecer emitido pelo CEP. Alterações na metodologia, título, inclusão ou exclusão de autores, cronograma e quaisquer outras mudanças que sejam significativas deverão ser previamente comunicadas a este CEP sob risco de não aprovação do relatório final. Quando da apresentação deste, deverão ser incluídos todos os TCLEs e/ou termos de doação assinados e rubricados, se pertinentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_675977.pdf	30/03/2016 18:51:15		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	30/03/2016 18:49:54	Rafael Jose Damasceno	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	30/03/2016 18:46:39	Rafael Jose Damasceno	Aceito
Outros	QuestionarioTecnicoPesquisador.pdf	30/03/2016 16:28:24	Rafael Jose Damasceno	Aceito
Outros	Aquiescencia.JPG	30/03/2016 16:19:18	Rafael Jose Damasceno	Aceito
Outros	dnct.png	28/03/2016 22:41:49	Rafael Jose Damasceno	Aceito
Outros	Polifarmacia.png	28/03/2016 22:41:27	Rafael Jose Damasceno	Aceito
Outros	breve.pdf	28/03/2016 22:35:20	Rafael Jose Damasceno	Aceito
Outros	Aqui_Duartina.jpg	28/03/2016 22:30:15	Rafael Jose Damasceno	Aceito
Outros	Resultados.jpg	28/03/2016 22:22:55	Rafael Jose Damasceno	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoConsentimentoLivreEsclarecidoAg o2015.doc	21/03/2016 08:28:56	Rafael Jose Damasceno	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	21/03/2016 08:26:43	Rafael Jose Damasceno	Aceito

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA CEP: 17.012-901
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (14)3235-8356 Fax: (14)3235-8356 E-mail: cep@fob.usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

Continuação do Parecer: 1.513.035

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 25 de Abril de 2016

Assinado por:

Izabel Regina Fischer Rubira Bullen
(Coordenador)

ANEXO B – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru

Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e
Saúde Coletiva

Página 1 de 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Solicito, de forma voluntária, a sua participação no estudo “Perfil epidemiológico das condições de saúde de idosos de uma cidade do interior paulista”. Esta pesquisa busca construir o perfil de saúde dos idosos do município de Duartina, enfatizando a qualidade de vida, caracterização nutricional, a presença de sintomas depressivos, bem como a presença de interações medicamentosas.

Para a realização desta pesquisa, você deverá responder a três questionários. O primeiro constará de um questionário introdutório, constando o gênero, idade, nível de escolaridade, bem como a identificação de possíveis doenças que você possa apresentar. Em seguida haverá o de questionário WHOQOL-Bref, que avaliará sua qualidade de vida. Por fim, há o questionário sobre os medicamentos que você faz uso em seu cotidiano. Após esta fase primária, será traçado o perfil da qualidade de vida e a presença de possíveis sintomas vindos do uso de múltiplos medicamentos. Ao final deste estudo, será confeccionado um panfleto com o intuito de se maximizar a qualidade de vida e a saúde, baseado nas informações obtidas, o qual será distribuído a todos os participantes, bem como disponibilizado nos centros de saúde da cidade, posteriormente.

Assim, para realizarmos tais procedimentos a sua participação é fundamental. É importante ressaltar que nem um dos procedimentos é considerado invasivo e não trará prejuízos aos participantes. Todas as informações serão confidenciais, podendo ser publicadas apenas para fins científicos, portanto sem a identificação do participante. Além disso, a qualquer momento o voluntário poderá requerer mais informações ou até mesmo negar-se a continuar participando da pesquisa sem qualquer penalidade. Além disto, caso aceite em participar, reitera-se que um das vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Aliado a este, ressalta-se que caso haja algum dano, decorrente deste estudo, você terá total cobertura e garantia de indenização.

Desde já agradecemos a sua colaboração e colocamo-nos à disposição para mais esclarecimentos que se fizerem necessários. Se restar dúvidas, o participante poderá entrar em contato com o pesquisador Rafael José Damasceno pelos telefones (14) 3235-8332 e (14) 981725544. Caso queiram apresentar alguma denúncia e/ou reclamações, entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa-FOB/USP, à Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75, Vila Universitária, ou pelo telefone (14)3235-8356, e-mail: cep@fob.usp.br. Caso queiram registrar a reclamação ou denúncia no CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), entrar em contato via e-mail (cns@saude.gov.br), ou através dos telefones (61) 3315-3927/3315-2472.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, DECLARA e FIRMA seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta. Fica claro que o participante da pesquisa, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 20º do Código de Ética do Biólogo). Por fim, como pesquisador responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV.3 e IV.4, este último se pertinente, item IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012.

Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o

Rubrica do Pesquisador Responsável:

Rubrica do Participante da Pesquisa :

Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru

Página 2 de 2

Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e
Saúde Coletiva

participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

Bauru, SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Rafael José Damasceno

O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, organizado e criado pela FOB-USP, em 29/06/98 (**Portaria GD/0698/FOB**), previsto no item VII da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 13/06/2013), é um Colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Qualquer denúncia e/ou reclamação sobre sua participação na pesquisa poderá ser reportada a este CEP:

Horário e local de funcionamento:

Comitê de Ética em Pesquisa

Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda à sexta-feira, no horário das 14 hs às 17 horas, em dias úteis.

Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75

Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901

Telefone/FAX(14)3235-8356

e-mail: cep@fob.usp.br

ANEXO C – Anamnese Inicial**PARTE 1 - IDENTIFICAÇÃO**

Gênero:

Idade:

Peso:

Altura:

Nível de escolaridade: ☐ ensino fundamental incompleto
 ☐ ensino fundamental completo
 ☐ ensino médio incompleto
 ☐ ensino médio completo
 ☐ ensino superior

Estado Civil: ☐ solteiro
 ☐ casado
 ☐ divorciado
 ☐ viúvo

Faz uso de Álcool? ☐ Sim ☐ Não

Faz uso de Tabaco (Fuma)? ☐ Sim ☐ Não

PARTE 2 – DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Doença Crônica	Sim	Não
Hipertensão Arterial (Pressão Alta)		
Outras Doenças Cardíacas (Quais)?		
Diabetes Mellitus		
Dislipidemia (Colesterol ou Triglicérides Altos)		
Osteoporose		
Artrite/Artrose		
Outras? (Quais)		

ANEXO D – Fármacos Utilizados

SEÇÃO E - MEDICAMENTOS

**GOSTARIA DE TOMAR NOTA DOS REMÉDIOS E OUTRAS COISAS QUE O(A) SR(A) ESTÁ TOMANDO OU USANDO ATUALMENTE.
PEÇA A RECEITA MÉDICA (SE HOUVER). SE NÃO, PERGUNTE SOBRE CADA MEDICAMENTO MOSTRADO OU REFERIDO DA MESMA FORMA.**

E.1

O(a) sr.(a) poderia me mostrar os remédios que atualmente está usando ou tomando?

SIM 1

NÃO 2

ENTREVISTADO(A) NÃO TOMA MEDICAMENTOS... →

E.2	LISTA DE REMÉDIOS	E.3	QUEM O RECEITOU?	E.4	HÁ QUANTO TEMPO O USA, DE MANEIRA CONTÍNUA (em meses ou anos)?	E.4a	APRESENTAÇÃO DO MEDICAMENTO:	E.5	COMO OBTIVE OU QUEM PAGOU PELO REMÉDIO, NA ÚLTIMA VEZ QUE O COMPROU?
	E.2. O(a) SR.(a) PODERIA ME DIZER O NOME DOS REMÉDIOS QUE ESTÁ USANDO OU TOMANDO? (COLOCAR O NOME GENÉRICO E O NOME COMERCIAL) ANOTE TODOS OS REMÉDIOS MOSTRADOS OU REFERIDOS		QUEM O RECEITOU? MÉDICO.....1 FARMACÊUTICO..... 2 ENFERMEIRA.....3 O(A) SR(A) MESMO.....4 OUTRO.....5 NS..... 8 NR.....9		HÁ QUANTO TEMPO O USA, DE MANEIRA CONTÍNUA (em meses ou anos)? NÃO TOMA DE MANEIRA CONTÍNUA.....95 NS.....98 NR.....99		comprimidos / drágeas.. 1 cápsulas.....2 gotas3 xarope / emulsão4 supositório / óvulos5 pó6 líquido injetável7 pomada8 Outros9 COMO TOMA? QUANTIDADE N° VEZES/DIA PRECISA DIVIDIR? () SIM () NÃO	SISTEMA PÚBLICO (SUS).....1 ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO (MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL/ MILITAR).....2 PLANO DE SAÚDE PARTICULAR (EMPRESA).....3 DO PRÓPRIO BOLSO.....4 FILHOS PAGARAM.....5 OUTRO.....6 ESPECIFIQUE NS.....8 NR.....9	
	MEDICAMENTO OU REMÉDIO (Nome Comercial) (Nome Genérico)		RESPONSABILIDADE		TEMPO MESES..... OU ANOS.....		COMO TOMA TIPO QUANTIDADE..... N° VEZES/DIA..... PRECISA FRACIONAR () SIM () NÃO Toma conforme prescrito? () SIM () NÃO SE NÃO, TOMA: A MAIS () A MENOS ()	MODO DE OBTENÇÃO	
1	 (Nome Comercial) (Nome Genérico)				MESES..... OU ANOS.....		TIPO QUANTIDADE..... N° VEZES/DIA..... PRECISA FRACIONAR () SIM () NÃO Toma conforme prescrito? () SIM () NÃO SE NÃO, TOMA: A MAIS () A MENOS ()		
2	 (Nome Comercial) (Nome Genérico)				MESES..... OU ANOS.....		TIPO QUANTIDADE..... N° VEZES/DIA..... PRECISA FRACIONAR () SIM () NÃO Toma conforme prescrito? () SIM () NÃO SE NÃO, TOMA: A MAIS () A MENOS ()		
3	 (Nome Comercial) (Nome Genérico)				MESES..... OU ANOS.....		TIPO QUANTIDADE..... N° VEZES/DIA..... PRECISA FRACIONAR () SIM () NÃO Toma conforme prescrito? () SIM () NÃO SE NÃO, TOMA: A MAIS () A MENOS ()		

ANEXO E – Qualidade de Vida (WHOQOL- BREF)

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....