

**INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ALEXANDRE RODRIGUES PACAK  
ANA LETICIA DA CUNHA ONOFRE  
CARLOS EDUARDO BELOW  
JEFERSON RODRIGUES  
SIRLANE CRISTINA PEREIRA**

**CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE O USO INADEQUADO DE MEDICAMENTOS PARA O  
IDOSO E SEUS FAMILIARES**

**JOINVILLE**

**2018**

## **CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE O USO INADEQUADO DE MEDICAMENTOS PARA O IDOSO E SEUS FAMILIARES**

Projeto Integrador apresentado ao curso de especialização técnica em saúde do idoso do Instituto Federal de Santa Catarina Câmpus Joinville como requisito das unidades curriculares de Seminários de Formação I e II.

Professor(a) Orientador(a): Msc. Vanderleia Muller Duarte

JOINVILLE

2018

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>4</b>
<b>1.1 JUSTIFICATIVA</b>	<b>5</b>
<b>1.2 OBJETIVOS</b>	<b>5</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>6</b>
<b>2.1 O PROCESSO DE ENVELHIMENTO</b>	<b>6</b>
<b>2.2 ASPECTOS FISIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO</b>	<b>9</b>
<b>2.3 MEDICALIZAÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2.4 POLIFARMÁCIA</b>	<b>15</b>
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>16</b>
<b>3.1 PÚBLICO ALVO</b>	<b>16</b>
<b>3.2 PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO</b>	<b>16</b>
<b>3.3 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS (ORÇAMENTO)</b>	<b>17</b>
<b>3.4 PARCEIROS OU INSTITUIÇÕES APOIADORAS</b>	<b>17</b>
<b>3.5 AVALIAÇÃO</b>	<b>17</b>
<b>3.6 RESULTADOS ALCANÇADOS</b>	<b>17</b>
<b>4. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>18</b>
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>18</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>20</b>
<b>5. REFERÊNCIAS</b>	<b>21</b>
<b>APÊNDICE</b>	<b>25</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Com o aumento populacional, cresce significativamente a faixa etária dos idosos, devido a diminuição da taxa de fecundidade e mortalidade, aumento da expectativa de vida, outro fato relevante foi a inserção da mulher no mercado de trabalho, somando esses fatores, fez com que a pirâmide da faixa etária invertesse, ocasionando o aumento da população idosa sendo essa uma nova demanda social e tornando desafiador a saúde pública no Brasil (BNDES, 2017).

Com base em estatísticas, foi constatado um aumento no número de idosos. O incremento dessa faixa etária se refletiu em ampliação no acesso aos serviços de saúde impactando ainda no uso de terapias medicamentosas. O avanço da ciência, medicina e tecnologia tem trazido aumentado a expectativas de vida, melhora na qualidade de vida. Como exemplo, o indivíduo que antes vivia pouco tempo com doenças crônicas, hoje já convive com elas por mais tempo favorecendo sua independência e autonomia, pelo maior tempo possível. Atualmente emergem estudos para retardar o envelhecimento precoce, ou, pelo menos, sobrevida e seus determinantes (MINAYO; COIMBRA JUNIOR 2002).

No processo de envelhecimento ocorrem modificações biológicas, psicológicas e sociais, não é só no aspecto visível como pele, cabelos e aparência, vai muito além das modificações fisiológicas, orgânicas e bioquímicas. E para tudo isso a ciência trouxe uma gama de controladores de níveis de saúde, sendo um deles os recursos farmacológicos, que têm trazido qualidade de vida para os idosos, com a utilização da forma correta de: dose, tipo e intervalos além das orientações do uso adequado por elas e seus familiares, são determinantes para a manutenção do controle das doenças crônicas (SCHNEIDER; IRAGARAY, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde, na polifarmácia, o uso de vários medicamentos simultaneamente se dá pela prevalência do número de doenças crônicas e manifestações clínicas que acometem os idosos. Um grupo atendido por diferentes especialistas, com diferentes patologia, podem ter prescrições de medicamentos com mais de um princípio ativo. Fatores capazes de confundir e tratar de maneira inapropriada, provocando reações adversas (BRASIL, 2006).

Na prática, observou-se que muitos idosos possuem ao menos uma patologia crônica, sendo necessário utilizar ao menos um medicamento regularmente para seu tratamento. Foi também detectado que o idoso possui prescrição de uso contínuo de pelo

menos, quatro medicações, o que torna o tratamento muitas vezes complicado, já que muitos fazem uso inadequado dessas medicações, confundindo as cores, tamanhos e horários, justificando a relevância deste estudo.

## **1.1 JUSTIFICATIVA**

O crescimento da população idosa é um dos grandes desafios no Brasil. Estimativas indicam que a população idosa brasileira poderá exceder 30 milhões de pessoas até 2020, representando quase 13% da população (IBGE, 2002). A população idosa apresenta maiores níveis de morbidades em relação à população em geral, com maior consumo de medicamentos e procura por serviços de saúde (MURRAY, 2003; CALLAHAN, 2003).

Dentro desse contexto das múltiplas patologias há uma tendência do consumo de um maior número de medicamentos. A senescência propõe ao idoso algumas barreiras como distúrbios cognitivos e redução da acuidade visual, além disso, características como a semelhança de comprimidos e embalagens, tornam-se fatores que provocam falhas e até dificultam a adesão e manutenção ao tratamento medicamentoso (LUPPI; CARVALHO, 2005).

Por fim, o conjunto de alterações fisiológicas inerentes ao estágio de vida torna os idosos mais vulneráveis a eventos adversos relacionados ao processo de metabolização dos medicamentos (SECOLI, 2010). Nesse sentido, se fez necessário uma revisão sobre o tema buscando evidenciar aspectos que possibilitem aperfeiçoar a dinâmica existente na relação idoso e uso de medicamentos.

## **1.2 OBJETIVO (geral e específico)**

Objetivo Geral:

- Conscientizar os idosos e seus familiares e/ou cuidadores que frequentam as Unidades Básicas de Saúde da Família do Município de Joinville, quanto ao uso inadequado de medicamentos.

Objetivos Específicos:

- Executar uma atividade de educação em saúde em três Unidades Básicas de Saúde da Família do Município de Joinville para idosos e seus familiares;
- Propor a construção de um modelo piloto a ser seguido acerca do tema.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

O processo de envelhecimento acarreta no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais. As modificações biológicas são as morfológicas como aparecimento de rugas, cabelos brancos; as fisiológicas são associadas às alterações das funções orgânicas; as bioquímicas são as estão ligadas às transformações das reações químicas que atuam no organismo. As modificações psicológicas ocorrem ao envelhecer, o idoso precisa adaptar-se a cada situação nova do seu cotidiano. As modificações sociais são verificadas quando as relações com o meio, tornam-se alteradas em função da diminuição da produtividade e principalmente do poder físico e econômico, sendo a alteração social mais evidente em países de economia capitalista (SANTOS, 2010).

### 2.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece o idoso a partir da idade sua cronológica, desta forma, idosa é a pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. Já de acordo com a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8. 842, de 4 de janeiro de 1994 e o estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, determina Idoso pessoas com 60 anos ou mais (OMS, 2002).

Segundo a OMS até 2025, o Brasil será o quinto país do mundo em número de idosos. De acordo com o DATASUS entre 1980 e 2010 a população com 60 anos ou mais recebeu um incremento de 4,72%, ampliando sua representatividade demográfica de 6,07% para 10,79%, em números absolutos essa população passou 7.226 milhões para 20.590 milhões. Dados representados nas FIGURAS 01 e 02 a seguir.

tabela 2. Número absoluto de pessoas (em milhões) acima de 60 anos de idade em países com população total perto ou acima de 100 milhões (em 2002)			
2002		2025	
China	134,2	China	287,5
Índia	81,0	Índia	168,5
Estados Unidos da América	46,9	Estados Unidos da América	86,1
Federação Russa	26,2	Indonésia	35,0
Indonésia	17,1	Brasil	33,4
Brasil	14,1	Federação Russa	32,7
Paquistão	8,6	Paquistão	18,3
México	7,3	Bangladesh	17,7
Bangladesh	7,2	México	17,6
Nigéria	5,7	Nigéria	11,4

População residente por Ano segundo Faixa Etária  
 Faixa Etária: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais  
 Período: 1980, 2010

Faixa Etária	1980	2010
TOTAL	7.226.805	20.590.599
60 a 69 anos	4.470.696	11.349.929
70 a 79 anos	2.165.506	6.305.085
80 anos e mais	590.603	2.935.585

DATASUS, 2017

O conceito de idoso é diferenciado para países em desenvolvimento e para países desenvolvidos. Nos primeiros, são consideradas idosas aquelas pessoas com 60 anos e mais; nos segundos são idosas as pessoas com 65 anos e mais. Essa definição foi estabelecida pela Organização das Nações Unidas, por meio da Resolução 39/125, durante a Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População, relacionando-se com a expectativa de vida ao nascer e com a qualidade de vida que as nações propiciam aos seus cidadãos (SANTOS, 2010).

A definição cronológica é a mais utilizada para definir um idoso. É com base nesse conceito que países utilizam para promover as políticas de saúde pública que visam os cuidados de promoção da saúde dos idosos, porém não são só os órgãos públicos que promovem esses cuidados, entidades particulares, ONGs e ILPI's são ferramentas recorrentes que as famílias utilizam para o auxílio nesses cuidados. O idoso que necessita de cuidados passa a ser assistido pelo estado e pela família. Cabe a equipe de saúde perceber as necessidades do idoso e se fazer presente (ARAUJO, 2005).

O processo de envelhecimento pode variar de indivíduo para indivíduo, considerando a particularidade dos gêneros, sendo um processo lento para alguns ou muito rápido para outros, esse processo depende do estilo de vida, o poder socioeconômico e das doenças que adquire ao longo do tempo. As implicações que o envelhecimento humano traz aos indivíduos podem ser sintetizadas considerando os seguintes aspectos: aparecimento de rugas e progressiva perda da elasticidade e viço da pele; diminuição da força muscular, da agilidade e da mobilidade das articulações; aparição de cabelos brancos e, eventualmente, perda definitiva dos cabelos (alopecia) entre os indivíduos do gênero masculino; redução da acuidade sensorial, particularmente

no que se refere à capacidade auditiva e visual; declínio da produção de certos hormônios, o que afeta a capacidade auto regenerativa dos tecidos e conduz à atrofia da atividade formadora de gametas (climatério); distúrbios nos sistemas respiratório, circulatório (arteriosclerose, problemas vasculares e cardíacos), urogenital; e alteração da memória (NETTO, 1999).

Apesar disso, devemos saber que essa fase de vida deve ser vivida de forma natural, tal processo se estende até o fim e não deve ser entendido como sinônimo de doença, já que hoje há muitas formas de manter uma melhor qualidade de vida.

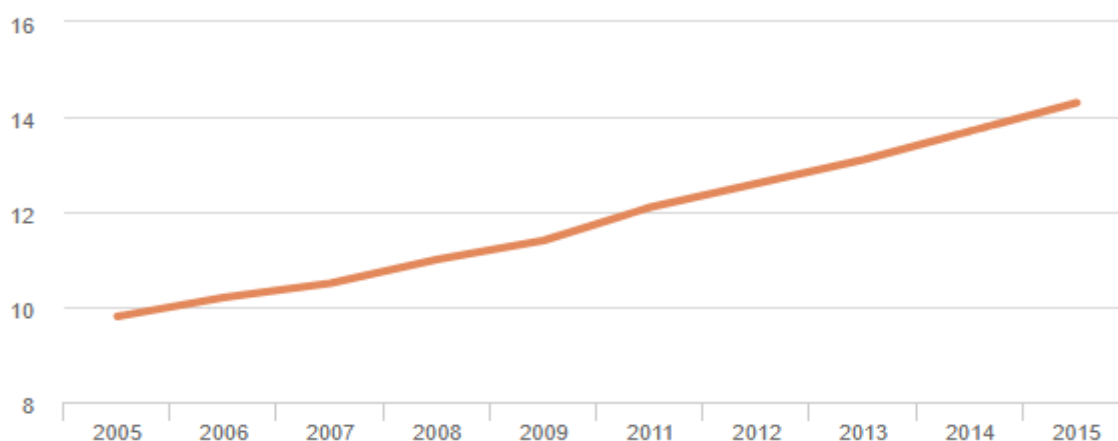
O processo de envelhecimento psíquico ou amadurecimento não é naturalmente progressivo eles dependem do esforço pessoal de cada indivíduo em se conhecer e buscar a sabedoria. “Só é consciente a pessoa que se conhece, que conhece os reais motivos do seu viver, sua capacidade de controle desses motivos e de organização desse controle”. Outros aspectos psicológicos são dificuldades que aparecem e fazem o idoso refletir sobre sua necessidade de estar sob cuidado, tais como: medo da solidão, do abandono e da morte. O idoso não deve ser visto como um fardo, mas sim como um ser que necessita de auxílio dos mais jovens e que tem muito a acrescentar. Autonomia e independência são, portanto, resultantes do equilíbrio entre o envelhecimento psíquico e biológico. A singularidade individual torna-se mais exuberante quando se avaliam ambas as dimensões, biológica e psíquica, associadas ao contexto familiar e social, ou seja, a integralidade do indivíduo. O processo de envelhecimento é, portanto, absolutamente individual, variável, cuja conquista se dá dia após dia, desde a infância. A velhice bem-sucedida é consequência de uma vida bem-sucedida.

O processo de envelhecimento representa um problema social não equacionado. A população idosa vem crescendo consideravelmente nas últimas décadas, representando hoje mais de 29,3 milhões de pessoas, cerca de 14,3% da população brasileira (IBGE/PNAD, 2015) FIGURA 03. Observando os dados da atual transição demográfica brasileira sob a ótica de gênero, constatamos um processo de feminilização da velhice, ou seja, quanto mais a população envelhece, mais feminina ela se torna (BANDEIRA, 2010).



## Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade

Em %



IBGE /PNAD, 2015

O envelhecer faz parte da trajetória do ser humano, com o aumento da população idosa percebe-se que no Brasil cresce aceleradamente essa faixa etária mas não estamos preparados ainda para lidar com esse processo e suas peculiaridades no que diz respeito às demandas sociais e de saúde.

## 2.2 ASPECTOS FISIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo dinâmico e individual com reflexos progressivos nos aspectos biológicos e psicossociais (FECHINNE; TROMPIERI 2012 apud BRITO; LITVOC, 2004). A esse processo natural do envelhecimento que todos experimentarão damos o nome de senescência.

Para entender esses processos e a influência que os mesmos exercem no cotidiano faz-se necessário explicitar as mudanças que incorrem em perdas e deficiências que, de formas distintas implicará a todos os seres humanos de forma gradual e progressiva.

A senescência implica em mudanças estruturais e funcionais na grande maioria dos órgãos e sistemas além de comprometimento cognitivo. Esse conjunto de mudanças geram fragilidades e provocam a perda de capacidade do organismo de manter o equilíbrio homeostático (CANCELA, 2007).

Na pele com a queda na produção de células epiteliais observa-se redução em sua espessura e vascularização tendo como consequência prejuízo na cicatrização e diminuição na tensão e sensação tátil além de alteração na termorregulação (MOTTA,

2013).

As alterações neurossensoriais são determinadas por um conjunto de alterações morfológicas e fisiológicas. Com o envelhecimento neuronal o sistema nervoso central e periférico também são afetados. No cérebro, ocorre uma perda de peso e volume, com destaque para hipotrofia dos sulcos corticais, espessamento das meninges e redução do córtex. Verifica-se ainda perda de neurônios e neurotransmissores afetando a neuroplasticidade (ESQUENAZI; SILVA; GUIMARÃES, 2014 apud CANÇADO; HORTA 2002; DE VITTA 2000; CANCELA, 2007). Esse conjunto de transformações afetam funções complexas como motricidade, sensibilidade e mecanismos cognitivos. As alterações dessas funções apresentam uma redução a partir dos 60 anos com maior declínio a partir dos 70 anos (CANCELA, 2007).

O processo de degeneração neuronal está ligado principalmente a alteração no transporte e armazenamento do cálcio, disfunção comum no processo de envelhecimento (ESQUENAZI; SILVA; GUIMARÃES, 2014 apud GLEICHMANN, 2011).

Abordando as funções intelectuais é notório o declínio em relação a compreender mensagens longas ou complexas e em recuperar e reproduzir com rapidez termos específicos. Há uma tendência de discurso repetitivo. Os idosos evidenciam uma maior dificuldade nas tarefas de raciocínio e no desempenho de atividades que envolvam planejamento, execução e avaliação. Quanto a atenção, é observado uma redução no filtro de informações ocasionais aliado a maior dificuldade de repartirem atenção por múltiplas tarefas. Entre todas as alterações cognitivas é fácil prever a ocorrência de uma lentificação na atenção, memória e tomada de decisões (CANCELA, 2007).

As alterações sensoriais implicam em redução gradual da capacidade sensitiva. Visão, audição, olfato, paladar e tato sofrem implicações que se constituem em dificuldades, limitando os recursos de processamento a serem utilizados em determinadas circunstâncias e exigem adaptações.

A redução da acuidade visual é determinada por processos degenerativos da estrutura do olho e anexos que ocorrem entre os 40 e 50 anos de vida. O tamanho da pupila diminui o cristalino torna-se esbranquiçado e perde flexibilidade além de ocorrer à opacidade. Acontece ainda redução da força dos músculos extraoculares (MOTTA, 2013; ESQUENAZI; SILVA; GUIMARÃES, 2014 apud CASTRO et al., 2008). Como consequência, há perda do campo visual periférico e movimentação nos planos vertical e horizontal. Fica comprometida a sensibilidade ao contraste, discriminação das cores e noção de profundidade sendo evidente a redução da capacidade de recuperação após exposição à luz e adaptação ao escuro (FREITAS, 2002; ESQUENAZI; SILVA;

GUIMARÃES, 2014 apud BRON; MICHAEL, 2011).

A instabilidade postural é um reflexo da degeneração do sistema vestibulo ocular, responsável pelo desequilíbrio quando ocorre rotação do corpo, com consequente desvio de marcha (ESQUENAZI; SILVA; GUIMARÃES, 2014 apud CASTRO et al., 2008).

A perda de audição resulta da degeneração dos componentes do sistema auditivo que repercute em dificuldade de ouvir vozes femininas, conversas telefônicas e televisão (MOTTA, 2013). Há perda de discriminação dos sons mais baixo e maior acúmulo de cera no ouvido. Alterações vasculares tornam comuns vertigens e zumbidos (FREITAS et al., 2012).

Paladar e Olfato também sofrem comprometimento, são comuns alterações em suas funções. Habitualmente ocorre redução das habilidades sensoriais, destaca-se a redução na capacidade de detecção do gosto salgado (MOTTA, 2013).

Os sistemas osteomioarticular reservam mudanças significativas. No ser humano, a partir dos 30 anos de vida, a densidade musculoesquelética atenua. Com relação aos músculos, observa-se a perda de massa muscular magra com ampliação concomitante de tecido adiposo e colágeno; condições que notadamente são responsáveis pela mudança na composição corporal; a gordura se acentua no tronco e menos nos membros (MATSUDO et al., 2000). O decréscimo de massa muscular é mais intenso após os 60 anos e a redução de massa óssea é um processo gradual após os 40 anos. A redução da massa muscular provoca redução da força dos membros superiores e inferiores (DINIZ et al., 2010; MOTTA, 2013).

As articulações são afetadas pela perda de água de tendões e ligamentos, fator que gera mudanças nas características dos tecidos e, consequentes reflexos nos movimentos e elasticidade comprometendo ainda sua capacidade de deformação e resistência (MOTTA, 2013).

As alterações cardiorrespiratórias têm aspectos marcantes. O coração e as artérias sofrem mudanças de ordem estrutural onde os tecidos ganham características fibrosas, ocorre à substituição de tecido conjuntivo, aumento da gordura e calcificação. Fatores que isolados ou associados geram decréscimo na elasticidade muscular. Comumente provocam hipertrofia ventricular esquerda, aterosclerose e alterações nas valvas cardíacas. A contração e a capacidade diminuem tanto em repouso quanto em atividade. Disfunções na condução elétrica do coração levam a maior ocorrência de arritmias (CARDOSO, 2009 apud PASI, 2006; ESQUENAZI; SILVA; GUIMARÃES, 2014).

No aparelho respiratório ocorre comprometimento da capacidade e frequência respiratória. Essa atenuação é resultado do enfraquecimento dos músculos da parede

torácica associado à calcificação das cartilagens e articulações costais, além disso, há contração dos espaços intervertebrais (CARVALHO; LEME, 2002; CARDOSO, 2009 apud PASI, 2006).

O trato gastrointestinal apresenta mudanças nos mecanismos de absorção e secreção, mas também nas suas estruturas anatômicas. No esôfago ocorre redução da sua inervação tendo como consequência o surgimento ou aumento de episódios de refluxo. O estômago amplia o tempo de esvaziamento gástrico e redução na secreção de pepsina e ácido clorídrico, alterando o tempo de absorção de medicamentos. Decorrem restrição e fibrose do pâncreas, a secreção de lipase e insulina se encontram diminuídas (CARDOSO, 2009 apud FERRIOLI, et al., 2006, DINIZ et al., 2010).

No fígado ocorre redução de 30% de massa e 40% do fluxo sanguíneo seguido de diminuição de hepatócitos. Fatores que podem provocar alterações no metabolismo e biodisponibilidade de medicamentos fluxos dependentes (DINIZ et al., 2010; CAVALLI et al., 2011).

O intestino delgado é afetado pelo encolhimento da superfície mucosa das vilosidades intestinais além de ocorrer discreta redução na absorção de lipídeos e alguns nutrientes (vitamina D e B); e cresce em outros (glicose). No cólon ocorre a diminuição da peristalse e perda de força muscular e plexos nervosos do esfíncter exterior (FERRIOLI et al., 2006; CAVALLI et al., 2011).

Os rins sofrem perda de seu volume, o órgão é afetado pela retenção do aporte sanguíneo. Alterações estruturais nos néfrons, vasos renais, túbulos e interstícios limitam o fluxo plasmático renal em até 50% de sua capacidade havendo ainda prejuízo na filtração glomerular (DINIZ et al., 2010; CAVALLI et al., 2011; MOTTA, 2013).

A bexiga é afetada por disfunção dos músculos lisos e estriados somado a atrofia da uretra, acrescenta-se ainda o enfraquecimento da musculatura pélvica. Aspectos que favorecem o aumento de frequência e urgência urinária; episódio de incontinência urinária de esforço torna-se comuns nas mulheres (SOUZA, 2002). Os Homens são afetados pela retenção urinária devido ao ganho de volume da próstata (MOTTA, 2013).

A imunossenescência implica no declínio gradual das funções imunes que acompanha o envelhecimento. Tal retração acarreta no aumento da suscetibilidade de infecções e autoanticorpos. O processo de produção de células sanguíneas também é afetado (MOTTA, 2013).

Dentro do conjunto de mudanças explanado as mais relevantes ocorrem no trato gastrointestinal, fígado, rins, músculos e sistema nervoso central e podem promover modificações nos padrões de absorção, distribuição metabolismo e eliminação dos

fármacos. (DINIZ et al., 2010).

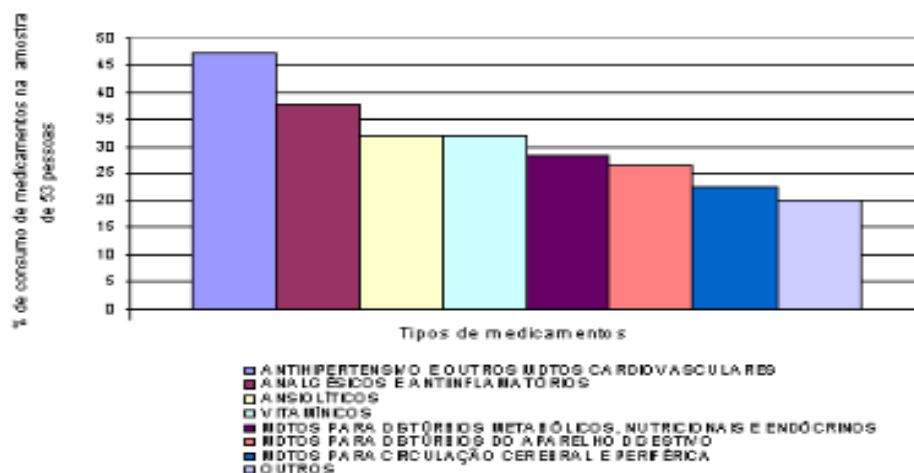
## 2.3 MEDICALIZAÇÃO

Segundo o Caderno atenção básica sobre Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, a doença e os medicamentos estão presentes no cotidiano das pessoas idosas, as alternativas para gerenciar essa situação são muito particulares. A utilização criteriosa e cautelosa dos medicamentos, sua correta utilização – dose, tipo e intervalos – e a orientação adequada das pessoas idosas e seus familiares, são alguns dos elementos essenciais na manutenção da qualidade de vida do idoso (BRASIL, 2007).

As principais doenças crônicas que afetam os idosos em todo o mundo • Doenças cardiovasculares (tais como doença coronariana) • Hipertensão • Acidente Vascular Cerebral (AVC) • Diabetes Melittus • Câncer • Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) • Doenças musculoesqueléticas (como artrite e osteoporose) • Doenças mentais (principalmente demência e depressão) • Cegueira e diminuição da visão. Nota: As causas de deficiências na 3ª idade são semelhantes para homens e mulheres, embora as mulheres sejam mais propensas a apresentar problemas musculoesqueléticos (OMS,1998).

Em relação aos medicamentos, os idosos chegam a constituir 50% dos multiusuários em decorrência da terapêutica utilizada com o passar dos anos, dada a vulnerabilidade biológica inerente ao envelhecimento. Nesta fase da vida há o aumento do risco de desenvolver doenças crônicas; como cardiopatias, diabetes, câncer e doenças infecciosas. Desta maneira, o aumento do consumo de medicamentos acompanha a tendência do envelhecimento populacional, constituindo a polifarmácia nos idosos uma situação de normalidade na clínica médica. Entretanto a introdução de um número crescente de especialidades farmacêuticas e de diferentes terapias apresentam, como consequência, os frequentes problemas da farmacoterapia (reações adversas, interações, utilização errada, tratamento inadequado, etc.) e, ainda, com maiores agravos face os processos patológicos e/ou as mudanças fisiológicas próprias da idade (ZUBIOLI,1998; ARAUJO, 1999; MOSEGUI et al.,1999; NUNES,1999).

Os medicamentos utilizados pelos idosos entrevistados foram agrupados considerando seus princípios ativos e o grupo terapêutico, de maneira que os grupos de fármacos identificados são mostrados na FIGURA 04.



BANPESQ, 2000

A automedicação tem sido praticada há muito tempo no Brasil. Atualmente, observa-se um número muito alto de idosos que realizam o ato. Automedicação nada mais é quando um indivíduo ou responsável decide, sem passar por uma avaliação médica, fazer o uso algum medicamento acreditando que o mesmo possa lhe trazer a cura de sua doença. O uso do medicamento de forma incorreta pode gerar reação adversa, reação alérgica, em associação com outro medicamento que está se fazendo uso, atrasar no diagnóstico, chegar a um nível de intoxicação medicamentosa podendo levar o paciente a uma internação hospitalar ou até mesmo a morte (ANDRADE et al., 2007).

Esta realidade está presente na casa de cada idoso, que por vários motivos moram sozinhos e não tem o auxílio de alguém que possa orientá-los de forma correta, seja observando a data de validade, a dosagem e o uso indiscriminado da medicação, que por muitas vezes é sem a receita médica, ou por indicação de terceiros. É de responsabilidade de o médico orientar o idoso quanto ao uso e horário. Os idosos muitos deles não tem uma assistência de alguém que possa ajudá-los com suas receitas que por muitas vezes são complicadas desde a interpretação dos receituários e horários.

Muitos acabam tomando repetidamente as mesmas medicações e assim não chegando a um resultado que seja eficaz ao seu tratamento, causando ainda mais patologias que surgem pelo uso incorreto das medicações. Cabe ao profissional ou familiar que esteja assistindo este idoso ajudá-lo a lidar com esta nova realidade que por muitas vezes traz em si muitas patologias e demências. Nos dias atuais existe uma variedade de medicamentos para todas as patologias, que ajudam a confundir cada vez mais os idosos.

A própria ideia de saúde é delineada no preceito do artigo 196 da Constituição Federal que a consagra como um direito de todos e um dever do Estado, sendo esse direito: “[...] garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988).

Nos dias atuais esta realidade está muito longe de acontecer, os direitos garantidos aos Idosos vem a cada dia sendo mais distante, com a falta de medicamento cada vez mais presente em nas unidades de saúde. Há sempre uma desculpa da parte dos governantes seja em âmbito Federal, Estadual ou Municipal. Dificultando cada vez mais o acesso da medicação ao Idoso.

Grande parte da população utiliza prescrições antigas para buscando saber o nome do medicamento e a forma de administrar, faz uso de sobras de medicamento que possui em casa ou simplesmente vai até a farmácia ou drogaria e adquirir medicação sem a prescrição médica o medicamento que deseja o que é contra a lei (LOYOLA FILHO et al., 2005; BORTOLON et al., 2008). Como esta realidade cresce cada vez mais a automedicação vem gerando muitas vezes mais gastos e complicações, paralelamente novas patologias surgem ao decorrer dos anos.

## **2.4 POLIFÁRMACIA**

Segundo o Caderno atenção básica sobre Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, a polifarmácia é o termo usado para descrever a situação em que vários medicamentos são prescritos simultaneamente, sendo uma prática clínica comum nas pessoas idosas. É um tipo de tratamento personalizado, em que os medicamentos prescritos podem ser controlados (em relação à dose e efeitos colaterais) pelo próprio clínico. Entretanto, é fundamental o conhecimento do profissional em relação aos aspectos, absorção e efeitos dos medicamentos no organismo (BRASIL, 2007).

A polifarmácia ajuda em certos tratamentos onde o médico cria uma nova fórmula, visando aperfeiçoar os resultados esperados para patologia a ser tratada. (Baumgratz-Paula, 2008), quando se observa que:

*[...] a medicalização contribuiu para atender a necessidade da população consumidora de bens e serviços de saúde, visando aos interesses do mercado, sem levar em conta os excessos alimentados pela indução da compra e do uso exagerados destes bens e serviços. (p. 18) de contrapartida encontra-se as grandes empresas farmacológicas que a cada dia mais cresce visando aumentar vendas e lucros, estamos num mundo totalmente capitalista. [...]*

Alguns medicamentos são usados extensivamente, aumentando os custos dos serviços de saúde e podendo ter consequências negativas para o indivíduo (ALVIM, 2016). Segundo o caderno partir dos consultórios médicos que criam fórmulas, misturando vários componentes e criando cada dia mais novos remédios. É onde tudo gira em torno de lucrar, sendo da parte dos fabricantes quanto os médicos e os donos de farmácia e drogarias. Os medicamentos mais comuns utilizados pelos idosos são os que atuam no sistema cardiovascular (anti-hipertensivos, diuréticos, digitálicos e anticoagulantes) que representam, aproximadamente, 45% das prescrições, os de ação no trato gastrointestinal (antiácidos, laxativos) e os ansiolíticos. Cabe ressaltar, que os idosos são grandes consumidores de analgésicos pertencentes à classe dos anti-inflamatórios não esteroides. Esse fato, associado ao declínio da função renal, pode desencadear distúrbios nesse órgão e prejudicar a excreção de outros medicamentos (BRASIL, 2015). Com isso cresce e muito o atendimento seja nas Unidades Básicas de Saúde ou nos Hospitais, pelo uso indiscriminado e até mesmo pelos efeitos colaterais negativos.

### **3. METODOLOGIA**

Foi realizada uma revisão da literatura referente aos dados estatísticos acerca do tema proposto, bem como uma atividade de educação e saúde para produção do material posteriormente aplicado em uma vivência nas unidades de saúde de atuação dos alunos, onde o público-alvo foi a população idosa, familiares e/ou cuidadores que frequenta as Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Joinville conforme adesão dos serviços.

#### **3.1 Público Alvo**

Familiares e/ou cuidadores e idosos pertencentes às Unidades Básicas de Saúde: UBSF Dom Gregório localizado no bairro Jardim Iririu, UBSF Boehmerwaldt I localizado no bairro Escolinha, UBSF Ulisses Guimarães localizado no bairro Ademar Garcia.

#### **3.2 Proposta de Intervenção**

A proposta de intervenção foi realizada nas unidades citadas no item 3.1, divididos em três grupos que realizaram a abordagem em sala de espera, utilizando cartilha



explicativa (Apêndice 01) e orientação dos idosos e seu familiar e/ou cuidador conforme ilustramos em algumas imagens (Apêndice 02). No meses de março a maio de 2018 foram realizados as seguintes ações produção do material e organização da ação e executado a ação nos locais pré-determinados.

### **3.3 Recursos Humanos e Materiais (orçamento)**

A equipe que realizou a intervenção é composta por cinco técnicos em enfermagem; Alexandre Rodrigues Pacak, Ana Leticia Da Cunha Onofre, Carlos Eduardo Below, Jeferson Rodrigues e Sirlene Cristina Pereira. Material de impressão (cartilha explicativa), deslocamento para local, onde os profissionais de enfermagem utilizaram cartilhas explicativas, para sanar sobre o uso correto das medicações.

Recursos	Valores
Material de impressão	R\$ 300,00
Transporte	R\$ 100,00
Total de gasto	R\$ 400,00

### **3.4 Parceiros ou instituições apoiadoras**

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA e LAR DE IDOSOS VIVA MAIS.

### **3.5 Avaliação**

Feedback dos participantes através de pesquisa de adesão da cartilha pela equipe das UBS, em loco conforme adesão do grupo, com ficha própria de controle juntamente do aplicador no momento da intervenção.

### **3.6 Resultados alcançados**

Foi viabilizado o entendimento dos idosos sobre as receitas e medicamentos prescritos durante a consulta na unidade básica de saúde, através das orientações recebidas em loco.

Foi Conscientizado sobre a posologia do medicamento, forma de administração, horários a serem ingeridos, através das orientações disponíveis na cartilha e entrega de um modelo de controle de medicamento destacável ao final do material informativo.

Houve a melhora da compreensão da importância quanto ao armazenamento e

validade dos medicamentos, pela grande aceitação dos participantes na pesquisa.

#### 4. Cronograma de execução do Projeto de Intervenção

Início das ações práticas com a confecção dos materiais 15/02/2018

Ação	2017	2018
Projeto escrito	X	
Seminário em evento	X	
Apresentação do projeto	X	
Produção do material		X
Aplicação da ação		X
Relatório final		X

#### 5. RESULTADO E DISCUSSÃO

Foi aplicado entre os meses de abril e maio de 2018 abordando um total de 91 pessoas em abordagens individuais realizando orientações acerca do tema. No período de aplicação foi feito o registro de dados por fotos e planilha de dados com quantitativo de participante (idade e sexo) para a elaboração do relatório final.

A explicação da cartilha propiciou a aplicação prática de todo o trabalho desenvolvido, no contexto geral, os participantes demonstraram atenção valorizando a iniciativa. Alguns profissionais das UBSF's destacaram o conteúdo da cartilha, adotando o material como ferramenta de intervenção durante os atendimentos. A recepção positiva da intervenção incorreu na sugestão da aplicação do projeto para o público em geral além de incluí-lo como parte da agenda das ações de educação e saúde, ampliando sua periodicidade.

Observamos que, em média, os idosos fazem uso de três medicações rotineiramente. Percebeu-se durante as abordagens uma prevalência do uso de medicações para controle de doenças cardiovasculares, dados que evidenciaram a presença de doenças crônicas não transmissíveis nesse grupo corroborando dados da revisão bibliográfica.

Foi abordado um total de 91 usuários entre a faixa etária de 39 a 94 anos conforme podemos verificar no gráfico 01, as de idade entre 39 e 49 anos se dá pela presença de

cuidadores e familiares os quais foram orientados no lugar dos idosos devido a vários fatores como a limitação deste de vir até a unidade, seu conhecimento ou entendimento do tema e por serem os responsáveis pela execução do tratamento, já as pessoas entre 50 e 59 anos atualmente em tratamentos de doenças crônicas de forma precoce sendo necessário orientá-los com a medicalização e assim melhorar este quesito, além de ser possível familiar ou cuidador, já acima de 60 anos ou mais são aqueles idosos ativos que fazem parte do tratamento e que vão até a unidade mensalmente para buscar suas medicações e cuidados. Com relação ao gênero conforme podemos verificar no gráfico 02, novamente se destaca o sexo feminino por se cuidar mais historicamente e também ser o responsável pelo tratamento do cônjuge, pais e outros familiares do grupo.

Gráfico 01

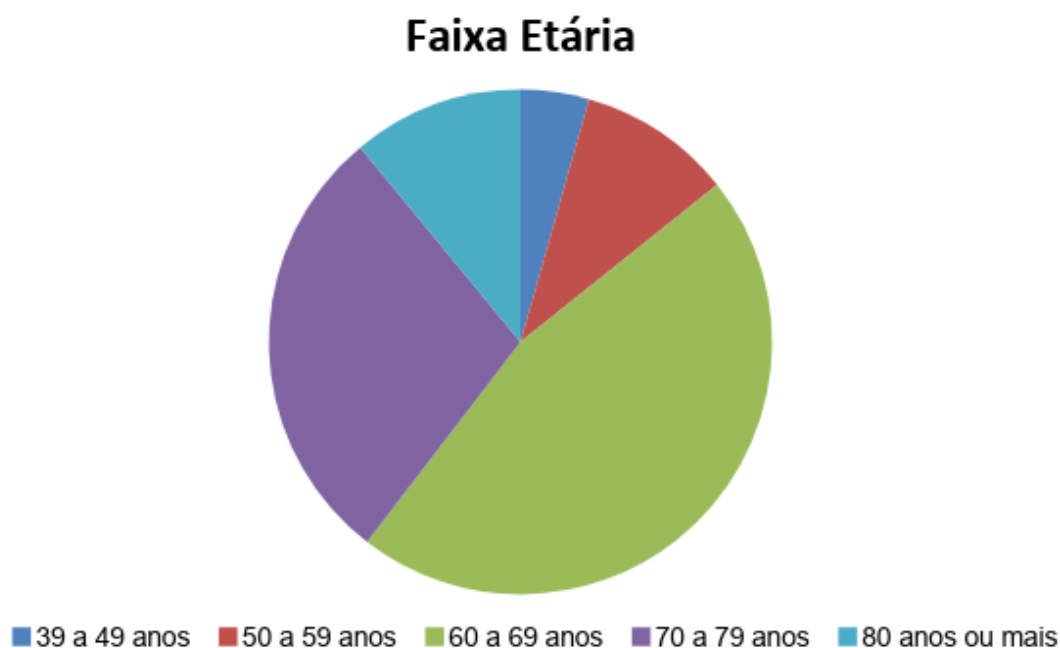
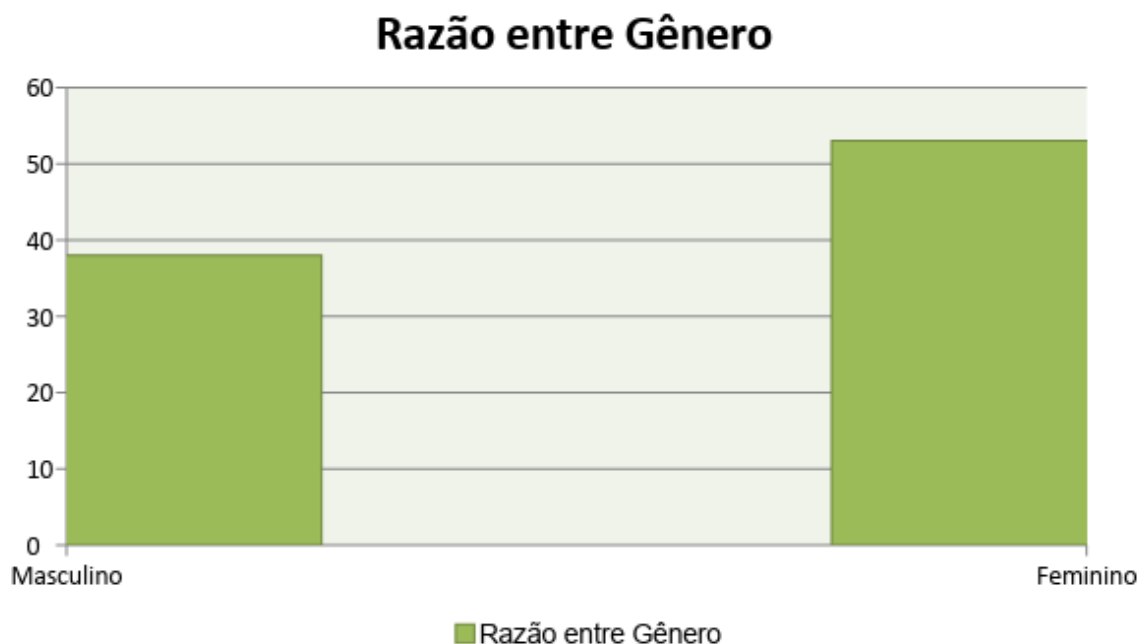


Gráfico 02



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto de intervenção nos proporcionou uma vivência junto à comunidade, através do desenvolvimento e aplicação de uma cartilha explicativa padronizada, que seja de fácil entendimento para auxiliar os idosos a utilizar os medicamentos de forma correta, oferecendo um maior conhecimento à população em geral sobre o uso da medicação, de forma a garantir que esta seja corretamente administrada e ingerida, evitando possíveis complicações e danos futuros. Assim o grupo pode, com este trabalho, atender uma demanda importante dos seus serviços de Saúde.

A pesquisa de campo desenvolvida evidenciou os dados importantes que se destacaram nos referenciais, como por exemplo o uso de três ou mais medicações, a desorientação de como usar, a necessidade de um cuidador/familiar ativo neste processo de cuidado. Enquanto profissionais da área da enfermagem foi gratificante otimizar esta demanda através da elaboração e aplicação desse projeto de educação e saúde como resultado obtivemos um retorno positivo da população participante assim como de profissionais da área de saúde, tais resultados corroboraram a credibilidade do projeto. A possibilidade de continuidade deste estudo semeou a necessidade de uma intervenção focada no tema, esperamos que seja implantada e ampliada como abordagem em outras unidades e serviços voltados a assistência dessa população.

## REFERÊNCIAS

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O Processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*, volume 1, artigo nº7, Janeiro / Março, 2012. Disponível em: [http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/viewFile/196/194].

CANCELA, D. M. G. O processo de envelhecimento. 2007. volume 15, artigo nº1. *Psicologia*. Universidade Lusitana do Porto, Porto – Portugal, 2008. Disponível em: [http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf].

DINIZ, J. S. V; FERREIRA, J. S. V; LOWANDE, C. A. N.; SANTOS-NETO, P. M.; SIQUEIRA, L. L.; SOUZA, F. Medicamentos em idoso in: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional, 2010. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010 p. 41-44. Disponível em: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12971/1/CAPITULO\_MedicamentosIdosos.pdf].

ESQUENAZI, D.; GUIMARÃES, A. M.; SILVA, S. R. B. Aspectos fisiológicos do envelhecimento humano e queda em idosos. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro – RJ, vol. 13, artigo nº 2, p. 11-20, abril / junho 2014. Disponível em: [http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/10124/9623].

CARDOSO, A. F. Particularidade dos idosos: uma revisão sobre a fisiologia do envelhecimento, **Revista Digital**, Buenos Aires – Argentina, Ano 13, nº 130, p. 1, março 2009. Disponível em: [http://www.efdeportes.com/efd130/idosos-uma-revisao-sobre-a-fisiologia-do-envelhecimento.htm].

CARVALHO FILHO, E. T.; LEME, L. E. G. Envelhecimento do sistema respiratório. In: Papaléo Neto, M.; Carvalho Filho, E. T. *Geriatría: Fundamentos. Clínica e Terapêutica*. 2. ed. São Paulo: Atheneu. p. 291-295, 2002.

ARAUJO, L. F.; CARVALHO, V. A. M. L. (2005). Aspectos sócio-históricos e psicológicos da velhice. **Revista de Humanidades**, Caicó – RN, vol. 6 (13), p. 228 – 236, dezembro,

2004. Disponível em: [<https://periodicos.ufrn.br/mneme/article/view/278/254>].

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro – RJ. FIOCRUZ, 2002. p. 209. Disponível em: [<https://static.scielo.org/scielobooks/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf>].

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. **O envelhecimento na atualidade**: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Estud. psicol. Campinas - SP, 2008, vol. 25, (4), p.585-593. Disponível em: [<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>].

BARBOSA, L. M. L. H.; REIS, C.; PIMENTEL, V. P. **O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde**, Rio de Janeiro – RJ, BNDES, 2016. p. 119 – 124. Disponível em: [<https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/conhecimento/noticias/noticia/envelhecimento-transicao-demografica>].

KALACHE, A; RAMOS, L. R.; VERAS, R. P. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, vol. 21 (3), p. 211- 224, outubro 1987. Disponível em: [<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n3/06>].

BEZERRA, A. C.; **Concepções sobre o processo de envelhecimento**. 2012. p. 35. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos – PI, 2012. Disponível em: [<http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/picos/arquivos/files/AndreiaBezerra.pdf>].

FARO, A. C. M.; GUSMÃO, J. L.; LEITE, R. C.B. O.; MENDES, M. R. S. S. B. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, vol. 18 (4), p. 422 – 426, fevereiro, 2005. Disponível em: [<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4.pdf>].

SANTOS, S. S. C. Concepção teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol. 63 (6), p. 1035 – 1039, dezembro, 2010. Disponível em: [<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/25.pdf>].

ASSIS, M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista APS**, Rio de Janeiro – RJ, vol. 8 (1), p. 15 – 24, junho, 2005.

Disponível em: [<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>].

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Cadernos de Atenção Básica nº 19. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2006. p. 192 (Série A). Disponível em: [[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_saude\\_pessoa\\_idosa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf)].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Datasus - Departamento de Informática do SUS**. Copyright 2008. Disponível em: [<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>]. Acesso em: novembro, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. 1º edição traduzida para português. Brasília – DF. Tradução: Suzana Gontijo, 2005. p. 62. Disponível em: [[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)].

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em: [<https://www2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>]. Acesso em: novembro, 2017.

ROSA, R.; SALES, R.; SARAIVA, A. **Envelhecimento da população do Brasil deve se acelerar, aponta IBGE**. Jornal Valor Econômico. Disponível em: [<http://www.valor.com.br/brasil/4794347/envelhecimento-da-populacao-do-brasil-deve-se-acelerar-aponta-ibge>]. Acesso em: novembro, 2017.

KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade Estado**, Brasília – DF, vol. 27 (1), p. 165 – 180, abril, 2012. Disponível em: [<http://www.scielo.br/pdf/se/v27n1/09.pdf>].

CALDAS, C. P.; GOMES, H. L. Uso inapropriado de medicamentos pelo idoso: polifarmácia e seus efeitos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto UERJ**, Rio de Janeiro – RJ, vol. 7 (1), p. 88 – 99, junho 2008. Disponível em:

[[http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=195](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=195)].

BRASIL, art. 196, 5 de outubro de 1988, Constituição da República Federativa do Brasil.

Disponível em: [[http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes\\_Brasileiras/constituicao1988.html/Constituiode1988.pdf](http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html/Constituiode1988.pdf)]

CUNICO, C.; OLIVEIRA, K. S.; PENTEADO, P. T. P. S.; POLICHUK, M. O. **O Uso de Medicamentos por Idosos**. 2000. Universidade Federal do Paraná, Curitiba – PR, 2000. Disponível em: [<http://www.visaoacademica.ufpr.br/v3n1/idosos.htm>]



APÊNDICE 02

