



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE FARMÁCIA**

**WANESSA CHRYSTIANE DE SOUZA PORTO**

**USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NA UNIVERSIDADE ABERTA DA  
MATURIDADE VISANDO MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS**

**Trabalho de Conclusão de Curso**

**CAMPINA GRANDE  
2017**

WANESSA CHRYSTIANE DE SOUZA PORTO

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NA UNIVERSIDADE ABERTA DA  
MATURIDADE VISANDO MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a  
Universidade Estadual da Paraíba, como  
requisito parcial à obtenção do Título de  
Bacharel em Farmácia.

**Orientadora:** Profa. Dra. Lindomar de Farias  
Belém

**CAMPINA GRANDE**  
**2017**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

P853u Porto, Wanessa Chrystiane de Souza.  
Uso racional de medicamentos na Universidade Aberta da Maturidade visando melhorar a qualidade de vida dos idosos [manuscrito] : / Wanessa Chrystiane de Souza Porto. - 2017.  
57 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.

"Orientação : Profa. Dra. Lindomar de Farias Belém, Coordenação do Curso de Farmácia - CCBS."

1. Envelhecimento. 2. Medicamentos. 3. Idosos.

21. ed. CDD 615.1

WANESSA CHRYSTIANE DE SOUZA PORTO

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NA UNIVERSIDADE ABERTA DA  
MATURIDADE VISANDO MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS

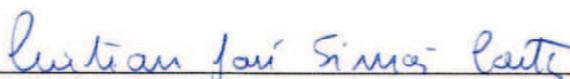
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a  
Universidade Estadual da Paraíba, como  
requisito parcial à obtenção do Título de  
Bacharel em Farmácia.

Aprovada em: 04/12/2014.

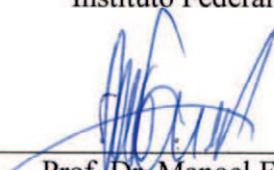
BANCA EXAMINADORA



Prof.<sup>a</sup> Dra. Lindomar de Farias Belém  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Msc. Cristian José Simões Costa  
Instituto Federal de Alagoas (IFAL)



Prof. Dr. Manoel Freire de Oliveira Neto  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus e a Nossa Senhora que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas em todos os momentos da minha vida.

Agradeço aos meus pais, Osmar Porto e Crizoleide Porto, pela determinação e luta na minha formação e dos meus irmãos. a minha Mainha, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis. Ao meu pai que apesar de todas as dificuldades me fortaleceu e que pra mim é muito importante.

Obrigada meus irmãos Giorge e Wagner, cunhadas Eveline e Priscilla sobrinhos Davi e Elena, tios, primos, afilhados, família em geral por compreender que nos momentos de minha ausência dedicados ao estudo, sempre fizeram entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente e pela contribuição valiosa.

Agradeço em especial ao meu irmão Dr. Marcos Wagner e o meu amigo-irmão Dr. José Adailson, que muito contribuíram para a minha formação.

Ao meu namorado, melhor amigo e companheiro de todas as horas, Robson Araujo, pelo carinho, compreensão, amor. Por sempre me apoiar em todas as minhas decisões.

Agradeço aos meus avós paternos (Matias e Mercês) e maternos (Marreiro e Maria Eulina) ao meu irmão (Wellington) madrinha (Hilda) e meu Padrinho (Adolfo) in memoriam que infelizmente não estão presentes entre nós, mas aproveito também para agradecê-los, estejam onde estiverem por eles terem feito parte da minha historia.

A minha Orientadora Prof. Dra. Lindomar Farias de Belém pela assistência e confiança em mim depositada.

Agradeço aos professores participantes da banca examinadora que dividiram comigo este momento tão importante e esperado: Prof. Msc. Cristian José Simões Costa e Prof. Dr. Manoel Freire de Oliveira Neto

A Universidade Estadual da Paraíba, em especial ao departamento de Farmácia, que contribuiu para a minha formação. Ao Centro de Informação Sobre Medicamentos – CIM pela a bolsa de extensão concedida.

Aos alunos ao qual eu acompanhei durante esse período da UAMA, pela a colaboração de cada um e pela acolhida carinhosa que tive por parte de todos e, também a todos aqueles que fazem parte desta instituição.

Meus agradecimentos aos meus amigos em especial: Deise, Denise, Patrícia, Gilvanise, Roberta, Ana, Cinthian, Jailane, Aline, Lucelia, Maria Angelica, Willian, Anderson, Messias, Vitor, Varderleya, Charlianne, Joyce, Rafaela, Karla e todos os colegas que passaram por mim companheiros de trabalhos e irmãos na amizade, que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza.

A todos que contribuíram de forma direta ou indireta na execução desta pesquisa.

# **USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NA UNIVERSIDADE ABERTA DA MATURIDADE VISANDO MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS**

Orientanda: Wanessa Chrystiane de Souza Porto

Orientadora: Lindomar de Farias Belém

Email: [wcdsp@uol.com.br](mailto:wcdsp@uol.com.br); [lindomardefariasbelem@gmail.com](mailto:lindomardefariasbelem@gmail.com)

## **RESUMO**

Atualmente muitos idosos participam de atividades educativas e acadêmicas em instituições que oferecem apoio bio-psico-social. A Universidade Aberta à Maturidade é uma instituição que possibilita aos idosos à participação em aulas de formação especial aberta à maturidade, aprofundando seus conhecimentos em diversas áreas e temas relacionados ao envelhecimento humano. Isso favorece ao idoso integrar-se socialmente e valorizar o potencial que possui como cidadão. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho foi investigar como os alunos da UAMA atuam em relação aos benefícios obtidos na melhoria da saúde dos idosos. A pesquisa foi exploratória, descritiva de abordagem qualitativa, onde os dados foram colhidos através de entrevista e ficha de acompanhamento farmacoterapêutico, aplicados aos integrantes da Universidade Aberta da Maturidade (UAMA) Campus Campina Grande, que foram escolhidos de forma aleatória. Os idosos da UAMA sofrem mais de hipertensão, fazem uso mais de anti-hipertensivos. Durante a pesquisa foi possível observar o aparecimento de diversas intensidades de interações medicamentosas em idosos de 60 a 89 anos de idade.

Palavras-chave: idosos, envelhecimento, medicamentos.

# **RATIONAL USE OF DRUGS IN THE UNIVERSITY OPENED OF MATURITY IN ORDER TO IMPROVE THE QUALITY OF LIVING OF ELDERLY**

## **ABSTRACT**

Orient: Wanessa Chrystiane de Souza Porto

Advisor: Lindomar de Farias Belém

Email: [wcdsp@uol.com.br](mailto:wcdsp@uol.com.br); [lindomardefariasbelem@gmail.com](mailto:lindomardefariasbelem@gmail.com)

Many older people currently participate in educational and academic activities at institutions that offer bio-psycho-social support. University Open to Maturity is an institution to enable the elderly to participate in special training classes open to maturity, deepening their knowledge in various areas and themes related to human aging. This favors the elderly to integrate socially and to value their potential as a citizen. In this context, the objective of this study was to investigate how UAMA students act in relation to the benefits obtained in improving the health of the elderly. The research was exploratory, descriptive of a qualitative approach, where the data were collected through an interview and a pharmacotherapeutic follow - up sheet, applied to members of the Open University of Maturity (UAMA) Campus Grande Campina, who were chosen at random. The elderly of the UAMA suffer more from hypertension, make more use of antihypertensive. During the research it was possible to observe the appearance of several intensities of drug interactions in the elderly from 60 to 89 years of age.

Keywords: elderly, aging, drug

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Percentual de alunos da UAMA por sexo.....	26
Figura 2	Percentagem de Idosos por década.....	27
Figura 3	Classes de medicamentos utilizados pelos idosos da UAMA.....	28
Figura 4	Tipos de atividades de lazer.....	29
Figura 5	Disciplinas que os idosos gostam de estudar na UAMA.....	30
Figura 6	Patologias citadas pelos participantes da pesquisa.....	31
Figura 7	Grau de escolaridade dos alunos da UAMA.....	32
Figura 8	Interações medicamento/medicamento.....	34
Figura 9	Interações Medicamento/Alimento.....	36

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Identificação dos medicamentos utilizados pelos os idosos da UAMA.....	42
Tabela 2	Possíveis interações medicamentosas em relação a medicamento/medicamento e medicamento/alimento.....	47

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	11
2.1 OBJETIVO GERAL .....	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	12
3.1 PROCESSOS DE ENVELHECIMENTO NO BRASIL.....	12
3.2 DOENÇAS PREVALENTES.....	13
3.3 UNIVERSIDADE ABERTA À MATURIDADE (UAMA).....	17
3.4 GRUPOS DE CONVIVÊNCIA.....	18
3.5 MEDICAMENTOS.....	21
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	23
<b>5 RESULTADOS</b> .....	25
5.1 FICHAS FARMACOTERAPEUTICA.....	25
5.3 INTERAÇÕES.....	32
6 CONCLUSÃO.....	36
REFERÊNCIAS.....	37
<b>APÊNDICE I</b> .....	41
<b>APÊNDICE II</b> .....	456
<b>APÊNDICE III</b> .....	46
<b>APÊNDICE IV</b> .....	46

## 1 INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, o número de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente do que o de qualquer outra faixa etária em todo o mundo. A população de idosos cresceu 7,3 milhões entre 1980 e 2000, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000. Até 2025, o Brasil será o sexto país em número de idosos (World Health Organization - WHO, 2005).

O envelhecimento é um processo irreversível que acontece para todos, todavia a forma como cada um envelhece depende do contexto social e cultural que vivenciou. Isso significa dizer que alguns idosos viverão mais que outros em condições de saúde diferentes. Assim, um aspecto que é essencial para o envelhecimento bem sucedido é conquistar anos a mais em sua vida, mas com capacidade funcional e autonomia cognitiva. Para isso é preciso conhecer as condições de saúde dos idosos para se pensar em políticas públicas que possam proporcionar a promoção, prevenção e se necessário à reabilitação da saúde do idoso (GARCES et al., 2013).

Atualmente muitos idosos participam de atividades educativas e acadêmicas em instituições que oferecem apoio social, psicológico e biológico. Nesses ambientes de convivência, os idosos oportunizam a educação para o lazer na terceira idade, para redistribuição do tempo e aproveitamento do tempo livre, favorecendo o idoso a integrar-se socialmente e valorizar o potencial que possui como cidadão (LEITE, CAPPELLARI e SONEGO, 2002).

O objetivo deste estudo é analisar os aspectos envolvidos no processo de envelhecimento, enfocando a importância do contexto social na determinação da idade da velhice, pois indivíduo e sociedade estão relacionados diretamente. A relação entre os aspectos cronológicos, biológicos, e culturais é fundamental na padronização de um indivíduo como idoso ou não. A pessoa quando chega aos 60 anos é considerada idosa, independentemente de seu estado biológico, psicológico e social.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Investigar quanto o uso de medicamentos influencia na saúde e qualidade de vida dos idosos.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar os idosos sobre os medicamentos utilizados.
- Orientar os idosos sobre os medicamentos de uso contínuo, e as possíveis interações medicamentosas.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 PROCESSOS DE ENVELHECIMENTO NO BRASIL

O aumento da estimativa de vida é o desejo de qualquer sociedade. Porém, só podemos considerar essa conquista quando esses anos adquiridos a mais, sejam vividos com qualidade de vida.

Nosso país, assim como o mundo todo, está envelhecendo com estimativa que indicam uma elevação desses índices para as próximas décadas. A redução das taxas de mortalidade, devido à melhoria das condições sanitárias, à urbanização e à evolução da medicina, elevou a expectativa de vida. Nas últimas décadas a expectativa de vida aumentou mais do que nos cinco milênios anteriores. A queda da natalidade contribuiu para a maior porcentagem de idosos na população mundial. Segundo a ONU, em 2050, o número de sexagenários irá ultrapassar o de jovens com menos de 15 anos no mundo. Esta mudança no padrão demográfico vem ocorrendo desde o final da década de 60 no Brasil. Outro processo em andamento é o aumento progressivo da porcentagem de mulheres idosas, uma vez que apresentam maior sobrevida. Em contraposição, percebe-se que nossa sociedade confunde a imagem do envelhecer e da velhice, como uma fase da vida em declínio, tanto no aspecto físico, psíquico, quanto nas relações sociais.

O Brasil é um país que envelhece a passos largos. As alterações na dinâmica populacional são claras, inexoráveis e irreversíveis. No início do século 20, um brasileiro vivia em média 33 anos, ao passo que hoje a expectativa de vida dos brasileiros atinge os 68 anos (RAMOS, 1993; SILVESTRE, 1998.). Entre 1960 e 1980, observou-se no Brasil uma queda de 33% na fecundidade (ALVES, 1997; VERAS, 2001). A diminuição no ritmo de nascimento resulta, a médio prazo, no incremento proporcional da população idosa. Nesse mesmo período de 20 anos, a expectativa de vida aumentou em oito anos. Hoje, a população de idosos ultrapassa os 15 milhões de brasileiros (para uma população total de cerca de 170 milhões de habitantes), que em 20 anos serão 32 milhões (VERAS, 2002).

Em 2003, segundo o IBGE, 29,9% da população brasileira reportou ser portadora de, pelo menos, uma doença crônica. O fato marcante em relação às doenças crônicas é que elas crescem de forma muito com o passar dos anos: entre as pessoas de 0 a 14 anos, foram reportados apenas 9,3% de doenças crônicas, mas entre os idosos este valor atinge 75,5% do

grupo, sendo 69,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres (VERAS; PARAHYBA, 2007).

Segundo dados do IBGE, são as enfermidades relacionadas a problemas do aparelho circulatório que atinge mais fortemente as pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais. A doença que mais leva o idoso a óbito é neoplasias. Em 1996, de acordo com IBGE, a mortalidade em função do problema circulatório foi maior do que 40% para aqueles que viviam em regiões mais frias. Porém, nos anos 2000 e 2005 observou-se uma tendência de redução desses percentuais (37% em média para todo país). Essa melhoria pode estar em função da melhoria no atendimento dos serviços de saúde e/ou de uma maior conscientização, por parte da população, quanto à alimentação e à prática de exercícios físicos (IBGE, 2009).

Cerca de 40% da população adulta brasileira, o equivalente a 57,4 milhões de pessoas, possui pelo menos uma doença crônica não transmissível, segundo dados inéditos da Pesquisa Nacional de Saúde. As doenças crônicas atingem principalmente o sexo feminino (44,5%) – são 34,4 milhões de mulheres e 23 milhões de homens (33,4%). As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por mais de 72% das causas de mortes no Brasil. A hipertensão arterial, o diabetes, a doença crônica de coluna, o colesterol (principal fator de risco para as cardiovasculares) e a depressão são as que apresentam maior prevalência no País (BRASIL, 2014).

### 3.2 DOENÇAS PREVALENTES

Em paralelo com a transição demográfica verificou-se a transição epidemiológica, ou seja, a mudança do perfil dos agravos da Saúde com a redução da prevalência das doenças infecto-contagiosas e aumento das doenças crônico-degenerativas, uma vez que os indivíduos vão viver maior tempo de sua vida como portadores de doenças sem cura, mas passíveis de controle. As doenças crônico-degenerativas são as principais causas das internações dos idosos, onde o avanço da idade é o maior fator de risco para o surgimento destas doenças, podemos citar alguns tipos de doenças crônico-degenerativa: hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, osteoporose, problemas de coluna, colesterol alto, AVC, depressão, etc.

De um modo geral, o relato de condições crônicas é mais frequente nas mulheres, mas quando se leva em conta a gravidade da enfermidade, os homens tendem a reportar mais doenças crônicas fatais (VERBRUGGE e WINGARD, 1987; BIRD e RIEKER, 1999). O relato de doenças crônicas de baixa letalidade (por exemplo, hipertensão, artrite, dor lombar

crônica, dor de cabeça, sinusite e asma) é maior entre as mulheres, mesmo quando desagregado por variáveis socioeconômicas, como o percentual de contribuição na renda familiar, ser ou não chefe da família e posição no mercado de trabalho (MARCUS e SEEMAN, 1981). Na Inglaterra, há um nítido excesso em favor das mulheres no relato de doenças crônicas, limitantes ou não, porém este padrão não é evidente em todas as faixas etárias (MACINTYRE et al., 1996).

Estudos populacionais realizados no país têm demonstrado que não menos que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, e cerca de 10% apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades (CEI-RS, 1997; RAMOS et al., 1993). A presença de uma ou mais enfermidade crônica, no entanto, não significa que o idoso não possa conservar sua autonomia e realizar suas atividades de maneira independente. De fato, a maioria dos idosos brasileiros é capaz de se autodeterminar e organizar-se sem necessidade de ajuda, mesmo sendo portador de uma ou mais enfermidade crônica. Os mesmos estudos citados acima revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisa de algum tipo de auxílio para realizar pelo menos uma atividade instrumental da vida diária, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições ou limpar a casa, e que 10% requerem ajuda para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, até, sentar e levantar de cadeiras e camas (RAMOS et al., 1993).

O aumento dos idosos na população implica, em termos de utilização dos serviços de saúde, um maior número de problemas de longa duração, que frequentemente exigem intervenções custosas, envolvendo tecnologia complexa para um cuidado adequado (VERAS, 1994; VERAS, 2001).

Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um quadro caracterizado por enfermidades complexas e onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas (GORDILHO et al., 2000). Esse fato acarreta crescimento das despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que apresenta um desafio para as autoridades sanitárias, especialmente no que tange à implantação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados (VERAS, 2000). A baixa resolutividade do modelo em curso, a precariedade dos serviços ambulatoriais, a escassez dos serviços domiciliares, a falta de instâncias intermediárias (como os hospitais-dia e centros de convivência), fazem com que o primeiro atendimento ocorra em estágio avançado, dentro do hospital, o que não só aumenta os custos como diminui as chances de um prognóstico favorável (MENDES, 2001).

Skinner e Vaughan (1985) propõem que a ociosidade e o afastamento levam à deterioração gradual dos processos sensoriais, induzindo o indivíduo a isolar-se e desenvolver enfermidades crônicas ou degenerativas pelo próprio processo do envelhecimento.

As doenças crônicas geralmente são incuráveis e de origem não-contagiosa, caracterizadas por um longo período de latência, curso prolongado, provocando incapacitação e com alguns fatores de risco bem conhecidos. A maioria das doenças crônicas é associada ou causada por uma combinação de fatores sociais, culturais, ambientais e comportamentais (MCQUEEN, 2007). Apesar de não terem risco de vida imediato, causam sobrecarga substancial para a saúde, provocam impacto econômico e deterioram a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades (SCHLENK et al., 1998; CHODOSH et al., 2005). Estes fatos tornam-se um agravante nos países em fase de industrialização e não industrializados, onde vive em torno de 80% da população mundial. Esses países provavelmente vão vivenciar a maioria das causas de incapacitação e morte associadas às doenças crônicas, acarretando efeitos catastróficos nos sistemas de cuidados de saúde e no desenvolvimento econômico. Também a relativa qualidade dos serviços oferecidos às populações de baixa renda, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, exacerba o já aumentado risco dos problemas das doenças crônicas decorrentes de fatores como a urbanização e o envelhecimento da população (MCQUEEN, 2007).

No que trata-se de doenças observa-se uma transição epidemiológica da sociedade idosa, onde se observa a redução da prevalência das doenças infecto-contagiosas e o aumento das crônico-degenerativas, uma vez que os indivíduos vão viver maior tempo de sua vida como portadores de doenças sem cura, mas passíveis de controle: doenças cardiovasculares, diabetes, dislipidemia, Alzheimer, Aterosclerose, osteoporose, Doenças Cerebrovasculares, Artrite Reumatóide e Desordem Temporomandibular, etc. Observa-se ainda, considerando os idosos, grande importância das doenças infecciosas que ocorrem em indivíduos com diversas doenças crônicas, o que propicia maiores consequências prejudiciais para a saúde destes indivíduos.

A população mundial tem aumentado como um todo e está vivendo mais tempo. A tendência é que esse envelhecimento traga novas demandas sociais, políticas e econômicas para todos os países. Sem um planejamento proativo para criar mudanças ambientais e individuais que promovam um envelhecimento adequado, a escala de custo de saúde e sistemas de suporte social para essa população ficará insustentável (HAWKINS, 2005).

Segundo Peixoto (2004) quando avaliaram os custos de internações hospitalares entre idosos (60 ou mais anos de idade) brasileiros em 2001, segundo gênero, faixa etária, macrorregião de residência e diagnóstico principal da internação, assim como comparar essas informações com o observado entre adultos mais jovens (20-59 anos). O autor observou que os idosos de 60 anos ou mais correspondiam a 14,3% da população adulta e, no entanto, contribuíram para 33,5% das internações hospitalares e 37,7% do custo hospitalar. Já para os adultos mais jovens o autor observou que o número de internações (66,35%) e os recursos pagos pela mesma (62,25%) é bem maior quando comparado os idosos de 60 anos ou mais. As cinco principais causas de internações em idosos foram: insuficiência cardíaca, bronquite/enfisema/outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas, pneumonia, doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração.

As doenças crônicas geralmente são incuráveis e de origem não contagiosa, caracterizadas por um longo período de latência, curso prolongado, provocando incapacitação e com alguns fatores de risco bem conhecidos. A maioria das doenças crônicas é associada ou causada por uma combinação de fatores sociais, culturais, ambientais e comportamentais (MCQUEEN, 2007). Apesar de não terem risco de vida imediato, causam sobrecarga substancial para a saúde, provocam impacto econômico e deterioram a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades (SCHLENK et al., 1998; CHODOSH et al., 2005). Estes fatos tornam-se um agravante nos países em fase de industrialização e não industrializados, onde vive em torno de 80% da população mundial. Esses países provavelmente vão vivenciar a maioria das causas de incapacitação e morte associadas às doenças crônicas, acarretando efeitos catastróficos nos sistemas de cuidados de saúde e no desenvolvimento econômico. Também a relativa qualidade dos serviços oferecidos às populações de baixa renda, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, exacerba o já aumentado risco dos problemas das doenças crônicas decorrentes de fatores como a urbanização e o envelhecimento da população (MCQUEEN, 2007).

Como estratégias sugeridas pela Organização Mundial da Saúde para melhoria dos resultados e cuidados clínicos, estão, entre outras: aumento do fluxo de conhecimento e informações entre os pacientes e os cuidadores e entre cuidadores; educação e suporte dos pacientes no melhor manejo possível de suas condições; auxílio aos pacientes na adesão ao tratamento, através de efetivas e amplas intervenções; e monitorização e avaliação da qualidade dos serviços e resultados (EPPING-JORDAN et al., 2001).

A preocupação com o envelhecimento é um fenômeno novo, decorrente do extraordinário crescimento populacional das últimas décadas e das características próprias da sociedade industrial moderna (MARTINS, 1981).

A etapa da vida caracterizada como velhice, com suas peculiaridades, só pode ser compreendida a partir da relação que se estabelece entre os diferentes aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Essa interação institui-se de acordo com as condições da cultura na qual o indivíduo está inserido. Condições históricas, políticas, econômicas, geográficas e culturais produzem diferentes representações sociais da velhice e também do idoso. Há uma correspondência entre a concepção de velhice presente em uma sociedade e as atitudes frente às pessoas que estão envelhecendo (SCHNEIDER1 e IRIGARAY, 2008).

### 3.3 UNIVERSIDADE ABERTA À MATURIDADE (UAMA)

A Universidade Aberta à Maturidade possibilita ao idoso além de educação e oportunidade de aprender uma profissão, proporciona ao idoso abrir-se para o mundo, conhecendo seus direitos e vivenciando novas experiências.

A Universidade Aberta à Maturidade - UAMA se configura no curso voltado para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Constitui-se um espaço sócio pedagógico no qual são ofertados aos participantes, oportunidades para ampliar conhecimentos, socializar vivências e experiências individuais e coletivas, quanto ao nível de reflexão crítica do conhecimento gerontológico e sobre o cotidiano (SOUSA, 2013).

A Universidade Aberta à Maturidade, com sede na Universidade Estadual da Paraíba, em Campina Grande, se apresenta como uma instituição que dá voz àqueles que, antigamente, foram silenciados, seja pelo tempo ou pela sociedade. Criada em 2009 tomando como referência o projeto existente na Universidade de Granada, na Espanha, a Universidade Aberta à Maturidade busca oferecer conhecimentos em variadas áreas, além do conhecimento que o contato intergeracional pode oferecer (COUTINHO e PORTO, 2015).

Na Universidade Aberta à Maturidade, com sede na Universidade Estadual da Paraíba, em Campina Grande oferece 22 disciplinas: Módulo I (Eixo temático: Saúde e Qualidade de vida) – Atividade física na Terceira Idade, Biogerontologia, Educação para a saúde integral, Farmacologia na Terceira Idade, Fisiogerontologia, Nutrição, Psicogerontologia, Qualidade de vida e Envelhecimento Ativo; Módulo II (Eixo temático: Educação e Cidadania) – Educação e Meio Ambiente, Educação e Sociedade, Filosofia, Leitura e Produção de Textos,

Informática; Módulo III (Eixo temático: Cultura e Cidadania) – Língua Estrangeira, História, Memória e Atualidades, Direito e Cidadania, Turismo na Terceira Idade; Módulo IV (Eixo temático: Cultura e Lazer) – Ginástica Funcional, Dança, Visitas Culturais, Passeios e Excursões, Arte e Cultura. E como conclusão de curso os alunos apresentam o Memorial.

Os espaços educacionais encontrados em nosso país como em tantos outros, organizados para oferecer o tipo de educação que analisamos no estudo, geralmente, se vinculam a instituições de ensino superior apresentando-se com diferentes desenhos e várias denominações (CARVALHO e MARINHO, 2010). Identificados como Universidade Aberta da Terceira Idade (PEIXOTO, 2007), visa proporcionar aos indivíduos a que se destinam condições de gerir suas vidas de forma equilibrada, autônoma e produtiva; resgatar sua autoestima, dignidade e esperança no futuro; ampliar a sua participação no seio da família e da comunidade; tomar consciência do papel que deve assumir na sociedade, cultivar uma visão otimista de si e construir projetos de vida, além de providenciar meios para que as pessoas idosas possam compartilhar sonhos e ideais e usufruir de momentos de lazer; fomentar debates sobre questões que envolvem pessoas idosas, a exemplo de preconceitos e discriminações dos quais são vítimas, e análises da problemática do idoso nos seus diferentes aspectos; e ainda buscam favorecer o resgate e a valorização de histórias de vida e experiências da pessoa idosa (OLIVEIRA, 2010).

A Universidade Aberta a Maturidade é um curso que objetiva oferecer, para grupos de idosos, um espaço de convivência que tem como proposta principal melhora da qualidade de vida. A estrutura organizacional conta com aulas ministradas aos idosos envolvendo ações multi e interdisciplinar. Com isso a equipe espera fortalecer a autonomia do idoso para um envelhecimento saudável, ativo. Acredita-se na ideia que, na maturidade, as pessoas carregam consigo a capacidade de se superarem, de renovarem a si próprios e o meio no qual estão inseridos (SOUZA et al. 2014).

A educação de adultos passa a ser vista como meio de conscientização e de mobilização de grupos sociais excluídos, e instrumento de afirmação e desenvolvimento da cultura popular, a partir das contribuições e elaborações de Paulo Freire, ao propor uma educação com o homem e não para o homem. Assim é criada uma nova concepção de alfabetização, como também uma nova concepção de educação, a educação enquanto prática libertadora (PAULA, 2007).

A Universidade da Maturidade surge como uma inovadora atitude de “ser velho”. Formulada pelo psicopedagogo Pierre Vellas, na Universidade de Toulouse (França), nos anos

70, o qual formula uma ideia de universidade aberta voltada para a terceira idade no anos 70, (NUNES, 2000). A primeira escola aberta para a terceira idade do Brasil foi fundada em 1977, pelos técnicos do SENAC (Serviço Social do Comércio), e serviu de base para os programas de Universidade Aberta à Terceira Idade do modo como estão hoje constituídos.

Segundo Fenalti e Schwartz (2003), as universidades abertas à terceira idade procuram suprir a escassez de projetos sociais e educacionais mais densos e abrangentes para esta faixa etária. Teriam surgido na França em 1973 por iniciativa do Professor Pierre Vellas, espalhando-se em seguida por toda a Europa. O SESC Campinas (São Paulo) foi responsável pela criação do primeiro projeto direcionado ao idoso, a Escola Aberta à Terceira Idade, em 1977. De acordo com as autoras, essas instituições universitárias, seguindo os mais diversos procedimentos pedagógicos, contribuem para a valorização pessoal, convivência em grupo, participação social, e ampliação da conscientização dos idosos acerca de suas responsabilidades e direitos. Todos estes fatores contribuem para a promoção de autonomia e qualidade de vida na velhice.

Além do caráter educacional e do desenvolvimento de valores como a participação social e a conscientização, o lazer tem ocupado papel de destaque nesses projetos. Esses programas oportunizam a educação para o lazer na terceira idade, para redistribuição do tempo e aproveitamento do tempo livre.

Segundo Ferrari (2002), é uma geração que não aprendeu a atribuir importância ao tempo livre, mas sim somente ao trabalho. É digno de nota que alguns idosos inclusive sofrem para se adaptar ao aumento do tempo livre e ao não trabalho com o advento da aposentadoria.

### 3.4 GRUPOS DE CONVIVÊNCIA

Os grupos de convivência têm como objetivo manter o idoso ativo em seu grupo social; possibilitar o exercício de sua cidadania ao lutar por melhores condições de vida; permite a troca de experiências entre os membros que compartilham, em sua maioria, os mesmos anseios e medos; permite a integração entre vários grupos similares presentes numa mesma região e criados com o mesmo intuito; principalmente contribui para evitar o isolamento e exclusão, tão presentes durante esta fase da vida. Assim, o indivíduo idoso no grupo de convivência estará trabalhando, compartilhando, aprendendo e se divertindo com as atividades propostas neste ambiente, além de ter a oportunidade de criar novos vínculos com os demais participantes do grupo (SOARES, BRAGA e ALVES, 2012)

Torna-se necessário considerar os aspectos físicos, psicológicos e sociais, bem como a garantia da autonomia como fatores de impacto na vida do idoso. Estes determinantes mantêm interferência essencialmente na prática de atividades dessa população junto à comunidade, no incentivo ao apoio familiar, bem como na busca de alternativas para melhoria da qualidade de vida (TAVARES et al., 2010).

O envelhecimento da população também se apresenta como um grande desafio para o Estado, visto que demanda a formulação e adoção de políticas públicas direcionadas as necessidades sociais e econômicas dos idosos, as quais sejam capazes de corroborar para promoção do envelhecimento ativo, de forma que garantam o respeito aos direitos, preferências, capacidades e dignidade da pessoa idosa (MENEZES e LOPES, 2009).

É nessa perspectiva que a Organização Mundial de Saúde propõe como política de saúde a promoção do envelhecimento ativo. Esta visa permitir aos indivíduos o reconhecimento do seu potencial para o bem-estar físico, mental e social ao longo do curso da vida. Tal proposta demanda ações por parte das autoridades, de organizações não governamentais, indústrias privadas e dos profissionais de saúde e de serviço social, buscando a promoção de redes de contatos sociais para os idosos, envolvendo neste processo grupos comunitários, trabalho voluntário, vizinhos, cuidadores familiares e programas que promovam a interação entre as gerações e os serviços (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A esse respeito, considera-se que os centros de convivência atuam de encontro à proposta da promoção do envelhecimento ativo, com a finalidade de preservar as capacidades e o potencial de desenvolvimento da pessoa idosa (BORGES et al., 2008).

Os centros de convivência são ambientes designados a realização de atividades física, sócio-educativa, artística, cultural e de lazer. Deste modo, os idosos inseridos nesses espaços vivenciam a velhice com autonomia, de maneira ativa e saudável, com prevenção do isolamento social. Ademais, a convivência em grupo facilita a expressão, proporciona o exercício físico e estimula a criatividade das pessoas idosas, atuando como instrumento positivo para o desenvolvimento da realização pessoal, da auto-estima e a reconquista de um lugar social na comunidade, bem como a manutenção da capacidade funcional (BORGES et al., 2008). A participação dos idosos em centros de convivência, lazer e atualização cultural, além de favorecer novas aprendizagens, proporciona a essas pessoas a preservação ou reconquistas dos relacionamentos sociais que resultam em crescimento pessoal e no envelhecer sem solidão e sem isolamento (CAPITANINI, 2000).

Segundo Paiva (2010) a “qualidade de vida de um indivíduo idoso está diretamente relacionada ao seu conceito de envelhecimento ativo”. Ou seja, se o idoso deve engajar-se em algum tipo de atividade ou em grupos sociais, o que pode proporcionar ainda, é uma mudança quanto ao conceito de velhice, porque nos grupos é possível encontrar idosos ativos, autônomos, satisfeitos, realizados com sua condição geral, que se relacionam bem com outras pessoas de qualquer faixa etária.

A pessoa idosa que participa de atividades no centro de convivência tem a possibilidade de superar incapacidades para lidar com as múltiplas limitações e perdas, através do estímulo a realização de atividades que visam o treinamento sensorial e o desenvolvimento da criatividade. Essas ações contribuem para a manutenção, no maior tempo possível, da independência física, psicológica e social do idoso. A participação nesses espaços permite aos idosos a possibilidade de troca e interação com pessoas da mesma geração, ao qual muitas vezes o abandono e a solidão são substituídos por novos laços de amizade, festas, passeios e encontros (BORGES et al., 2008).

Diante da realidade brasileira ainda são poucos os estudos que fazem abordagem específica sobre essa faixa etária que compreende os idosos. Assim, esse trabalho motivou-se com o intuito de ampliar o conhecimento sobre as condições de vida e saúde dos idosos, frente aos fatores de vulnerabilidade em que eles se encontram.

### 3.5 MEDICAMENTOS

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 50% de todos os medicamentos são incorretamente prescritos, dispensados e vendidos; e mais de 50% dos pacientes os usam incorretamente. Mais de 50% de todos os países não implementam políticas básicas para promover uso racional de medicamentos. A situação é pior em países em desenvolvimento, com menos de 40% dos pacientes no setor público e menos de 30% no privado sendo tratados de acordo com diretrizes clínicas (World Health Organization - WHO, 2005).

O uso de medicamentos por idosos traz como consequência um equilíbrio muito delicado entre risco e benefício. Assim, os mesmos medicamentos que podem prolongar a vida do idoso podem fazê-lo à custa da sua qualidade de vida. Logo, o problema não pode ser atribuído somente ao seu consumo, mas, também, à irracionalidade de seu uso, que expõe o geronto a riscos potenciais (LE SAGE, 1991).

Aproximadamente, 14% dos custos totais com saúde estão relacionados a medicamentos. Mais de um quarto dos medicamentos é prescrito para idosos, que representam menos de 12% da população. Consomem, proporcionalmente, cerca de três vezes mais medicamentos que os indivíduos mais jovens, pois um grande número deles sofre de vários problemas de saúde ao mesmo tempo. Ao contrário dos jovens, estes medicamentos são, em sua maioria, de uso crônico. O uso simultâneo de múltiplos fármacos (polifarmácia) é a regra, ao invés de exceção, o que predispõe à ocorrência de interações medicamentosas. Como as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbidade e mortalidade na população idosa e como os distúrbios mentais são freqüentes, fármacos cardiovasculares (55%) e psiquiátricos (11%) são os mais comumente prescritos para esta população. Alterações fisiológicas, reações atípicas a fármacos, prescrições inadequadas e não observância adequada dos esquemas terapêuticos podem contribuir para a maior toxicidade medicamentosa no idoso. Aproximadamente 19% das admissões hospitalares entre pacientes idosos devem-se a reações adversas a fármacos.

Os medicamentos mais consumidos incluem anti-hipertensivos, analgésicos, antiinflamatórios, sedativos e preparações gastrintestinais. Idosos na faixa de 65 a 69 anos consomem em média 13,6 medicamentos prescritos por ano, enquanto aqueles entre 80 a 84 anos podem alcançar 18,2 medicamentos/ano (SOUZA, SANTOS e SILVEIRA, 2008).

### 3 METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada com turmas regularmente matriculadas que frequentam a Universidade Aberta a Maturidade (UAMA)/UEPB Campus I, com acompanhamento a esses idosos durante dois anos, duas dias por semana.

A pesquisa foi exploratória, descritiva de abordagem qualitativa, onde os dados foram colhidos através da ficha de acompanhamento farmacoterapêutico e questionário elaborado para o estudo.

A Ficha Farmacoterapêutica baseada no Método Dáder. Esse método agrupa o histórico farmacoterapêutico do paciente, levando em conta patologia existente e patologias já tratadas e a terapia utilizada para as mesmas, a fim de identificar Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) (MACHUCA et al., 2003). A Ficha possui dados pessoais (nome, idade, procedência), seis perguntas objetivas e subjetivas e espaço para anotações posteriores sobre os possíveis PRMs.

Por outro lado, o questionário foi composto por perguntas semi-estruturadas, ou seja, do tipo aberta. O uso da entrevista de tipo semi-estruturada como procedimento de coleta de dados se justifica por permitir um roteiro de questões abertas com ordem prevista, na qual o entrevistador tem liberdade para acrescentar perguntas de esclarecimento. Desse modo, permite uma maior proximidade entre o entrevistador e o entrevistado, o que favorece uma maior exploração em profundidade das informações expostas (LAVILLE; DIONNE, 1999).

A trajetória metodológica compreendeu inicialmente uma abordagem ao aluno da UAMA pra conhecer sua vida e seu histórico familiar.

Este projeto de pesquisa foi desenvolvido com idosos participantes dos projetos da Universidade Aberta da Maturidade Campus Campina Grande. Os dados foram colhidos através da ficha de acompanhamento farmacoterapêutico, a escolha dos idosos entrevistados foi feita de forma aleatória entre os alunos matriculados nas turmas de segunda e quarta, foram escolhidos 38 alunos para serem investigados, pois não será possível pesquisar todos os idosos envolvidos nos projetos.

Os dados obtidos foram submetidos à análise descritiva e de porcentagem no Microsoft Office Excel® 2007, sendo os resultados expressos em gráficos.

Para avaliar as interações foram analisadas todas as fichas de acompanhamento farmacoterapêutico e através destes foi construída uma tabela com todos os medicamentos industrializados. Foram excluídos do banco de dados: os medicamentos fitoterápicos, os

medicamentos que não possuíam formulação clara, chás. Para a análise das interações medicamentosas, foram utilizados dois programas, as bases de dados online Drugs e Micromedex, onde as mesmas foram classificadas e avaliadas quanto a sua gravidade.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 FICHAS FARMACOTERAPÊUTICO

Dentre os idosos que estudamos forma um total de 38 idosos. Destes 34 são do sexo feminino e apenas 4 do sexo masculino. Segundo Nicodemo e Godoi (2010), as mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo, e as estimativas são de que as mulheres vivam, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens. De acordo com os dados coletados através do censo no Brasil, as mulheres com mais de 60 anos de idade passaram de 2,2%, em 1940, para 4,7% em 2000, e 6% em 2010 (IBGE, 2010). Por outro lado, analisando esses dados sob outro prisma, percebe-se que viver mais não é sinônimo de viver melhor. As mulheres acumulam, no decorrer da vida, desvantagens, como violência, discriminação, salários inferiores aos dos homens, dupla jornada, baixa escolaridade, solidão pela viuvez, além de apresentarem maior probabilidade de serem mais pobres do que os homens, dependendo, assim, de mais recursos externos (NICODEMO e GODOI, 2010).

A Figura 1 ilustra a distribuição dos idosos por sexo em termos de percentagens.

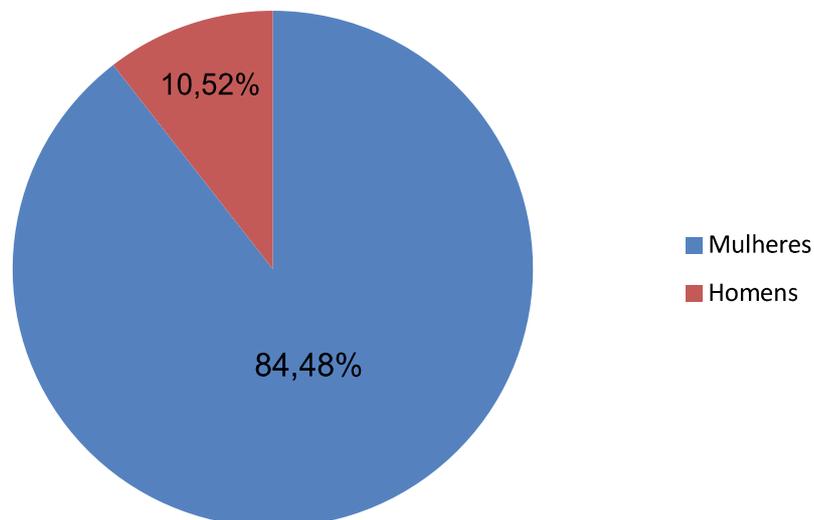


Figura 1- Percentual de alunos da UAMA por sexo.  
Própria Fonte

Na Figura 1 observa-se que, dos idosos estudados 89,48% são mulheres e 10,52% são homens.

Segundo Arruda (2009), analisando o programa de Universidade da Terceira Idade mantido pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas – SP observou que, os idosos do sexo masculino pouco procuram o programa de terceira, os que procuram representam menos de 10% dos alunos matriculados, o autor atribui talvez ao fato histórico de vida de cada sexo ter sido moldado com diferentes características e isso pode estimular mais as mulheres em relação aos homens.

A Figura 2 ilustra a percentagem de idosos por década.

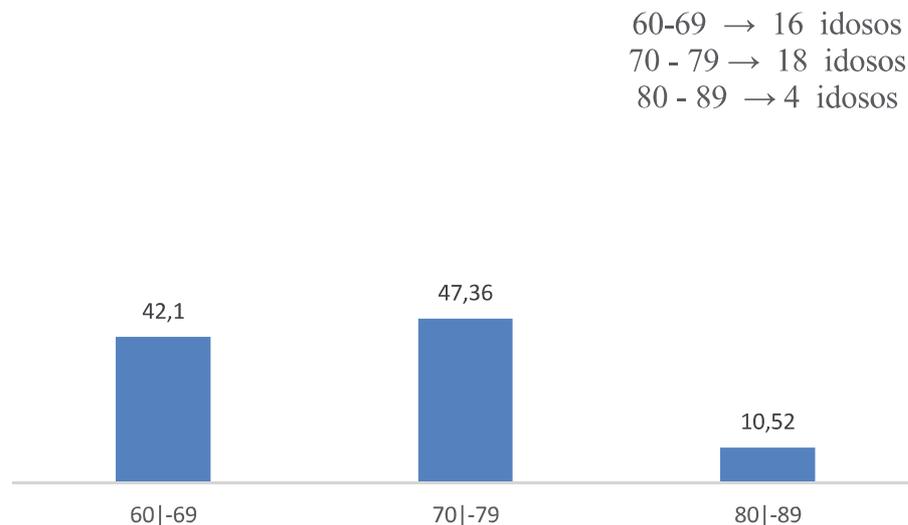


Figura 2- Percentagem de idosos por década.  
Própria Fonte

Através da Figura 2 pode-se observar que, a maioria dos alunos estudados (42,1%) possui faixa etária de 60 - 69 anos, 47,36% dos idosos possuem faixa etária de 70 - 79 anos e apenas 10,52% dos idosos possuem faixa etária de 80 - 89 anos.

Através das fichas de atendimento farmacoterapêutico observa-se que, dos 38 idosos (alunos da UAMA) 25 pacientes são diagnosticados com hipertensão, 1 paciente foi diagnosticado com diabetes e hipertensão e apenas 1 paciente apresenta somente diabetes, 11 pacientes não apresenta nenhum tipo doença como hipertensão e diabetes, mas portanto, apresenta outros tipos de doenças prevalentes, como: hipercolesterolemia, asma, osteoporose, artrite, artrose, trombose e doenças cardiovascular, entre outras.

Através das fichas de atendimento farmacoterapêutico pode-se observar que, dos 38 idosos estudados, observou-se que a maioria dos idosos fazem uso de medicamentos para hipertensão. Diante disso, analisando as fichas observou-se que 44,73% dos idosos, basearam-se na monoterapia anti-hipertensiva, ou seja, os idosos fazem apenas de um medicamento anti-hipertensivo. Por outro lado, observou-se que os que fazem uso de mais de um medicamento constitui 42,1%, estes se baseiam numa politerapia anti-hipertensiva. Segundo Kohlmann Jr, (2010), na Politerapia os idosos começaram o tratamento com um medicamento, se o resultado da terapia for nulo recomenda-se aumentar a dose, quando não tiver efeito na dose máxima deve-se substituir o medicamento e se a resposta ainda for inadequada devem-se associar dois ou mais medicamentos.

Os idosos ao preencherem as fichas de atendimento farmacoterapêutico afirmaram que fazem uso no total de 122 medicamentos, o que representa 3,21 medicamentos/paciente, não necessariamente fármacos anti-hipertensivos.

Na Figura 3 encontram-se os resultados das classes de medicamentos utilizados pelos os idosos, observados através das fichas de atendimento farmacoterapêutico.

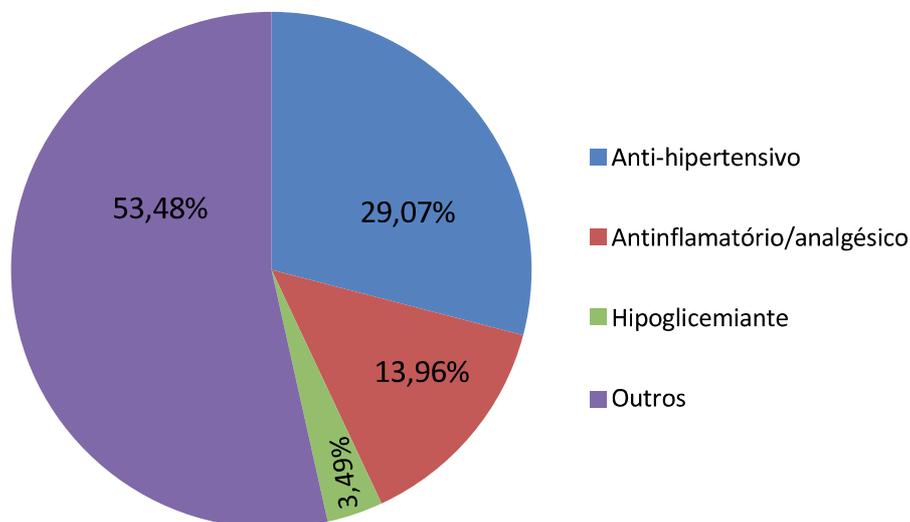


Figura 3- Classes de medicamentos utilizados pelos idosos da UAMA.  
Própria Fonte

Na Figura 3 observa-se através dos dados das fichas de atendimento farmacoterapêutico que, a variedade de medicamentos normalmente é alta, e geralmente há uma classe de medicamentos que predominam que é a classe dos anti-hipertensivos, como observado na tabela 1 do apêndice I. Os medicamentos que os idosos da UAMA em estudo

mais utilizadas são do tipo anti-hipertensivo (29,07%), dos medicamentos descritos nas fichas são para osteoporose, artrite e artrose (13,08%); e apenas 3,49% destes medicamentos são utilizados pelos os idosos para fins hipoglicemiantes. Outros medicamentos utilizados pelos idosos somam 53,48%.

A análise dos princípios ativos mais prescritos revelou a prevalência do grupo dos medicamentos cardiovasculares, em que o Losartana potássica foi o princípio ativo mais prescrito, tendo correspondido (21,05%). Dos medicamentos mais utilizados entre os pacientes com problemas cardiovasculares foi observado entre outros: atenolol, diovan, Atorvastatina, Sustrate, simvastatina, Anlodipino, Rosuvastatina. Porém observa-se que, para os idosos com osteoporose foram observados que eles fazem o uso da Vitamina D e ossotrat. Observamos ainda que, os medicamentos mais utilizados para a diabetes é o glifage e o atorvastatina. Por outro lado, observamos que, 5,26% dos idosos que frequentam a UAMA faz o uso de benzodiazepínicos do tipo rivotril.

A Figura 4 ilustra os tipos de atividades de lazer que os idosos gostam de praticar.

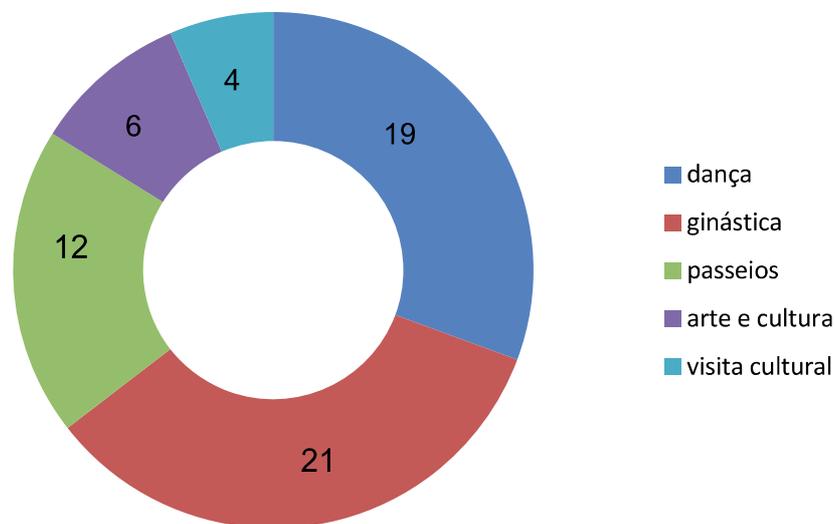


Figura 4- Tipos de atividades de lazer.  
Própria Fonte

Através da Figura 4 observa-se que, os idosos da UAMA gostam de praticar mais de uma atividade de lazer. Ainda através da figura 4, observa-se que 19 idosos têm preferência por ginástica. Dos 26 entrevistados 22 são mulheres e 4 homens. Dos que gostam de dança

observa que, 16 mulheres e 3 homens gostam de dança. Observa-se que, os idosos buscam atividades variadas para preencher o seu tempo.

Segundo Nahas (2001) quando analisou o estilo de vida, a importância da atividade física na saúde para uma qualidade de vida no idoso, observou os benefícios alcançados, devidos à prática regular de exercícios físicos em idosos, vão desde a melhora fisiológica - controle da glicose, pressão arterial, melhora das capacidades físicas relacionadas à saúde; psicológica - redução dos níveis de ansiedade e estresse, melhoras do nível cognitivo; e social - melhora a integração sociocultural, além da redução dos desvios de postura e prevenção de algumas doenças como a osteoporose.

Segundo Palma, (2009) quando debateu o conceito sedentarismo e as possíveis consequências do discurso que assemelha o exercício físico à medicalização, observou vantagens da musculação no combate ou prevenção contra a osteoporose e problemas articulares da velhice, doença comum nessa etapa da vida.

O idoso deve ser estimulado a buscar atividades variadas para ocupar seu tempo livre, pois o entretenimento, efetivado como recreação e divertimento, desperta a sensação de prazer e bem-estar (INOUE e PEDRAZZANI, 2007).

Na Figura 5 encontra-se dados das disciplinas que os idosos gostam estudar obtidos através da entrevista.

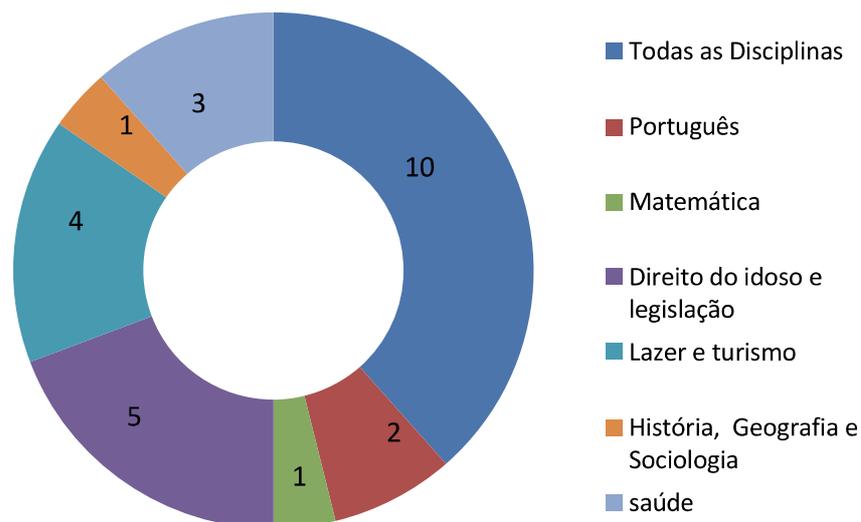


Figura 5- Disciplinas que os idosos gostam de estudar na UAMA. Própria Fonte.

Mediante a Figura 5, observa-se que a maioria dos alunos da UAMA gostam de estudar todas as disciplinas, em segundo lugar os idosos gostam de estudar o direito do idoso e legislação. Em terceiro lugar os idosos tem afinidade pela disciplina de lazer e turismo.

“De todas as disciplinas não tenho o que dizer todas são as mil maravilhas, os professores tem o maior carinho conosco. Aqui na UAMA é outro mundo diferente como outros conhecimentos que adquirimos com nossos professores e ao mesmo tempo passamos o que sabemos para ele como dizem”  
Elizanete 73 anos

“ Todas as disciplinas me favoreceu mais ânimo para a vida”

Maria das Dores 75 anos

A Figura 6 ilustra os tipos de patologias que os idosos possuem obtidos através da entrevista.

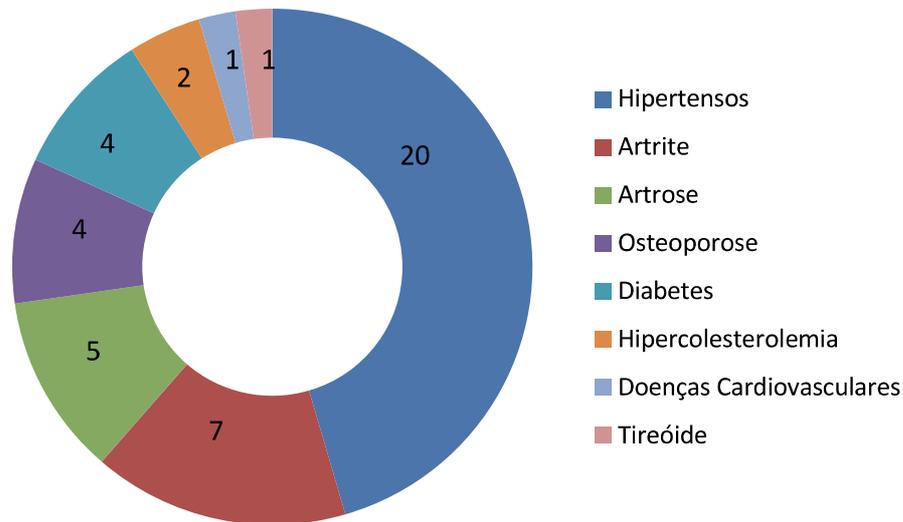


Figura 6- Patologias citadas pelos participantes da pesquisa.  
Própria Fonte

Através da entrevista realizada com os idosos da UAMA observa-se que os idosos sofrem 1 a 3 doenças crônicas. Dos idosos entrevistados 20 deles sofrem de hipertensão, o que corresponde a 76,92%, mostrando que é o fator de risco mais prevalente na UAMA. Em segundo plano, os idosos relataram que sofrem de artrite e artrose.

Segundo Mackenbach et al. (2008) compararam a magnitude das desigualdades na mortalidade e auto-avaliação da saúde entre 22 países em todas as partes da Europa. Os autores observaram que, a hipertensão arterial é o fator de risco mais prevalente em nossa população assim como são baixas as taxas de controle pressórico nos hipertensos. Segundo Cipullo et al. (2010) estudando a prevalência de hipertensão no Brasil observou que, variou entre 20% e 44%, e somente 30% de hipertensos têm a pressão arterial sob controle.

A Figura 7 ilustra o grau de escolaridade dos alunos da UAMA.

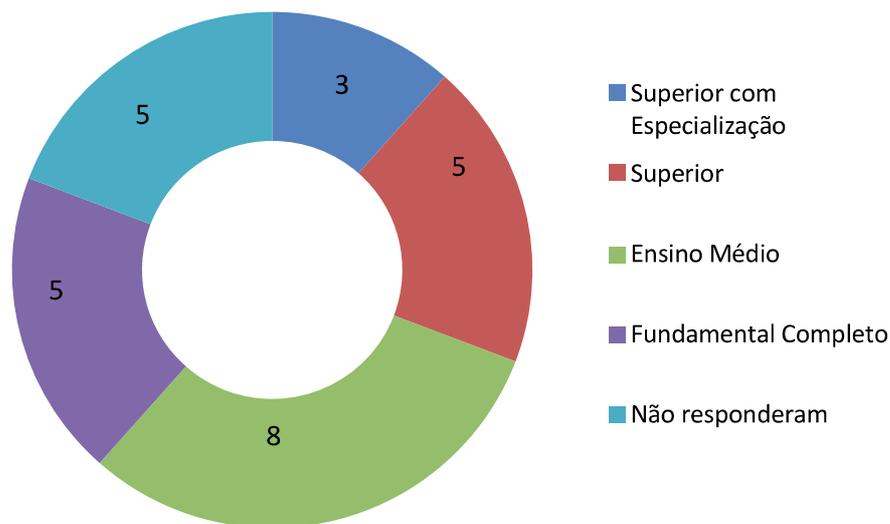


Figura 7- Grau de escolaridade dos alunos da UAMA.  
Própria Fonte

Através da Figura 7 é possível observa-se que, os idosos alunos da UAMA que responderam a entrevista não são analfabetos. Percebe-se que os idosos possuem grau de escolaridade variado. A maioria dos idosos possuem ensino médio (8) e a minoria possuem curso superior com especialização (3), mostrando que os alunos da UAMA possuem um ótimo grau de escolaridade.

Ishitani et al. (2006) investigou associação entre alguns indicadores de nível socioeconômico e mortalidade de adultos por doenças cardiovasculares no Brasil e, destacou a importância da escolaridade na relação inversa entre a mortalidade por doenças cardiovasculares e os fatores socioeconômicos. Não apenas o acesso a médicos e medicamentos, como também a melhoria na educação dos indivíduos (inclusive para a saúde) são considerados como essenciais para a população como um todo, sendo uma problemática muito discutida no Brasil.

Na última década, houve aumento significativo no percentual de idosos alfabetizados do País. Se em 1991, 55,8% dos idosos declararam saber ler e escrever pelo menos um bilhete simples, em 2000, esse percentual passou para 64,8%, o que representa um crescimento de 16,1% no período. Os dados fazem parte do Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil e mostram que, apesar dos avanços, ainda existem 5,1 milhões de idosos analfabetos no País (IBGE, 2002).

### 5.3 INTERAÇÕES

A prescrição de dois ou mais medicamentos é prática extremamente comum, sejam esses simultânea ou sequencialmente administrados. A partir disso, duas consequências podem acontecer: indiferentismo farmacológico, quando cada uma das substâncias associadas age independentemente das demais, e interação farmacológica, quando um fármaco interfere com os outros, alterando o efeito esperado. Se a alteração apresentada for qualitativa, a resposta farmacológica é completamente diversa dos efeitos habituais do medicamento; se quantitativa, o efeito próprio do fármaco pode aumentar (sinergia), diminuir ou cessar (PIVATTO JÚNIOR et al., 2009).

Esse evento pode ser devido a vários fatores: dose do medicamento incorreta, dose omitida, via de administração não especificada, horário de administração incorreto e outros (TANAKA, 2003). Além das reações adversas ao medicamento, os eventos adversos englobam também os erros relacionados com medicamentos em todas as etapas de sua prescrição, dispensação e administração. No quesito prescrição, Silva et al. (2004) avaliou erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos mostrando uma avaliação global das possibilidades de erros (de escrita, de compreensão, de interpretação, etc.). Daí a importância dos idosos ter um grau de escolaridade bom, saber ler e entender as

receitas dos médicos é muito importante, para que estes medicamentos não represente perigo para os eles.

Através da Tabela 1 é notório que os idosos fazem uso de 122 medicamentos. O número de medicamentos descrito nas fichas de atendimento farmacoterapêutico variou de 0 a 10. E através das fichas de atendimento farmacoterapêutico observa-se que, 7 fichas são preenchidas cada uma por um medicamento e, 1 ficha por zero medicamento. Mostrando que, 7 idosos fazem usos apenas de apenas um medicamento e um idoso não faz uso de medicamento, indicando que não há interação de medicamentos nesses idosos, pois para haver interação os efeitos de um fármaco são modificados devido à administração simultânea de outro fármaco ou alimento. Nos demais idosos foram analisados no banco de dados afim de avaliar suas possíveis interações, pois os mesmos faziam uso de dois ou mais medicamentos.

Pelas fichas de atendimento farmacoterapêutico observa-se que, as mulheres receberam mais prescrições quando comparados aos homens. Os homens receberam menos prescrições do que as mulheres: 7 medicamentos no total, com média de 1,75 medicamentos por homem. Já as prescrições voltadas ao grupo dos pacientes do gênero feminino possuíam 3,38 medicamentos/mulher.

A Figura 8 ilustra as interações medicamento/medicamento.

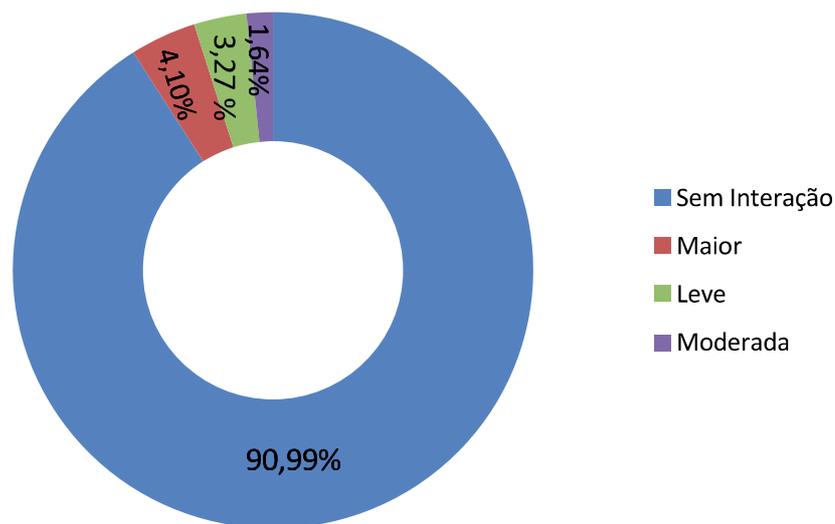


Figura 8- Interações medicamento/medicamento.  
Própria Fonte

Por outro lado, para as interações medicamentosas medicamento/medicamento foi possível verificar um alto índice para as prescrições classificadas como sem interação (90,99%). Continha 4 interações classificadas como leve (3,27%) estas podem trazer algum desconforto para o paciente; 5 classificadas como maior (4,10%), estas colocam em risco a vida dos pacientes ou podem promover o surgimento de danos permanente e, 2 classificada como moderada (1,64%).

Sabe-se que as interações medicamentosas podem ocorrer entre medicamentos sintéticos, fitoterápicos, chás e ervas medicinais, mas por não conter base de dados nos programas online consultados, não foi possível verificar se os fitoterápicos utilizados pelos os idosos tem interação medicamentosa. Através da tabela 2 foi possível observar fichas que continham prescrições que não poderão ser classificadas quanto ao seu grau de interação. Desses 4 medicamentos são fitoterápicos e, 7 medicamentos não existe interação encontrada nos bancos de dados consultados. Através destes dados observa-se que, os idosos estão recebendo bom acompanhamento na medicação, isso inclui: posologia, à administração e ao armazenamento de medicamentos, identificar reações adversas, ajuda no monitoramento de pressão arterial, glicemia e controle do peso, isso ajuda a diminuir o número de interações medicamentosas.

Sá e Fortes (2014) investigaram a importância do acompanhamento farmacoterapêutico a idosos e observou maior prevalência de idosos que utiliza medicamento por conta própria e faz uso de chá ou garrafada, mesmo constituindo um dos grupos mais vulneráveis a intoxicação.

A Figura 9 ilustra as interações medicamento/alimento dados obtidos através da ficha de acompanhamento farmacoterapêutico.

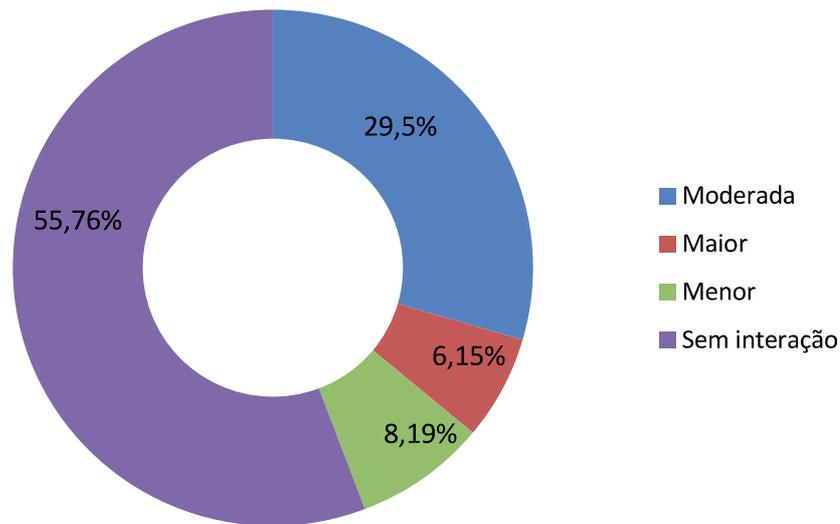


Figura 9- Interação medicamento/alimento.  
Própria Fonte

Os alimentos são capazes de interagir com fármacos, sendo um problema de grande relevância na prática clínica, devido às alterações na relação risco/benefício do uso do medicamento. Estas interações são facilitadas, pois os medicamentos, na sua maioria, são administrados por via oral. A administração de medicamentos junto das refeições pode levar a um aumento desejado da absorção do fármaco ou mesmo manter concentrações plasmáticas efetivas do fármaco. Como impacto negativo na terapia medicamentosa, a diminuição da biodisponibilidade de fármacos pode resultar em falhas do tratamento, enquanto que o aumento da biodisponibilidade pode acarretar em sérios efeitos tóxicos.

Para interações medicamento/alimento observa-se que, o número de interações aumentou em relação às interações medicamento/medicamento. Através da figura 8 é possível observar que, as interações moderadas (29,5%) medicamento/alimento são as mais presentes nos idosos da UAMA.

De acordo com Ayo e Agu (2005), enquanto alguns nutrientes podem interferir na eficácia ou agravar efeitos adversos de fármacos, outros são necessários para aumentar a duração do efeito farmacológico ou mesmo corrigir um efeito colateral do medicamento, por meio de suplementação.

Analisando as possíveis interações medicamentosas no banco de dados online observamos que muitas interações são com alimentos grapefruit. Pesquisadores tem dado grande ênfase ao suco de toronja (*Citrus paradisi*), fruta conhecida como grapefruit, cujos estudos demonstram uma notável capacidade de promover forte inibição do sistema enzimático citocromo P450 3A4 no intestino delgado.

## **6 CONCLUSÃO**

De acordo com os objetivos propostos observamos durante a pesquisa que o grupo de convivência a UAMA, oferece muitos benefícios que reflete na melhoria na saúde dos idosos. Durante a pesquisa através das fichas de acompanhamento farmacoterapêutico, nós desfrutamos da experiência da prática farmacêutica, onde traçamos o perfil do paciente e procurei conhecer as medicações utilizadas, as doenças, as interações medicamentosas e os problemas relacionados a medicamentos presentes, verificação de pressão. A atuação do farmacêutico é importante na tentativa de melhorar a qualidade de vida, visto que é capaz de orientar os idosos sobre uso racional de medicamentos. Um acompanhamento farmacoterapêutico de qualidade é muito importante, visto que é capaz de minimizar as interações medicamentosas dentre outros benefícios.

## REFERÊNCIAS

- ARRUDA, Ivan Eduardo de Abreu. Análise de uma Universidade da Terceira Idade no Município de Campinas. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação. Centro de Ciências Sociais Aplicadas – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2009.
- AYO, J. A.; AGU, H. Food and drug interactions: its side effects. *Nutr Food Sci*, 35(4):243-252, 2005.
- BIRD, C. E.; RIEKER, P.P. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's. *Social Science and Medicine* 4:745-755, 1999.
- BORGES, P. L. C.; BRETAS, R. P.; AZEVEDO, S. F.; BARBOSA, J. M. M. Perfil dos idosos freqüentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 24(12), 2798-808, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Brasil, Publicado em 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/12/pesquisa-revela-que-57-4-milhoes-de-brasileiros-em-doenca-cronica>.
- CAPITANINI, M.E.S. Solidão na velhice: realidade ou mito? In: Neri AL, Freire AS, organizadoras. *E por falar em boa velhice*. Campinas (SP): Papirus Editora; p. 69- 80, 2000.
- CHODOSH J., MORTON, S.C., MOJICA, W., MAGLIONE, M., SUTTORP, M. J., HILTON, L., RHODES, S., SHEKELLE, P. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Ann Intern Med.*,143(6):427-38, 2005.
- CIPULLO, J.P.; MARTIN, J.F.; CIORLIA, L. A.; GODOY, M. R.; CAÇÃO, J.C.; LOUREIRO A. A.; CESARINO, C.B.; CARVALHO, A.C.; CORDEIRO, J.A.; BURDMANN, E. de A. Hypertension prevalence and risk factors in a Brazilian urban population. *Arq Bras Cardiol.*; 94(4):519-26, 2010.
- Janaína Araújo Coutinho; Esley Porto. A universidade aberta à maturidade (UAMA): uma análise pela ótica do idoso e sua família. 4º Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, 2015.
- EPPING-JORDAN, J., BENGUA, R., KAWAR, R., SABATÉ, E. The challenge of chronic conditions: WHO responds. *BMJ*, 323(7319):947-8, 2001.
- FENALTI, R. C. S.; SCHWARTZ, G. M. Universidade aberta à terceira idade e a perspectiva de resignificação do lazer. *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo, 17(2), p. 131-141, 2003.
- FERRARI, Maria Auxiliadora Cursino. Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In: NETTO, Matheus Papaléo. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, p. 98-105, 2002.

GARCES, S. B. B.; COSER J.; HANSEN, D.; ROSA, C. B.; BRUNELLI , A. V.; FIGUEIRÓ, M. F.; BIANCHI, P. D. A.; DIAS, H. M.; RIBAS JÚNIOR, V. S.; LÍRIO, J. P. Doenças Prevalentes Em Idosos De 80 Anos ou mais Residentes em Municípios do Corede Alto Jacuí, XVII Seminário, Universidade de Cruz Alta, 2013.

HAWKINS, B.A. Aging well: toward a way of life for all people. *Prev Chronic Dis.*, 2(3):A03, 2005.

INOUYE, K., PEDRAZZANI, E. S. Instruction, social economic status and evaluation of some dimensions of octogenarians' quality of life. *Rev Latino-Am Enfermagem* 15(742-747) 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil, ISSN 1516-3296, 25, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2002). Estatísticas Demográficas <https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>

ISHITANI, L.H.; FRANCO. G. D. A. C.; PERPÉTUO, I. H. O.; FRANÇA, E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. *Rev Saúde Pública*, 40(4):684-91, 2006.

KOHLMANN JR, O. Tratamento medicamentoso. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 32 supl.1 São Paulo, 2010.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed, p. 340, 1999.

LE SAGE, J. Polipharmacy in geriatric patients. *Nurs Clin North Am.* 26:273-90,1991.

LEITE, M. T.; CAPPELLARI, V. T.; SONEGO, J. Mudou, mudou tudo na minha vida: experiências de idosos em grupos de convivência no município de Ijuí/RS. *Revista Eletrônica de Enfermagem (on-line)*, v. 4, n. 1, p. 18 – 25, 2002. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>.

MARCUS, A. C.; SEEMAN, T.E. Sex differences in reports of illness and disability: a preliminary test of the "fixed role obligations" hypothesis. *Journal of Health and Social Behaviour* 22(June):174-182, 1981.

MACINTYRE, S.; HUNT, K.; SWEETING, H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social Science and Medicine* 42(4):617-624, 1996.

MACKENBACH, J.P.; STIRBU, I.; ROSKAM, A. J.; SCHAAP, M. M.; MENVIELLE, G.; LEINSALU, M.; KUNST, A. E. European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med.* 358(23):2468-81, 2008.

MCQUEEN, M. Continuing efforts in global chronic disease prevention. *Prev (2) Chronic Dis* [serial online] Apr [citado]. Disponível em:[http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/apr/07\\_0024](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/apr/07_0024). 2007

MENEZES, T. M. O. Ser idoso longo: desvelando os sentidos do vivido [tese de doutorado]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2009.

MENEZES, T. M. O.; LOPES, R. L. M. Produção do conhecimento sobre idoso longo: 1998-2008. *Rev enferm UERJ*, 17(4): 569-74, 2009.

NAHAS, M. V. Atividade física e saúde: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. (3ª ed.). Londrina (PR): Midiograf., 2001.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. *Revista Ciência em Extensão*. v.6, n.1, 2010.

NUNES, A. T. G. L. Serviço Social e Universidade de terceira idade: uma proposta de participação social e cidadania para os idosos. *Textos sobre Envelhecimento UnATI/ UERJ*, ano 3 nº 5 p. 1-97. Rio de Janeiro, 2000.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento Ativo: uma Política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PALMA, A. Exercício físico e saúde; sedentarismo e doença: epidemia, causalidade e moralidade. *Motriz. Rev. Educ. Fis.*, 15(1), 185-191, 2009.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade... In: BARROS, Myriam Moraes Lins de. *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

PEIXOTO, S., V.; GIATTI, LUANA; AFRADIQUE, M. E.; LIMA-COSTA, M. F. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 13(4) : 239 – 246, 2004.

PIVATTO JÚNIOR, F.; GODOY, D. B.; PIRES, D. F. S.; PIETROBON, E.; ROSA, F. T. A.; SARAIVA, J. S.; BARROS, H. M. T. Potenciais interações medicamentosas em prescrições de um hospital - escola de Porto Alegre. *Rev. AMRIGS*, Porto Alegre, julho - setembro; v.53 nº 3, 2009.

PAULA, R. S. Universidade da Maturidade – uma proposta de educação permanente para a educação de jovens e adultos. *Revista Iberoamericana de Educación* (ISSN: 1681-5653) n.º 44/1 – 25, 2007.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pública*, 19:717-24, 2003

SANTOS, J. C., JUNIOR, M. F., RESTINI, C. B. A. Potenciais interações medicamentosas identificadas em prescrições a pacientes hipertensos, *Rev Bras Clin Med*. São Paulo, 10(4):308-17, 2012.

SÁ, N. L.; FORTES, R. C. A importância do acompanhamento farmacoterapêutico a idosos pertencentes ao grupo da “melhor idade” da FACESA, Saúde (Santa Maria), Santa Maria, Vol. 40, n. 1, p.53-58, 2014.

SCHLENK, E.A., ERLÉN, J. A., DUNBAR-JACOB, J., MCDOWELL, J., ENGBERG, S., SEREIKÁ, S. M., ROHAY, J.M.,BERNIER, M. J. Health related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36. *Qual Life Res.*,7(1):57-65, 1998.

SILVA, A. E. B. C.; CASSIANI, S. H. B. Erros de medicação em hospital universitário: tipo, causas, sugestões e providências. *Rev Bras Enferm.* 57(6):671-4, 2004.

SILVESTRE, J.; KALACHE, A.; RAMOS, L. R. ; VERAS, R. P. Population ageing in Brazil and the health care sector. *Bold: Quarterly Journal of The International Institute of Ageing*, 7:4-12, 1998.

SKINNER, B. F.; VAUGHAN, M. E. Viva bem a velhice: aprendendo a programar a sua vida. São Paulo: Summus, 141p., 1985.

SKINNER, B. F.; VAUGHAN, M. E. Viva bem a velhice: aprendendo a programar a sua vida. São Paulo: Summus, p. 141, 1985.

SOARES, D. S.; BRAGA, J. S.; ALVES, S. C. A. Representação social de profissionais da área da saúde sobre grupos de convivência de idosos. *Revista Kaleidoscópio*, Curso de Psicologia, v. 3, p. 76-94, Fev/Jun, 2012.

SOUSA, D. M. “UMA” metodologia de atenção ao processo de envelhecimento humano na Universidade Federal do Tocantins, Programa de Pós- Graduação em Serviço Social, Dissertação de Mestrado, p.18, 2013.

SOUSA, D. M. UNIVERSIDADE DA MATURIDADE: “UMA” metodologia de atenção ao processo de envelhecimento humano na Universidade Federal do Tocantins. Dissertação Mestrado em Serviço Social. – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social / Instituto de Ciências Sociais Aplicadas / Universidade Federal do Pará. 19p. 2013

SOUZA, N. R; BERNARDES, E. H; CHAUD, S. G.; CARVALHO, A. A. R. L.; Nascimento, E.; Melo, M. G. Acolhimento do idoso na universidade aberta para maturidade: necessidades de ações interdisciplinares, *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 8(supl. 3):4088-96, 2014.

SOUZA, P. M., SANTOS, L. L.; SILVEIRA, C. A. N. Fármacos em idosos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2008: Rename 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p. 26-29, 2008.

TAMBLYN R. Medication use in seniors: challenges and solutions. *Therapie*; 51:269-82, 1996

TANAKA, M. Multidisciplinary team approach for elderly patients. *Geriatr Gerontol Int.* 3(1):69-72, 2003.

TAVARES, D. M. S.; CÔRTEZ, R. M.; DIAS, F. A. Qualidade de vida e comorbidades entre os idosos diabéticos. *Rev enferm UERJ*, 18(1): 97-103, 2010.

VERBRUGGE, L. M.; WINGARD, D. L. Sex differentials in health and mortality. *Women & Health*, 12(2):103-145, 1987

VERAS, R. P.; PARAHYBA; M. I. C. A. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cad Saude Publica*, 23(10):2479-89, 2007

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active ageing: a policy framework. Spain: WHO; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

## APÊNDICE I

Tabela 1- Identificação dos medicamentos utilizados pelos os idosos da UAMA.

Própria Fonte

<b>Medicamento</b>	<b>N° de pessoas</b>	<b>Indicação</b>
AAS	2	Prevenção de trombos
Ablok plus 50 mg-12,5mg	1	Hipertensão
Actonel	1	Osteoporose
Addera D3	1	Osteoporose
Alendronato de sódio	1	Osteoporose
Alenia 6/100 mg	1	Asma
Anlodipino 10mg	2	Hipertensão
Anlodipino 5mg	1	Hipertensão
Anlodipino 5mg	1	Hipertensão
Aradois h	2	Hipertensão
Ártico	1	Artrose
Artrosil	1	Artrose
Aspirina prevent 100mg	1	Angina
Atenolol 25 mg	4	Hipertensão
Atenolol 50 mg	2	Hipertensão
Atorvastantina 20mg	2	Com pressão alta, diabetes, HDL baixo
Benicar anlo	1	Hipertensão
Brasart 320 mg	1	Hipertensão
Brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2%	1	Glaucoma
Captopril 25 mg	1	Hipertensão
Carbonato de cálcio	1	Osteoporose
Carmelose sódica 0,5%	1	Irritação dos olhos
Chá da vida	1	Antidiabético (fitoterápico)
Ciprevent 100mg	1	Coagulação
Citoneurim	1	Neuralgia e neurite
Clinfar (sinvastantina) 20 mg	1	Avc
Clopidogrel 75 mg	1	Avc
Cloridrato de Propranolol	1	Hipertensão
Clortalidona 25 mg	1	Hipertensão
Colpotrofina	1	Tratamento de alterações tróficas
Concor	1	Insuficiência cardíaca crônica

Concor HCT	1	Insuficiência cardíaca crônica
Corus 25mg (losartana)	2	Hipertensão
Diovan	3	Hipertensão
Diovan amlo fix	2	Hipertensão
Domperidona 10mg	1	Síndromes dispépticas
Dorflex	1	Dor
Enalapril 10 mg	1	Hipertensão
Espiriva	1	Asma
Evista	1	Osteoporose
Fenofibrato	1	Colesterol
Forasec 12mcg	1	Antialérgico
Galvus 50mg + 1000 mg	1	Hipoglicemiante
Glicolive 1500 mg	1	Artrose
Glifage 500mg	2	Hipoglicemiante
Glifage XR	1	Hipoglicemiante
Hidroclorotiazida 12,5 mg	1	Hipertensão
Hidroclorotiazida 25 mg	1	Hipertensão
Higroton	1	Hipertensão
Indapen SR	1	Hipertensão
Liptor	1	Com pressão alta, diabetes, HDL baixo
Livepax 500mg	1	Infecções bacteriana do trato respiratório
Lonium	1	Estômago
Losartana potássica 50 mg	8	Hipertensão
Lumigan	1	Hipertensão ocular
Mutizarpina 30mg	1	Antidepressivo
Muvinlax	1	Laxante
Nimesulida 850 mg	1	Antiinflamatório
Ômega 3	1	Polivitaminico
Ômega active Az	1	Polivitaminico
Omeprazol	5	Estômago
Ossotrat	2	Osteoporose
Osteonutri	1	Osteoporose
Predisim 40mg	1	Corticóide
Pressat 2,5 mg	1	Hipertensão
Procimax 20 mg	1	Depressão
Propranolol 80mg	1	Hipertensão
Proso	1	Osteoporose

Regulare six	1	Dietas com aporte a base de fibras
Risedross	1	Osteoporose
Rivotril 2 mg	2	Ansiolítico
Rosuvastantina	3	Hipercolesterolemia
Rusovas 5mg	1	Hipercolesterolemia
Seki xarope	1	Tosse
Selopress	1	Hipertensão
Selozok 25mg	2	Hipertensão
Semente de sucupira	1	Artrose, artrite, reumatismo
Sinvastantina 40 mg	6	Avc
Somalgin 100mg	1	Antipirético
Somalgin cardio 81 mg	1	Antipiretico
Sustrarte 10 mg	3	Angina pectoris
Torsilax	1	Dor
Venaflon	1	Trombose
Vitamina C	1	Vitamina
Vitamina D	2	Osteoporose

## APÊNDICE II

Modelo da Ficha Farmacoterapêutica utilizada no desenvolvimento do trabalho

		<b>USO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS E NÃO PRESCRITOS</b>
<b>FICHA DE ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPEUTICO</b>		Nome do(s) medicamento(s): _____
Nome:	Sexo:	Dosagem: _____
Idade:	Cidade:	Posologia: _____
Escolaridade:	Data:	Indicação do medicamento: _____
<b>Informações Sociais</b>		Resultado da terapia: _____
Faz uso de tabaco: SIM ( )	NÃO ( )	Queixas relacionadas aos medicamentos: _____
Faz uso de álcool: SIM ( )	NÃO ( )	_____
<b>HISTÓRICO DE PATOLOGIAS DOS FAMILIARES</b>		<b>IDENTIFICAÇÃO DE PRMs</b>
Diabetes: SIM ( )	NÃO ( )	Anotações relacionadas:
Hipertensão: SIM ( )	NÃO ( )	_____
Outros: _____		_____
<b>HISTÓRICO DE PATOLOGIAS E QUEIXAS DO PACIENTE</b>		_____
Diabetes: SIM ( )	NÃO ( )	_____
Hipertensão: SIM ( )	NÃO ( )	_____
Outros: _____		_____
Queixas: _____		_____
_____		_____
<b>HISTÓRICO DE ALERGIAS</b>		<b>DÚVIDAS GERAIS</b>
Alergia a alimentos: _____		Paciente: _____
Alergia a medicamentos: _____		_____
Outros: _____		Plantonista: _____
		_____
		<b>PLANTONISTAS</b>
		_____
		_____
		_____



## APÊNDICE IV

Tabela 2- Possíveis interações medicamentosas em relação a medicamento/medicamento e medicamento/alimento, baseando-se em Santos et al. (2012). Própria Fonte

Interações	Medicamento/ Medicamento	Medicamento/Alimento	
Ablok plus X Addera D3	Menor	Moderado Suco Cramberry	Menor Uso concomitante do colecalfeciferol e olestra pode diminuir a concentração do colecalfeciferol
Ablok Plus X Domperidona	Não tem	Moderado Suco Cramberry	Maior Grapefruit
Ablok plus X higraton	Não tem	Não tem	Não tem
Ablok Plus X Lonium	Não tem	Moderado Suco Cramberry	Não tem
Ablok Plus X Ômega Active Az	Não tem	Moderado Suco Cramberry	Não tem
Ablok Plus X Ossotrat + Vitamina D	Não tem	Moderado Suco Cramberry	Não tem
Ablok Plus X Rivotril	Não tem	Não tem	Menor Caféina
Alenia X Aradois H	Não tem	Moderado Grapefruit	Moderado Grapefruit
Alenia X Espiriva	Não tem	Moderado Grapefruit	Não tem
Alenia X ômega 3	Não tem	Moderado Grapefruit	Não tem
Alenia X Vitamina C	Não tem	Moderado Grapefruit	Não tem
Alodipino X AAS	Não tem	Não tem	Não tem
Alodipino X Atenolol	Não tem	Não tem	Não tem
Alodipino X Clopidrogel	Maior	Não tem	Moderado Grapefruit
Alodipino X Higraton	Não tem	Não tem	Não tem
Alodipino X Diovan	Não tem	Não tem	Não tem
Alodipino X Forasec	Não tem	Não tem	Não tem
Alodipino X Glicolive	Não tem	Não tem	Não tem
Alodipino X Losartana Potássica	Não tem	Não tem	Não tem

Alodipino X Omeprazol	Não tem	Não tem	Moderado inibidores de bomba proton e cranberry
Alodipino X rusovastantina	Não tem	Não tem	Não tem
Alodipino X simvastantina	Maior	Não tem	Moderado suco de cranberry e grapefruit
Aradois H X Espiriva	Não tem	Moderado Grapefruit	Não tem
Ártico X Artrosil	Não tem	Não tem	Não tem
Ártico X Aspirina Prevent	Não tem	Não tem	Não tem
Ártico X ômega 3	Não tem	Não tem	Não tem
Ártico X Propranalol	Não tem	Não tem	Moderado Quando ingerido com alimentos pode intensificar o seu potencial
Artovastantina X Ártico	Não tem	Moderado Grapefruit	Não tem
Artovastantina X Artrosil	Não tem	Moderado Grapefruit	Não tem
Artovastantina X Aspirina Prevent	Não tem	Moderado Grapefruit	Não tem
Artovastantina X Atenolol	Não tem	Moderado Grapefruit	Não tem
Artovastantina X ômega 3	Não tem	Moderado Grapefruit	Não tem
Artovastantina X Propranalol	Não tem	Moderado Grapefruit	Moderado Quando ingerido com alimentos pode intensificar o seu potencial
Aspirina Prevent X ômega 3	Não tem	Não tem	Não tem
Atenolol X Addera D3	Menor	Não tem	Não tem
Atenolol X Rusovastantina	Não tem	Não tem	Não tem
Atenolol X AAS	Não tem	Não tem	Não tem
Atenolol X alodipino	Não tem	Não tem	Não tem
Atenolol X Ártico	Não tem	Não tem	Não tem
Atenolol X Artrosil	Não tem	Não tem	Não tem
Atenolol X Aspirina Prevent	Não tem	Não tem	Não tem
Atenolol X Brasart	Não tem	Não tem	Não tem

Atenolol X Catpopril	Não tem	Não tem	Menor Quando ingerido com alimentos
Atenolol X Clopidrogel	Não tem	Não tem	Moderado Grapefruit
Atenolol X Glicolive	Não tem	Não tem	Não tem
Atenolol X Higroton	Não tem	Não tem	Não tem
Atenolol X ômega 3	Não tem	Não tem	Não tem
Atenolol X Omeprazol	Não tem	Não tem	Moderado inibidores de bomba proton e cramberry diminui a eficácia
Atenolol X Propranalol	Não tem	Não tem	Moderado Quando ingerido com alimentos pode intensificar o seu potencial
Atenolol X simvastantina	Não tem	Não tem	Maior Grapefruit e oxicoco
Atenolol X sustrate	Fitoterápico		
Atorvastantina X Regulare Six	Fitoterápico		
Atorvastantina X Muvinlax	Fitoterápico		
Atorvastantina X Procimax	Não tem	Não tem	Não tem
Brassat X Ablok plus	Não tem	Moderado	Não tem
Brassat X Addera D3	Não tem	Moderado	Menor Uso concomitante do colecalfeciferol e olestra pode diminuir a concentração do colecalfeciferol
Brassat X higroton	Não tem	Moderado	Não tem
Captopril X Alodipino	Menor	Moderado	Não tem
Captopril X Clopidrogel	Não tem	Moderado	Não tem
Captopril X Glicolive	Não tem	Moderado	Não tem
Captopril X Simvastantina	Não tem	Menor	Maior
Carmelose sódica 0,5% X Enalapril	Não tem	Não tem	Não tem
Aspirina prevent X Artrosil	Não tem	Não tem	Não tem
Aspirina prevent X Atenolol	Não tem	Não tem	Não tem
Aspirina prevent X Ártico	Não tem	Não tem	Não tem

Aspirina prevent X ômega 3	Não tem	Não tem	Não tem
Aspirina prevent X Propranalol	Não tem	Não tem	Não tem
Clopidrogel X Glicolive	Não tem	Não tem	Não tem
Higroton X AAS	Não encontrou		
Colpotrofina X Glifage	Não tem	Não tem	Não tem
Concor HCT X Benicar Anlo	Não tem	Não tem	Moderado com alimento
Concor X Omeprazol	Não tem	Não tem	Não tem
Corus X Atorvastatina	Não tem	Não tem	Não tem
Corus X Galvus	Não tem	Não tem	Não tem
Corus X Muvinalax	Fitoterápico		
Corus X Procimax	Não tem	Não tem	Não tem
Corus X Regulare Six	Fitoterápico		
Corus X Selozok	Não tem	Não tem	Não tem
Corus X Somalgin	Não tem	Não tem	Não tem
Corus X Sustrate	Não tem	Não tem	Não tem
Diovan Amló Fix X Indapen SR	Não tem	Não tem	Não tem
Diovan Amló Fix X Glifage XR	Não tem	Não tem	Não tem
Diovan X Ablok Plus	Não tem	Não tem	Não tem
Diovan X alodipino	Não tem	Não tem	Não tem
Diovan X Domperidona	Não tem	Não tem	Maior Grapefruit
Diovan X Forasec	Não tem	Não tem	Não tem
Diovan X Lonium	Não tem	Não tem	Não tem
Diovan X Ômega Active Az	Não tem	Não tem	Não tem
Diovan X Ossotrat Vitamina D	Não tem	Não tem	Não tem
Diovan X Proso	Não tem	Não tem	Não tem
Diovan X Rivotril	Não tem	Não tem	Menor Cafeína
Diovan X rusovastatina	Não tem	Não tem	Não tem
Domperidona X Lonium	Não tem	Não tem	Não tem
Dorflex X omeprazol	Não tem	Não tem	Moderado inibidores de bomba proton e cramberry diminui a eficácia

Enalapril X Carmelose sódica	Não tem	Não tem	Não tem
Evista X Colpotrofine	Não tem	Não tem	Não tem
Evista X Glifage	Não tem	Não tem	Não tem
Evista X Vitamina D	Não tem	Não tem	Não tem
Fenofibrato X Diovan anlo fix	Não tem	Não tem	Não tem
Forasec X rusovastantina	Não tem	Não tem	Não tem
Galvus X Atorvastantina	Não tem	Não tem	Não tem
Galvus X Regulare Six	Fitoterápico		
Galvus X Muvinlax	Fitoterápico		
Galvus X Procimax	Não tem	Não tem	Não tem
Glifage X Atovastantina	Não tem	Não tem	Moderado Grapefruit
Glifage XR X Fenofibrato	Não tem	Não tem	Não tem
Hidroclorotiazida X Citoneurim	Não tem	Não tem	Não tem
Hidroclorotiazida X somalgin	Não tem	Não tem	Não tem
Hidroclorotiazida X ciprevent	Não tem	Não tem	Não tem
Hidroclorotiazida X ártico	Não tem	Não tem	Não tem
Hidroclorotiazida X artrosil	Não tem	Não tem	Não tem
Hidroclorotiazida X Aspirina Prevent	Não tem	Não tem	Não tem
Hidroclorotiazida X atenolol	Não tem	Não tem	Não tem
Hidroclorotiazida X Atorvastantina	Não tem	Não tem	Não tem
Hidroclorotiazida X losartana	Não tem	Não tem	Não tem
Hidroclorotiazida X ômega 3	Não tem	Não tem	Não tem
Hidroclorotiazida X Propranalol	Não tem	Não tem	Não tem
Higroton X Addera D3	Não tem	Moderado	Menor Uso concomitante do colecalciferol e olestra pode diminuir a concentração do colecalciferol

Idapen X Glifage XR	Não tem	Não tem	Não tem
Idapen X Fenofibrato	Não tem	Não tem	Não tem
Liptor X alenia	Não tem	Moderado Grapefruit	Não tem
Liptor X ômega 3	Não tem	Moderado Grapefruit	Não tem
Liptor X Vitamina C	Não tem	Moderado Grapefruit	Não tem
Losartana Potássica X Brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2%	Não tem	Não tem	Não tem
Losartana Potássica X Higroton	Não tem	Menor Suco Grapefruit	Não tem
Losartana X alogidipino	Não tem	Não tem	Não tem
Losartana X Ártico	Não tem	Não tem	Não tem
Losartana X Artovastatina	Não tem	Não tem	Não tem
Losartana X Artrosil	Não tem	Não tem	Não tem
Losartana X Aspirina Prevent	Não tem	Não tem	Não tem
Losartana X atenolol	Não tem	Não tem	Não tem
Losartana X Atenolol	Não tem	Não tem	Não tem
Losartana X Catpopril	Maior	Menor Grapefruit	Menor Com alimentos
Losartana X Aspirina prevent	Não tem	Não tem	Não tem
Losartana X Citoneurim	Não tem	Não tem	Não tem
Losartana X Clopidrogel	Não tem	Não tem	Não tem
Losartana X Glicolive	Não tem	Não tem	Não tem
Losartana X Hidroclorotiazida	Não tem	Não tem	Não tem
Losartana X ômega 3	Não tem	Não tem	Não tem
Losartana X Propranalol	Não tem	Não tem	Não tem

Losartana X simvastantina	Não tem	Não tem	Não tem
Losartana X somalgin	Não tem	Não tem	Não tem
Losartana X sustrate	Não tem	Não tem	Não tem
Lumigan X Carmelose sódica	Não tem	Não tem	Não tem
Lumigan X Enalapril	Não tem	Não tem	Não tem
Nimesulida X chá da vida	Fitoterápico		
Nimesulida X simvastantina	Não tem	Não tem	Não tem
Ômega Active Az X Lonium	Não tem	Não tem	Não tem
Ômega Active Az X Domperidona	Não tem	Não tem	Maior Grapefruit
Omeprazol X Corus	Não tem	Menor inibidores de bomba proton e cramberry diminui a eficácia	Não tem
Omeprazol X Atorvastantina	Não tem	Menor inibidores de bomba proton e cramberry diminui a eficácia	Moderado Grapefruit
Omeprazol X Galvus	Não tem	Menor inibidores de bomba proton e cramberry diminui a eficácia	Não tem
Omeprazol X Muvinlax	Fitoterápico		
Omeprazol X Procimax	Maior	Menor inibidores de bomba proton e cramberry diminui a eficácia	Não tem
Omeprazol X Regulare Six	Fitoterápico		
Omeprazol X rizedross	Moderado	Moderado inibidores de bomba proton e cramberry diminui a eficácia	Não tem
Omeprazol X Selozok	Não tem	Moderado inibidores de bomba proton e	Não tem

		cramberry diminui a eficácia	
Omeprazol X Somalgin	Não tem	Moderado inibidores de bomba proton e cramberry diminui a eficácia	Não tem
Omeprazol X Sustrate	Não tem	Moderado inibidores de bomba proton e cramberry diminui a eficácia	Não tem
Ossotrat + Vitamina D X Domperidona	Não tem	Não tem	Maior Grapefruit
Ossotrat + Vitamina D X Lonium	Não tem	Não tem	Não tem
Ossotrat + Vitamina D X Ômega Active Az	Não tem	Não tem	Não tem
Ossotrat X Alendronato de sódio	Menor	Não tem	Não tem
Osteonutri X Atovastantina	Não tem	Não tem	Moderado Grapefruit
Osteonutri X Glifage	Não tem	Não tem	Não tem
Osteonutri X vitamina D	Não tem	Não tem	Não tem
Predisim 40mg X Livepax	Não tem	Não tem	Não tem
Predisim 40mg X SeKi	Não encontrou		
Propranalol X Aspirina Prevent	Não tem	Não tem	Não tem
Propranalol X ômega 3	Não tem	Não tem	Não tem
Rivotril 2mg X Mitizarpina 30mg	Maior	Maior	Moderado
Rivotril X Domperidona	Não tem	Menor Cafeína	Maior Grapefruit
Rivotril X Lonium	Não tem	Não tem	Não tem
Rivotril X Ômega Active Az	Não tem	Não tem	Não tem
Rivotril X Ossotrat + Vitamina D	Não tem	Menor Cafeína	Não tem
Rusovastantina X Ablok plus	Não tem	Não tem	Menor Uso concomitante do colecalciferol e olestra pode diminuir a concentração do colecalciferol

Rusovastantina X Addera D3	Não tem	Não tem	Não tem
Rusovastantina X Brassat	Não tem	Não tem	Não tem
Rusovastantina X Higraton	Não tem	Não tem	Não tem
Seki X Livepax	Não encontrou		
Selopress X diovan	Não tem	Não tem	Não tem
Selozok X Regulare Six	Fitoterápico		
Selozok X Diovan Amlo Fix	Não tem	Não tem	Não tem
Selozok X Muvinlax	Fitoterápico		
Selozok X Atorvastantina	Não tem	Não tem	Não tem
Selozok X Fenofibrato	Não tem	Não tem	Não tem
Selozok X Galvus	Não tem	Não tem	Não tem
Selozok X Glifage XR	Não tem	Não tem	Não tem
Selozok X Idapen	Não tem	Não tem	Não tem
Selozok X Procimax	Não tem	Não tem	Não tem
Selozok X Somalgin	Não tem	Não tem	Não tem
Semente de Sucupira X Atenolol	Fitoterápico		
Semente de Sucupira X Alodipino	Fitoterápico		
Semente de Sucupira X Clopidrogel	Fitoterápico		
Semente de Sucupira X Glicolive	Fitoterápico		
Semente de Sucupira X Glifage	Fitoterápico		
Semente de Sucupira X Losartana	Fitoterápico		
Semente de Sucupira X Simvastantina	Fitoterápico		
Semente de Sucupira X Sustrate	Fitoterápico		
Simvastantina X Carbonato de Cálcio	Não tem	Não tem	Não tem
Simvastantina X chá da vida	Fitoterápico		

Simvastantina X Clopidrogel	Moderado	Não tem	Não tem
Simvastantina X Glicolive	Não tem	Não tem	Não tem
Somalgin X Galvus	Não tem	Não tem	Não tem
Somalgin X Atorvastantina	Não tem	Não tem	Não tem
somalgin X Citoneurim	Não tem	Não tem	Menor Grapefruit
Somalgin X Muvinlax	Fitoterápico		
Somalgin X Procimax	Não tem	Não tem	Não tem
Somalgin X Regulare Six	Fitoterápico		
Sustrate X Rusovastantina	Não tem	Não tem	Não tem
Sustrate X Selozok	Não tem	Não tem	Não tem
Sustrate X Galvus	Não tem	Não tem	Não tem
Sustrate X alodipino	Não tem	Não tem	Não tem
Sustrate X Atorvastantina	Não tem	Não tem	Não tem
Sustrate X Catpopril	Não tem	Não tem	Não tem
Sustrate X Clopidrogel	Não tem	Não tem	Não tem
Sustrate X Glicolive	Não tem	Não tem	Não tem
Sustrate X Muvinlax	Fitoterápico		
Sustrate X Procimax	Não tem	Não tem	Não tem
Sustrate X Regulare Six	Fitoterápico		
Sustrate X simvastantina	Não tem	Não tem	Não tem
Sustrate X Somalgin	Não tem	Não tem	Não tem
Torsilax X dorflex	Não encontrou		
Torsilax X omeprazol	Não tem	Não tem	Menor Suco cramberry
Vitamina C X ômega 3	Não tem	Não tem	Não tem
Vitamina D X Atovastantina	Não tem	Não tem	Moderado Grapefruit
Vitamina D X Colpotrofine	Não tem	Não tem	Não tem
Vitamina D X Glifage	Não tem	Não tem	Não tem

