

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO E LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

IZABELLY DUTRA FERNANDES

**PREVALÊNCIA DA AUTOMEDICAÇÃO EM IDOSOS HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE CAMPINA GRANDE-PB**

**CAMPINA GRANDE - PB
AGOSTO DE 2013**

IZABELLY DUTRA FERNANDES

**PREVALÊNCIA DA AUTOMEDICAÇÃO EM IDOSOS HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE CAMPINA GRANDE-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento às exigências para obtenção do grau de licenciado e bacharel em enfermagem.

Orientador (a): Sandra dos Santos Sales

**CAMPINA GRANDE – PB
AGOSTO DE 2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

F363p Fernandes, Izabelly Dutra.
Prevalência da automedicação em idosos hipertensos e diabéticos cadastrados em uma unidade básica de saúde da família de Campina Grande-PB [manuscrito] / Izabelly Dutra Fernandes. – 2013.

46 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.

“Orientação: Profª. Esp. Sandra dos Santos Sales, Departamento de Enfermagem”.

1. Automedicação. 2. Medicamentos. 3. Diabetes Mellitus. 4. Saúde do idoso. 5. Saúde da família.
I. Título.

21. ed. CDD 618.97

IZABELLY DUTRA FERNANDES

**PREVALÊNCIA DA AUTOMEDICAÇÃO EM IDOSOS HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE CAMPINA GRANDE-PB**

Aprovada em 03 de 09 de 2013

BANCA EXAMINADORA

Sandra dos Santos Sales

Prof^ª. Esp. Sandra dos Santos Sales

Orientadora

Maria Sidney da Silva Soares

Prof^ª Me. Maria Sidney da Silva Soares / FCM

Examinadora

Lannuzya Verissimo e Oliveira

Prof^ª Me. Lannuzya Verissimo e Oliveira/ UEPB

Examinadora

OFEREÇO,

A minha MÃE, por ser orgulho e inspiração da minha vida, sem a qual não teria alcançado inúmeras vitórias. Obrigada, Mãe, pelas noites em claro que passou por mim, pela angústia oprimida por estar longe, por todo amor e carinho que me dedicou no decorrer da minha vida, por estar sempre disposta a me oferecer o que têm de melhor e por todas as horas de sua vida dedicadas a mim, exercendo dois papéis, de pai e de mãe, pelo grande incentivo e ajuda em tudo que fiz sem você nada disso teria sido possível.

A minha bisavó IZABEL, nesse magnífico momento de sentimento inexplicável alguém que eu gostaria que estivesse aqui comigo está ausente. Mas as lembranças de sua esperança, o som de sua voz, sopram suaves em minha memória, num murmúrio de lamento e saudade. Como queria que a senhora estivesse aqui para viver comigo essa tão doce e brilhante vitória. Sei que em todos os meus passos existe um passo seu.

Aos meus avós TEREZA, JURANI, LETÍCIA (in memorian) E CÍCERO (in memorian), por serem co – autores de minha vida e portadores de toda a minha admiração, obrigada pelo apoio grandioso que vocês sempre deram.

A todos os meus amigos de faculdade que, de alguma maneira, participaram de minha vida acadêmica, o caminho foi longo, muitas vezes desgastante, mas no fim deu tudo certo.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, obrigada, Senhor, pela oportunidade que me deu, pois toda última decisão vem de ti. Obrigada pelo teu amparo durante esta jornada tão árdua mais gratificante, pois sem ti, nada poderia ser concretizado.

À **Nossa Senhora**, minha intercessora, obrigada por me fortalecer com tua Fé e humildade, nas horas em que eu não sabia mais o que pedir, nem o que agradecer, obrigada por nunca desistir de mim, mesmo nas vezes em que o dia a dia tenta me provar o quão difícil será, a senhora me mostra o caminho certo a seguir.

Agradeço a minha **Mãe, Izabel Maria**, por tudo, sem exceções, você é meu patamar de apoio. Você é o “amor que não se mede” na minha vida, uma parte de mim, saibas que mesmo que eu não te veja posso sentir quando pensa em mim, sinto suas orações em meus sonhos. Muito obrigada mainha, tudo isso, mais uma vez, foi por você.

À professora, **Sandra Sales**, minha orientadora, por seu brilhantismo e humildade demonstrados em todos os pontos dessa pesquisa; por ter compartilhado comigo seus conhecimentos me auxiliando na busca da realização plena de meus ideais acadêmicos e pela grande força que despendeu para a realização deste trabalho. Mesmo com toda correria e falta de tempo de ambas, não desanimou e veio comigo até o fim. Obrigada por acreditar que era possível, quando nem eu mais acreditava, o meu sincero e carinhoso “muito obrigada”, sucesso em sua carreira já é predestinação de Deus.

À **banca examinadora**, professora **Cidney** e **Lannuzya**, por aceitarem participar da avaliação e do engrandecimento desse trabalho. Vocês não foram apenas docentes, foram patamares de apoio em minha formação acadêmica. Pude aprender não só teorias sobre a enfermagem, mas a prática do “ser” humano em sua melhor essência. Obrigada por mostrar humanidade e humildade em tudo que me passaram.

Aos **colegas de turma**, nesses cinco anos convivemos em prol de um objetivo comum, a realização, algumas vezes com desentendimentos, que acontecem em toda família e conosco não seria diferente. As alegrias e “presepadas” do início do curso, quando ainda nos faltava à responsabilidade que o tempo trouxe; aqueles que ficaram para trás não imaginam o doce sabor desse momento que estamos vivendo agora, mesmo que sigamos outros caminhos, outras profissões, que foram descobertas no caminho da jornada, com vocês passei parte dos melhores anos de minha vida, dos quais vou lembrar eternamente. Ao lado de vocês, meus

amigos, percebi que a amizade se constrói com o tempo, com doação, com aceitação das diferenças, com humildade para pedir desculpas, na hora do erro, e mais humildade para saber perdoar, pois só se ama de verdade aquele que um dia já fomos capaz de perdoar. Perdoem-me se um dia magoei alguém com alguma brincadeira. Nossas resenhas na sala, os estudos madrugada adentro em semiologia, o “corredor da morte” nas provas práticas, as festas das **Piturbinadas**, os mais calados, os “acanalhados”. Sei que todos nós não esqueceremos o tempo vivido na UEPB; quando olharmos as fotos do passado, nos lembraremos de um tempo que passou, mas que a saudade e a distância não conseguirá apagar. Valeu pessoal, vou sentir saudades!

Aos meus colegas e amigos da **Medicina UFCG**, agradeço por me incentivarem a concretizar esse trabalho, mesmo diante de tanta correria vocês sempre encontravam um meio de me ajudar, seja colocando o nome na lista (risos), nas viradas de noite, com indicações de literatura ou ensinado a usar o InfoPath (né, Rafael?). Quero agradecer em especial as minhas companheiras de grupo de pesquisa Renally, Nathália, Dayanna, Monalisa, a nossa preceptora querida, Carol, pela paciência conosco e a nossa orientadora Gerlane, dentre todos os sufocos durante o ano do PET, fazendo pesquisa e extensão ao mesmo tempo, aprendi com vocês que a persistência leva a excelência. Essa vitória também é de vocês, obrigada.

Às minhas **amigas** de todas as horas de descontração, tristeza, sufoco e vitórias, em especial a Rayanne (obrigada por saber ser a melhor amiga que uma pessoa precisa ter, por aguentar meus abusos, brincadeiras e por ser tão presente – muito presente rs), Camila (minha irmã mais velha, meu modelo de Médica e de ser humano, sua presença constante, mesmo diante de tanta correria me mostra a cada dia como Deus é presente em minha vida), tia Rosângela, Dani, Fabi, Adri, Thalyne, Raquel, meu “Povo Difícil”, vocês fizeram parte da força que tomei para concretizar esse trabalho e me dedicar melhor a medicina.

À minha **amada “Galera do Busão”**, Thiago, Arthur, Markin, Carolzinha, Kaline, Arielly e André vocês todos são fruto de uma amizade verdadeira que foi semeada em Cristo, os irmãos e pais que o Encontro de Jovens com Cristo me deu. Agradeço pela paciência dedicada, pelos risos coletivos, pelo incentivo e pela compreensão nas horas de ausência causadas pela correria da vida acadêmica, a caminhada é longa, mas se vocês estiverem comigo vai valer a pena.

Enfim, obrigada a todos, que de alguma forma apreciarem esse trabalho, a opinião de vocês também contribui para o enriquecimento de um projeto de forma direta ou indireta.

PREVALÊNCIA DA AUTOMEDICAÇÃO EM IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPINA GRANDE-PB

FERNANDES, Izabelly Dutra.

RESUMO

O aumento da expectativa de vida no Brasil traz desafios cada vez maiores aos serviços e aos profissionais de saúde, pois à medida que se envelhece patologias crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) tornam os idosos dependentes de tratamento medicamentoso prolongado e contínuo. Assim objetivou-se elencar os medicamentos prevalentes na prática da automedicação, averiguar as morbidades e os medicamentos utilizados para seu tratamento, verificar as possíveis reações adversas dos medicamentos prescritos com os usados na automedicação e conhecer o perfil sociodemográfico dos idosos. Trata-se de uma pesquisa-ação com abordagem quantitativa realizada na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Bonald Filho, localizada no município de Campina Grande-PB. Foram tomados como sujeitos da pesquisa idosos com 60 anos ou mais cadastrados previamente no programa de prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica e da Diabetes Mellitus - Hiperdia, totalizando 100 idosos. Os dados dos formulários foram agrupados e consolidados fazendo utilização de recursos de estatística simples no InfoPath. Dos entrevistados 40,30% encontravam-se na faixa etária acima de 70 anos, 74,40% do gênero masculino e 28% eram não alfabetizados. Ainda foi revelado que 78% dos pesquisados residiam com a família, enquanto 17,10% moravam sozinhos, fato esse que os tornam mais vulneráveis a autoadministração errada da terapia medicamentosa. Evidenciou-se que 78,20% da amostra é portadora de HAS e 16,80% de DM. Outro dado preocupante foi que 81,70% dos idosos realizam a automedicação. Entre os fármacos utilizados sem receita médica houve predomínio dos analgésicos (58,50%), seguida dos anti-inflamatórios (9,80%), antipiréticos (2,40%). Entre os motivos mais frequentes apresentados, e que levavam os indivíduos a tomar medicamentos por conta própria, a dor tem o maior índice (50,70%), seguida de tontura (7,30%). Acerca das reações adversas desencadeadas pela prática da automedicação foram reveladas: variação da pressão arterial (15,50%), reações anafiláticas (10,10%), dor no estômago (8,20%) e descontrolo da diabetes (6,20%). Dessa forma, ressalta-se a importância de realizar um acompanhamento contínuo no território de abrangência da UBSF, buscando elucidar as principais dificuldades encontradas pelos idosos para a realização do autocuidado, principalmente no tocante ao tratamento medicamentoso de uso contínuo, bem como esclarecer os riscos para a saúde que a prática da automedicação pode desencadear.

Palavras – chave: Automedicação; Idosos; Saúde da Família.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Outras Patologias de base que acometem os idosos cadastrados no programa Hiperdia, Campina Grande-PB, 2013.....	27
Tabela 2 – Medicamentos de Uso Contínuo dos idosos cadastrados no programa Hiperdia, Campina Grande-PB, 2013.....	28
Tabela 3 – Queixas que levaram a realizar a automedicação em idosos cadastrados no Hiperdia, Campina Grande – PB, 2013.....	32

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da faixa etária dos idosos cadastrados no programa Hiperdia. Campina Grande – PB, 2013.....	20
Gráfico 2 – Classificação quanto ao sexo dos idosos cadastrados no programa Hiperdia. Campina Grande – PB, 2013.....	21
Gráfico 3 – Classificação quanto ao grau de escolaridade dos idosos cadastrados no programa Hiperdia. Campina Grande – PB, 2013.....	23
Gráfico 4 – Tipo de moradia dos idosos cadastrados no programa Hiperdia. Campina Grande – PB, 2013.....	24
Gráfico 5 – Patologias de base evidenciadas nos idosos cadastrados no programa Hiperdia. Campina Grande – PB, 2013.....	26
Gráfico 6 – Idosos que praticam automedicação.....	30
Gráfico 7 – Medicamentos sem prescrição utilizados pelos idosos cadastrados no hiperdia, Campina Grande – PB, 2013.....	31
Gráfico 8 – Reações adversas após a automedicação em idosos cadastrados no hiperdia, Campina Grande – PB, 2013.....	33

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1 A pessoa idosa e o envelhecimento: uma abordagem geral	13
2.2 A automedicação em idosos: definições, indicações e contraindicações	14
3. METODOLOGIA	16
3.1 Tipo de Estudo	16
3.2 Cenário da Pesquisa	16
3.3 População e Amostra	17
3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	18
3.5 Instrumentos e Procedimentos de Coleta de Dados	18
3.5 Processamento e Análise dos Dados	18
3.6 Aspectos Éticos	19
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
4.1 Caracterização da amostra	20
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
6. REFERÊNCIAS	36
ANEXOS	40
APÊNDICE	42

1 INTRODUÇÃO

A preocupação com a velhice e com o envelhecimento é tão antiga quanto à civilização. À medida que a idade avança, ocorrem alterações estruturais e funcionais nos indivíduos, que são próprias do processo de envelhecimento normal, mas que podem variar de acordo com as características individuais de cada um (MAZZA & LEFÈVRE, 2005).

Para Papaléo Netto (2005) o envelhecimento é considerado um processo contínuo o qual apresenta várias alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão interferindo e tornando o indivíduo mais susceptível a patologias que terminam por levá-lo à morte. Esse processo leva a uma diminuição das capacidades adaptativas, refletindo-nos vários ambientes em que o idoso está inserido, aumentando a dependência com a família e também com a equipe de saúde (TASCA; BUSS, 2006).

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010) verifica-se o aumento de 7,6% no número de idosos no Brasil, esse número passa dos 23,5 milhões, o que conseqüentemente, aumenta a demanda nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs). O Ministério da Saúde estima que em 2020 as pessoas com idade superior a 60 anos serão responsáveis por mais de 15% da população brasileira (BRASIL, 2010). À medida que as populações envelhecem, um dos maiores desafios da política de saúde é alcançar um equilíbrio entre o apoio a pessoa idosa e o “autocuidado”.

Com o aumento da participação ativa desses sujeitos nas diferentes camadas sociais surge a preocupação de pesquisadores da área para com a qualidade de vida dessa faixa etária. De acordo com o Instituto de Desenvolvimento Municipal e Estadual (IDEME) a Paraíba tem um elevado percentual para o crescimento da população idosa, com 13,1% da sua população total (cerca de 500 mil idosos), só perdendo para o estado de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro (IDEME, 2010).

Nesse ínterim, o aumento dessa faixa etária traz desafios cada vez maiores aos serviços e aos profissionais de saúde, pois à medida que se envelhece surgem doenças crônicas, dentre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica, Doenças Osteoarticulares, Diabetes, entre outras, fazendo com que dependam de tratamento medicamentoso prolongado e contínuo (CASCAES et al, 2008). Esses sujeitos, devido ao seu perfil frágil, se tornam alvos fáceis de problemas sistêmicos agudos, como infecções ou doenças incuráveis, que podem

trazer desconfortos e dor, fato esse que pode levá-los ao uso indevido de fármacos sem prescrição de um profissional de saúde.

A automedicação, prática comum, vivenciada por civilizações de todos os tempos, é um procedimento caracterizado pela iniciativa do doente ou de seu responsável em obter ou produzir e utilizar um produto que acredita que lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio dos sintomas. É uma forma importante de cuidados pessoais e de resposta a sintomas (SÁ; BARROS & SÁ, 2007).

O consumo ilimitado e a armazenagem de medicamentos em domicílio é de longe uma prática conhecida no seio da população. No Brasil, de acordo com a Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (ABIFARMA), cerca de 80 milhões de pessoas são adeptas da automedicação. O estoque domiciliar de medicamentos pode influenciar os hábitos de consumo dos moradores, favorecendo a automedicação e a reutilização de prescrições (RIBEIRO; HEINECK, 2010). Segundo os autores supracitados para cada dois medicamentos devidamente receitados, pelo menos um é consumido com base na própria experiência, no sugestão do vizinho, na dica de um conhecido, na propaganda, na sugestão do balconista da farmácia ou de outros profissionais não formalmente habilitados. Esse uso indiscriminado de drogas pode trazer prejuízos diversos à saúde de quem utiliza, além de gastos desnecessários, retardo no diagnóstico correto e no tratamento adequado, inúmeras reações alérgicas ou adversas bem como uma possível intoxicação.

Considerando o novo cenário etário do Brasil e o fato dos idosos usarem um maior número de medicamentos, esta pesquisa disponibiliza informações que permitem elencar tais medicamentos e caracterizar os riscos que essa prática pode trazer aos idosos hipertensos e diabéticos assistidos na Estratégia de Saúde da Família. Fica clara, assim, a importância de conhecer o fenômeno da automedicação no intuito de instruir a população idosa, particularmente os que fazem uso simultâneo de vários medicamentos, que são mais vulneráveis a riscos.

Acredita-se que orientações adequadas acerca da terapia medicamentosa prescrita e dos riscos advindos da prática da automedicação, possam contribuir na busca pela qualidade e eficácia do acesso à atenção primária com vista à melhoria da saúde da população idosa.

Face ao exposto, o estudo teve por objetivo geral elencar os medicamentos usados na automedicação em idosos hipertensos e diabéticos de uma UBSF no município de Campina Grande-PB. E especificamente, averiguar as morbidades e os medicamentos usados para seu

tratamento; conhecer o perfil sociodemográfico dos idosos que realizam a automedicação e verificar as possíveis reações adversas dos medicamentos prescritos com os usados na automedicação.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A pessoa idosa e o envelhecimento: uma abordagem geral

A longevidade da população é um fenômeno mundial, que determina importantes repercussões no campo social e econômico. Esse processo vem se manifestando de forma distinta nos diversos países do mundo. No bloco das nações desenvolvidas, essas mudanças ocorreram de forma lenta, ao longo de mais de um século, sendo que alguns países chegaram a apresentar, inclusive, um crescimento negativo de sua população, com taxas de nascimento mais baixas que as de mortalidade (VERAS et al., 2007). De acordo com dados fornecidos pela OMS a população mundial de idosos passará, entre os anos 2000 e 2050, de 600 milhões para dois bilhões de pessoas que terão a idade superior a 60 anos.

A busca para compreender a velhice e todas as modificações decorrentes do avanço da idade teve início com as civilizações mais antigas, nas quais variavam o conceito de envelhecimento e a aceitação da velhice. (FREITAS, et al, 2002). Essas mudanças comprometem diretamente, e de forma significativa, a estrutura etária da população e, logo, ativam os problemas de uma determinada coletividade.

O processo de envelhecimento para Freitas et al (2002) extrapola a biologia e perpassa todas os aspectos da vida de um indivíduo. Com o tempo, mudam as dimensões psíquicas da pessoa, mudanças decorrentes de um acúmulo de experiência de vida. Tais experiências são o resultado dos acontecimentos vividos e de sua elaboração, e comportam paradoxos, sendo potencialmente produtivas, mesmo no caso de vivências afetivamente negativas como a aposentadoria e as perdas de vínculos por afastamento ou morte. O comportamento de uma pessoa diante de determinadas situações está de acordo com os hábitos, gostos e estilo de vida adquiridos e elaborados ao longo dos anos. Assim a capacidade de adaptação às perdas e outras mudanças durante a vida determinam grandemente a capacidade de adaptação do indivíduo à idade avançada.

Os movimentos migratórios também influenciam a composição das populações e, no nosso país, eles têm cooperado para que algumas regiões, ainda não acobertadas por serviços e com elevados percentuais de natalidade e mortalidade infantil, tenham uma alta proporção de idosos. O estado da Paraíba é um exemplo, atualmente contando com 13,1 % de sua

população total formada por idosos, número maior que em 2000, quando se tinha 10% de idosos no geral e muito superior que os 8,6% observados no país em 1997 (IDEME, 2010).

É necessário tomar como conhecimento, que o envelhecimento não deve ser encarado como um problema de saúde populacional, e sim como um avanço nacional na qualidade de vida da população em geral, levando em conta o seu bem estar como um todo. No entanto, para que esses anos a mais possam ser vividos de forma digna e independente, na capacidade da prática do autocuidado, é necessário o desenvolvimento de políticas e ações de prevenção e promoção da saúde da pessoa idosa, favorecendo a redução de gastos públicos na atenção secundária e terciária com este segmento.

2.2 A automedicação em idosos: definições, indicações e contraindicações

A farmacoterapia no idoso exige cuidados especiais, devidos às alterações fisiológicas que causam mudanças nos parâmetros farmacocinéticos e farmacodinâmicos desses indivíduos (BALDONI, 2010). A farmacocinética é frequentemente definida como o que o organismo faz com o medicamento e compõe-se de absorção, distribuição, biotransformação e eliminação. Considerando as alterações na absorção, ocorre diminuição da secreção salivar, da superfície de absorção e da motilidade do trato gastrintestinal, do tempo de esvaziamento gástrico, do fluxo sanguíneo esplênico e aumento do pH gástrico (OLIVEIRA, 2003). Porém, apesar dessas alterações a absorção é a fase da farmacocinética menos afetada, com efeito pequeno na clínica (BALDONI, 2010).

Os idosos são provavelmente o grupo mais medicalizado na sociedade (BORTOLON et al., 2007). A média de medicamentos sob prescrição utilizados num mesmo período de tempo por estes indivíduos é de dois a cinco medicamentos. Em relação aos idosos residentes em instituições geriátricas, esse número pode ser maior que sete medicamentos por paciente (DALY et al., 1994; CASTELLAR, 2005). Em estudo realizado nos Estados Unidos, trinta por cento das admissões hospitalares de pacientes idosos são relacionadas a problemas com medicamentos ou efeitos tóxicos advindos do seu uso (HANLON et al., 1997). Grande maioria dos idosos que faz uso de medicamentos por conta própria solicita informações de seus efeitos através de pessoas que não possuem conhecimento técnico científico adequado,

como vizinhos, familiares ou conhecidos. Tal fato é de extrema periculosidade para a saúde dos usuários, visto que os efeitos colaterais destes medicamentos podem se dar em um momento em que os mesmos estejam desacompanhados ou até mesmo dormindo.

De acordo com Baldoni (2010) existem aspectos positivos da automedicação, dentre eles: É mais conveniente para o doente do que a prescrição; permite que as pessoas resolvam pequenas alterações da sua saúde que lhes causam sofrimento ou incapacidade; quando é feita de forma racional e consciente, promove uma auto responsabilização na gestão da sua própria saúde e dos recursos públicos de saúde. Todavia, apesar destes benefícios, não se deve recorrer à automedicação.

Pois os medicamentos são responsáveis por 28% dos casos de intoxicação humana no Brasil e por 6,6% do total de admissões hospitalares, sem que haja avaliação específica do segmento idoso. Apesar de constituir prática que pode tornar fácil o autocuidado, permitir a recuperação de pequenas indisposições e aliviar a sobrecarga dos serviços médicos existe a possibilidade de agravamento de problemas de saúde como, por exemplo, os causados por doenças infectocontagiosas, em que a carência de tratamento adequado faz com que enfermos permaneçam transmissores inclusos. Além de acarretar no atraso na busca do tratamento correto, interações entre medicamentos, riscos de reações adversas, toxicidade e abuso no consumo de medicamentos (BORTOLON, 2008).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de uma pesquisa-ação com abordagem quantitativa. Para Viana (2008), esse tipo de abordagem pode ser utilizada para explorar melhor as questões pouco estruturadas, os territórios ainda não mapeados, os horizontes inexplorados, problemas que envolvem atores, contextos e processos em construção. Ou seja, a pesquisa quantitativa considera real a dinâmica entre o sujeito e o meio onde está inserido, sendo possível utilizar dados matemáticos como fatores de desenvolvimento para ações que busquem modificar a perspectiva que, anteriormente, era desconhecida.

Segundo Lessa (1997), a realidade se encontra em permanente evolução e, por isso, o conhecimento não pode esgotar a infinidade intensiva e extensiva de suas determinações. Assim, todo trabalho que é realizado possui ações conhecidas e desconhecidas.

Thiollent (2002) explica que, na pesquisa-ação os pesquisadores desempenham papel ativo na equação dos fatos, na avaliação das ações até a resolução dos problemas. Assim como, o pesquisador desempenha uma ação voltada para o benefício social, educacional ou técnica. Nessa perspectiva, o pesquisador deve atuar de forma construtivista em sua pesquisa, beneficiando de alguma forma o meio no qual está inserido.

3.2 Cenário da Pesquisa

O estudo realizou-se na cidade de Campina Grande-PB, localizada no interior do estado da Paraíba, na Zona Centro-Oriental, no Planalto da Borborema, ficando cerca de 125 km da capital João Pessoa, e equidistante em relação aos principais centros econômicos do Nordeste. A sua população está estimada em 385.213 habitantes, o que corresponde a aproximadamente 40% da população do estado. A economia é baseada na indústria, no comércio e no turismo de eventos. Além da zona urbana, o município possui três distritos rurais: São José da Mata, Catolé de Boa Vista e Galante (IBGE, 2010).

O município sedia o 3º Núcleo Regional de Saúde, unidade da divisão geopolítica administrativa estadual, constituindo-se uma macrorregional de saúde, que congrega 70 municípios pactuados, sendo também referência em serviços de saúde para os estados de Pernambuco e Rio Grande do Norte. Encontra-se em gestão plena do Sistema de Saúde desde 1997. Obedecendo aos critérios de hierarquização e regionalização, o município foi dividido em seis distritos sanitários (IBGE, 2010).

Campina Grande possui atualmente 96 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), estando distribuídos em todos os distritos sanitários, com cobertura de 87%, considerando-se o município no todo, e 100%, levando-se em consideração a Zona Rural. Um dos propósitos dessa pesquisa foi desenvolver-se na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Bonald Filho, localizada no bairro do Monte Santo, devido à referida UBSF ter sido selecionada no Programa de Educação para o Trabalho pela Saúde (PET/Saúde), programa este que a pesquisadora participava na condição de bolsista. O PET/Saúde é financiado pelo Fundo Nacional de Saúde sob a coordenação da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), cujo objetivo do programa era desenvolver ações multidisciplinares voltadas à promoção da saúde da comunidade através de projetos de pesquisa e extensão.

3.3 População e Amostra

A população constituiu-se por todos os idosos previamente cadastrados no programa de prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e da Diabetes Mellitus (DM), denominado pelo Ministério da Saúde de Hiperdia, da UBSF Bonald Filho.

Em virtude do grande número de idosos cadastrados na Equipe II (cerca de 300) na área de abrangência da referida UBSF foi tomada uma amostra proporcional na qual foi admitida uma margem de erro de 5% e um nível de confiabilidade de 95%, assim tem-se uma amostra de 100 idosos.

3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

- Por acessibilidade;
- Indivíduos de ambos os sexos;
- Usuários com 60 anos de idade ou mais;
- Estar cadastrado no programa Hiperdia da equipe II da UBSF Bonald Filho.

Foram excluídos da pesquisa os usuários que não se enquadraram nos critérios supracitados ou que não aceitaram participar.

3.5 Instrumentos e Procedimentos de Coleta de Dados

De início, a aluna participante desse estudo visitou a Unidade em questão e apresentou os objetivos da pesquisa à equipe. Foi feita, de início, uma reunião com os agentes de saúde da Equipe II, para que pudéssemos expor os objetivos do trabalho, bem como fazer os agendamentos de reconhecimento da área e aplicação do instrumento nos domicílios dos idosos.

Para cumprir com os objetivos do trabalho foi aplicado um formulário (APÊNDICE I) para avaliação da escolha de medicamentos que os idosos envolvidos na pesquisa faziam uso. Foi abordado ainda, quais destes foram prescritos pelo profissional médico da Unidade de Saúde da Família e quais foram tomados por conta própria configurando, assim, a prática da automedicação. Esses instrumentos foram aplicados durante o mês de Junho de 2013, de forma individual, através de visitas domiciliares aos sujeitos envolvidos.

3.6 Processamento e Análise dos Dados

Após a aplicação do instrumento da pesquisa, os dados provenientes dos formulários foram agrupados e consolidados fazendo utilização de recursos de estatística simples no

InfoPath. Os dados advindos da coleta foram reunidos e analisados de forma descritiva embasando-se na revisão de literatura pertinente.

3.7 Aspectos Éticos

Para concretização deste projeto de pesquisa solicitou-se, uma autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande (ANEXO I). Após a autorização, o projeto, o Termo de Compromisso do Pesquisador (APÊNDICE II) e o Termo de Concordância com o Projeto de Pesquisa (APÊNDICE III) foi submetido à aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual dispõe sobre a realização de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

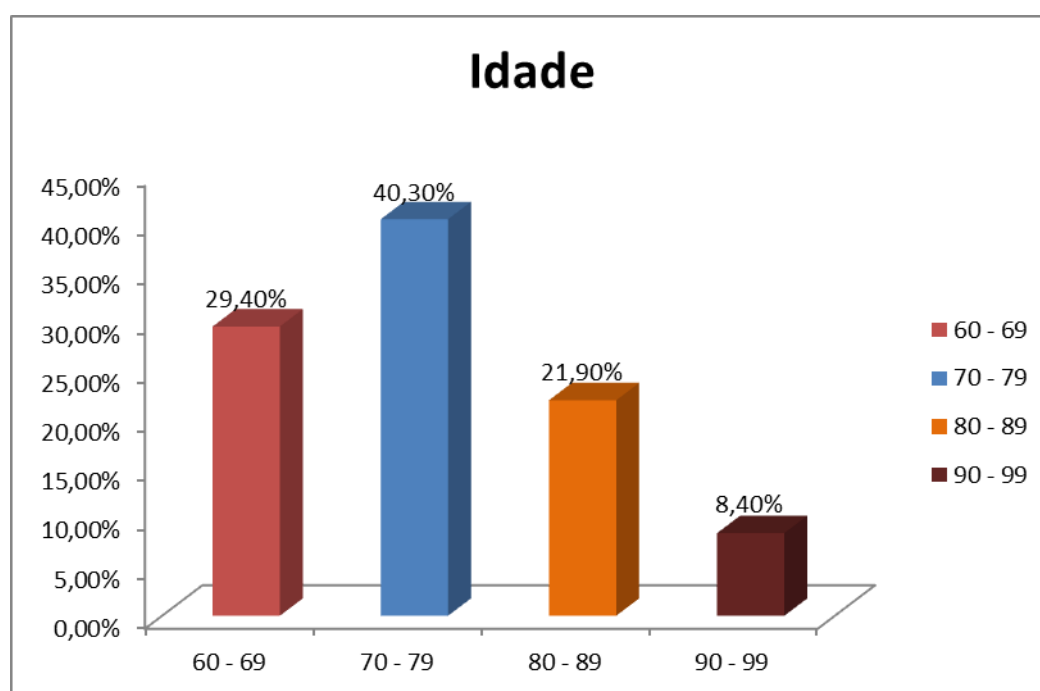
As informações sobre a pesquisa (identificação dos pesquisadores, objetivos do estudo, relevância, metodologia) foram repassadas aos participantes, com a assinatura, em seguida, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para maiores de 18 anos (APÊNDICE IV), em que os mesmos atestaram a voluntariedade de participação no estudo, a retirada a qualquer momento, da pesquisa, sem prejuízos pessoais e profissionais, garantia de esclarecimento antes, durante e depois da pesquisa. O processo de pesquisa iniciou-se após aprovação de protocolo de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba no documento CAAE - 19314513.8.0000.5187.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização da amostra

No Gráfico 1, constata-se que 40,30% dos idosos tem mais de 70 anos, portanto sendo esta a faixa etária de maior incidência.

Gráfico 1 – Distribuição da faixa etária dos idosos cadastrados no programa Hiperdia. Campina Grande – PB, 2013.

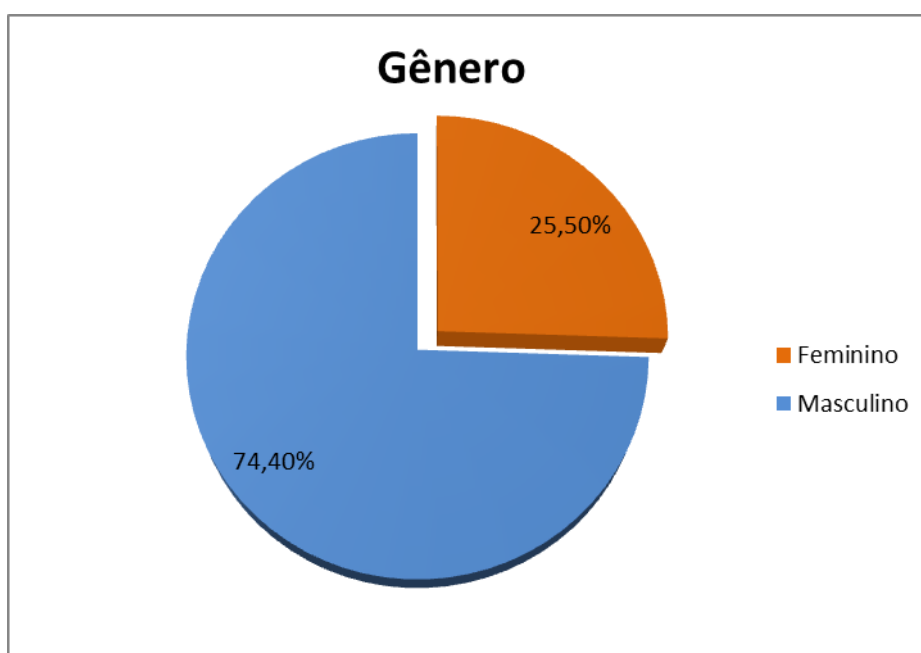


O envelhecimento populacional não é mais uma preocupação apenas dos países desenvolvidos, onde este fenômeno foi observado inicialmente. Hoje é nos países em desenvolvimento que se verificam os maiores índices de mudanças. No Brasil, o crescimento da população idosa é cada vez mais relevante, em termos tanto absolutos quanto proporcionais (LIMA & MURAI, 2005). O processo de envelhecer é bastante heterogêneo, cada pessoa o vivencia de uma maneira particular, na qual devemos considerar a história de vida e o social que cerca o indivíduo como um todo.

De acordo com dados do IDEME (2010) na Paraíba, a população com 60 anos ou mais aumentou 16,2%, em dois anos (entre 2009 e 2010). No entanto os serviços de saúde não se adequaram o suficiente para atender essa população. O processo de envelhecimento populacional gera novas exigências para os serviços e, conseqüentemente, aumentos substanciais nos custos dos programas de atenção básica e de níveis de atenção especializada. Esse fato aumenta a necessidade, também, de um aperfeiçoamento profissional, visando o melhor acolhimento a esse perfil de usuários, os quais demandam um atendimento diferenciado, baseado em suas enfermidades e características biopsicossociais.

No Gráfico 2, referente ao gênero, percebe-se que a área do estudo tem uma notável maioria de idosos do gênero masculino.

Gráfico 2 – Classificação quanto ao gênero dos idosos cadastrados no programa Hiperdia. Campina Grande – PB, 2013.



Dados do Ministério da Saúde mostram que homens tem uma menor frequência nas Unidades de Saúde da Família, diminuindo o índice de cuidado com a saúde, tornando-se eventualmente mais expostos ao surgimento de enfermidades previsíveis (BRASIL, 2010). Diante desse cenário, programas de incentivo a saúde do homem vem sendo criados para tentar intervir no processo saúde-doença desses usuários. O presente estudo mostra um percentual de 74,40% do gênero masculino, podemos confrontar esse dado com o estudo de

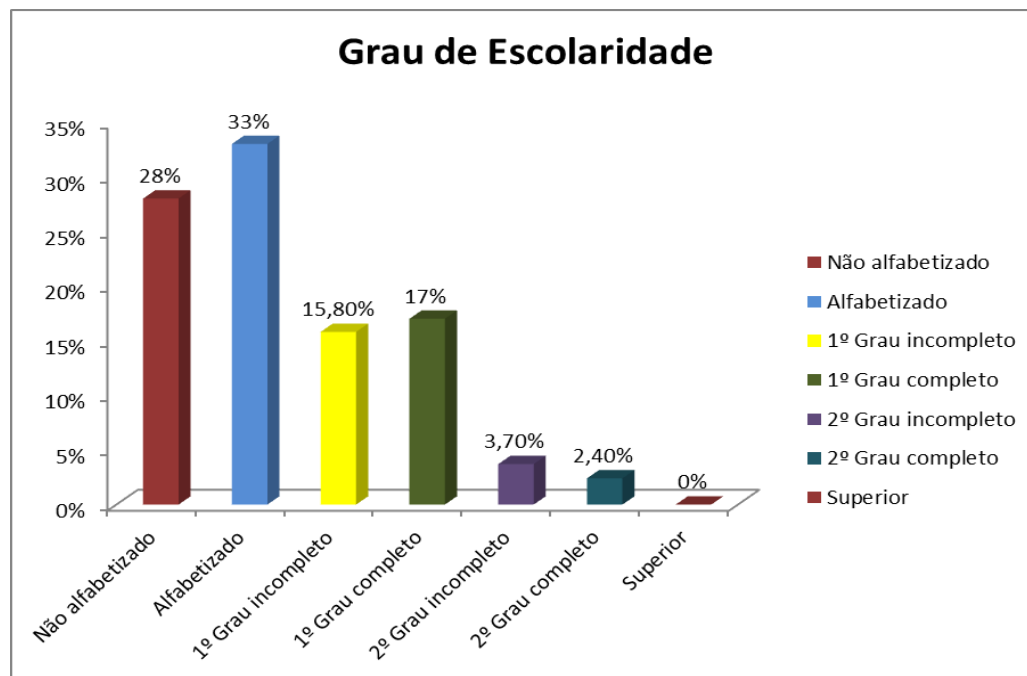
Pinheiro (2002), que mostra o gênero feminino como o mais afetado por problemas de saúde e com uma maior frequência de visitação ao serviço de atenção. No território de abrangência da UBSF estudada percebe-se a necessidade de uma atenção especial à saúde do homem, garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis. Pois muitos agravos poderiam ter sido evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária.

Os indicadores de morbimortalidade do nosso país tem traçado um perfil que se mantêm já há anos, no qual as mulheres são mais acometidas por problemas de saúde, buscam mais consultas médicas, consomem mais medicamentos e se submetem a mais exames, que os homens (PINHEIRO, 2002). No entanto há um maior número de homens internados em situações graves, como também à procura por serviços de emergência e a taxa de mortalidade por causas patológicas graves é maior entre os homens (PINHEIRO, 2002). Essa diferença é evidenciada pela prática da prevenção, adotada fielmente por mulheres e não utilizada pela grande maioria do gênero masculino, fato que podemos notar com a análise do gráfico supracitado.

A prevenção se volta para uma ação orientada para que o sujeito não adoça e possa desfrutar de melhor qualidade de vida; para tal, é necessário envolvê-lo com informações relevantes para que se insira ativamente e possa incorporar hábitos preventivos (CZERESNIA et. al., 2003). Daí, ressurge, mais uma vez, a importância das ações de educação em saúde, bem como a busca ativa dos sujeitos afastados dos programas de atenção primária.

No tocante ao grau de escolaridade, pode-se observar no Gráfico 3, que o mesmo oscila bem próximo entre os alfabetizados (33%) e não alfabetizados (28%), oscilação considerada relevante no contexto da automedicação.

Gráfico 3 – Classificação quanto ao grau de escolaridade dos idosos cadastrados no programa Hiperdia.
Campina Grande – PB, 2013.



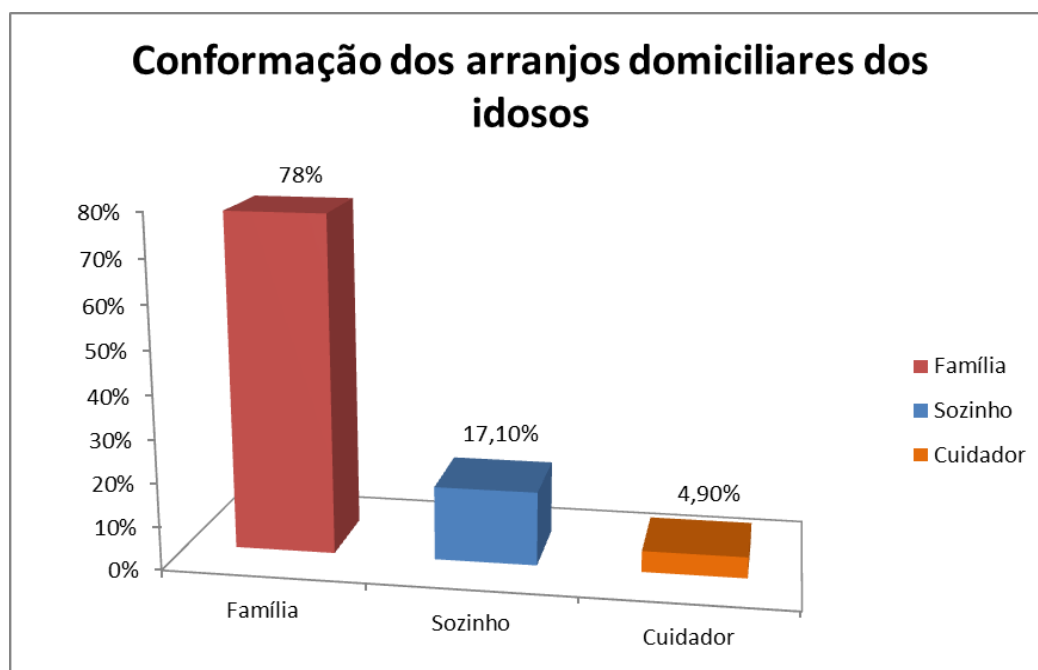
De acordo com os resultados do estudo de Bortolon et al (2008), o grau de escolaridade é um aspecto relevante ao se analisar o aumento da prática da automedicação. A baixa escolaridade dos idosos é considerada um sério fator de risco diante da complexidade dos esquemas medicamentosos utilizados pelos entrevistados, à medida que se constatou que 28% não são alfabetizados.

Nesse contexto, a baixa escolaridade é fator a ser considerado no que tange ao uso indiscriminado de medicamentos. Diante da menor enfermidade, com o intuito de livrar-se da dor, as pessoas buscam soluções leigas, baseadas no empirismo cotidiano, fato este que acaba por trazer inúmeros malefícios à saúde. Portanto é imprescindível promover estratégias que busquem a conscientização da população para reduzir o uso indiscriminado de medicamentos.

Percebe-se, assim, a necessidade de fazer uma busca ativa dos atores que se enquadram nesse padrão de escolaridade para uma instrução mais apurada sobre os riscos de automedicar-se, bem como, o esclarecimento da terapêutica medicamentosa prescrita de forma compreensível e clara para os mesmos no momento da consulta, conduta esta, responsabilidade do prescritor.

No Gráfico 4 foi analisada a conformação dos arranjos domiciliares dos idosos, nota-se que 78% residem com a família e 17,10% moram sozinhos. Fato esse considerado relevante, devido à complexidade dos esquemas medicamentosos associado às alterações fisiológicas esperadas com o envelhecimento, como déficit cognitivo, diminuição da acuidade visual e destreza manual, contribuindo assim, para que haja um maior número de erros na auto-administração dos medicamentos habituais.

Gráfico 4 – Distribuição da conformação dos arranjos domiciliares dos idosos cadastrados no programa Hiperdia. Campina Grande – PB, 2013.



Os dados do IBGE (2008, 2009), referente ao Censo de arranjos domiciliares, informam que, entre 1997 e 2007, no Brasil houve um crescimento do percentual de domicílios unipessoais com faixa etária de 60 anos ou mais (11,2% para 13,5%), determinando um novo arranjo domiciliar. Em 2008, esse número atingiu a marca de 13,7%. A quarta maior concentração desses domicílios está na região nordeste: dos 5.441 milhões de idosos, 12,2% vivem sozinhos.

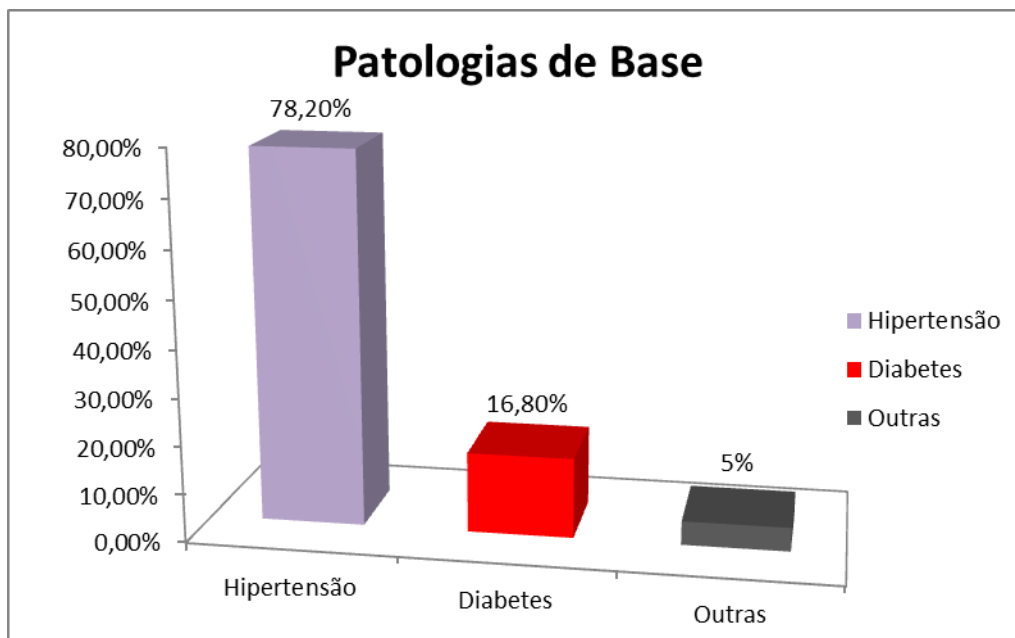
Contradizendo as estatísticas do IBGE constata-se na pesquisa que 78% dos idosos moram com a família, ou seja, a maioria tem convívio e apoio familiar, no entanto foi revelado que 81% dos pesquisados realizavam a automedicação. Assim a condição de morar

com familiares não determina que o idoso receba auxílio nos cuidados com a sua saúde, bem como orientações dos mesmos, ou seja, os idosos tornam-se responsáveis pelo autocuidado e muitas vezes objetivando amenizar possíveis desconfortos físicos buscam através da prática da automedicação alívio imediato. Todavia a condição de morar sozinho (17,10%) pode advir da escolha do idoso em buscar sua individualidade ou em decorrência das perdas humanas, insuficiência econômica, aposentadoria, abandono/descaso de seus familiares, dentre outros fatores.

Segundo Camargos e Rodrigues (2008), apesar de velhice não ser sinônimo de doença ou incapacidade, sabe-se que, nessa fase da vida, as pessoas são mais susceptíveis à problemas de saúde e, conseqüentemente, carentes de apoio. Mesmo que a coresidência não seja um indicador suficiente para medir ajuda, pode ser considerado um importante instrumento facilitador para que as trocas ocorram entre os idosos e seus filhos. Com o passar dos anos e avançar da idade, o autocuidado diminui e conseqüentemente a capacidade de gerir as necessidades básicas, sendo necessário um acompanhamento da família/cuidador para com a pessoa idosa.

No Gráfico 5 foram analisadas as patologias de base que acometem a população estudada. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi a mais evidente, responsável por 78,20% dos casos, seguida da Diabetes Mellitus (DM) com 16,80% e 5% de outras enfermidades.

Gráfico 5 – Patologias de base evidenciadas nos idosos cadastrados no programa Hiperdia. Campina Grande – PB, 2013.



Um importante problema de saúde pública é a hipertensão arterial, cuja prevalência estimada na população brasileira adulta é de cerca de 15 a 20%, sendo que, entre a população idosa, esta cifra chega a 65%. Entre os hipertensos, cerca de 30% são portadores assintomáticos da doença, todavia não foram diagnosticados. Portanto, é uma doença que apresenta alto custo social, sendo responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho (BRASIL, 2010).

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus constituem os principais fatores de risco para o aparelho circulatório. Representam um grande problema de saúde pública, comprometendo a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos, além de envolver altos custos no seu tratamento e em complicações decorrentes (BRASIL, 2012). A falta de conscientização no tratamento correto da HAS e Diabetes é potencializada pela chamada “cascata de prescrição”, na qual um diagnóstico errôneo e mal feito leva ao uso concomitante de medicações que, maleficamente, interagem entre si, trazendo prejuízos ao paciente. O tratamento incorreto dessas enfermidades contribui para o agravamento do quadro, bem como para o aparecimento de possíveis sequelas irreversíveis.

Neste estudo, uma parcela de 12% dos sujeitos foram acometidos concomitantemente pelas duas afecções, HAS e DM. Tais resultados corroboram com o

estudo de Marin et. al (2008), que demonstrou em média 2,5 diagnósticos concomitantes para cada idoso, entre eles as doenças cardiovasculares foram aquelas que mais incidiram, seguidas das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, além das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Diante do exposto, o diagnóstico de duas doenças em um mesmo sujeito, agrava possíveis efeitos da automedicação.

O alto índice de Hipertensos (78,20%) na área precisa ser avaliado, buscando medidas que sejam eficazes para a prevenção de sequelas, garantindo assim uma melhor qualidade de vida. Portanto ações interdisciplinares, como uma reeducação alimentar, prática de atividade física, apoio e orientações ao idoso e aos seu familiares, lazer e acesso aos serviços de saúde, são medidas que podem modificar a qualidade de vida de uma população em geral. Entretanto, a assistência a pessoa idosa é questionada quanto a sua eficiência dentro da integralidade, com visão ampliada do processo saúde-doença.

Com relação a outras patologias de base que acometem os sujeitos do estudo podem ser observadas na Tabela 1. Em consequência das possíveis doenças que acometem os idosos, o uso de um grande número de medicamentos é algo esperado, o que caracteriza a polifarmácia.

Tabela 1 – Outras Patologias de base que acometem os idosos cadastrados no programa Hiperdia, Campina Grande-PB, 2013.

Outras Patologias de Base	%
Doenças endócrinas	6,10%
Doenças osteomusculares	26,80%
Doenças neurológicas	13,40%
Doenças cardiovasculares	11,80%
Doenças linfáticas	1,20%
Doenças gastrintestinais	10%
Doenças tegumentares	1,20%
Doenças respiratórias	6,10%
Doenças dos sentidos	10%
Doenças metabólicas e nutritivas	4,90%
Doenças articulares	6,10%
Neoplasias	2,40%

Atualmente, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) enquadram-se dentro de uma classe de patologias com proporções reais de uma pandemia. Dentre elas, destacam-se as doenças cardiovasculares e metabólicas (obesidade e diabetes), acometendo a população mundial em todas as faixas etárias (MALFATTI & ASSUNÇÃO, 2011).

Com relação aos dados coletados neste estudo observamos um percentual considerável de idosos portadores de doenças osteomusculares (26,80%) e neurológicas (13,40%). Essas enfermidades trazem prejuízos à capacidade de locomoção, bem como o desenvolvimento das necessidades básicas. É preocupante o crescimento dessas doenças, já que uma mudança crescente no quadro epidemiológico de países emergentes, como o Brasil, vem sendo observadas ao longo do tempo e necessitam de uma atenção especial.

Na Tabela 2, foram elencados os medicamentos devidamente prescritos pelo médico da UBSF estudada que são de uso contínuo dos idosos. Os diuréticos estão no topo das prescrições com 21,20%, seguidos dos anti-hipertensivos com 20,70%.

Tabela 2 – Medicamentos de uso contínuo dos idosos cadastrados no programa Hiperdia, Campina Grande-PB, 2013.

Medicamentos de Uso Contínuo	%
Captopril	20,70%
Enalapril	11%
Hidroclorotiazida	21,20%
Propranolol	6%
Furosemida	5%
Glibenclamida	6%
Metformina	15%
Insulina	4,10%
Anlodipino	8%
Nenhum	3%

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu indicadores de qualidade e quantidade de medicamentos para estimular o uso racional dos mesmos. São os principais indicadores de uso de medicamentos: *média de medicamentos por prescrição* - objetiva medir o grau de polimedicação do paciente; *porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico* - visando a propiciar o controle dos custos de medicamentos no serviço de saúde;

porcentagem de medicamentos prescritos da lista de medicamentos essenciais - cujo objetivo é garantir o tratamento para as principais patologias da população; *porcentagem de antibióticos prescritos* - com a finalidade de controlar o seu uso e evitar resistências bacterianas e; *porcentagem de injetáveis prescritos* - pela maior possibilidade de consequências quando prescritos ou aplicados de forma inadequada (WHO, 2006).

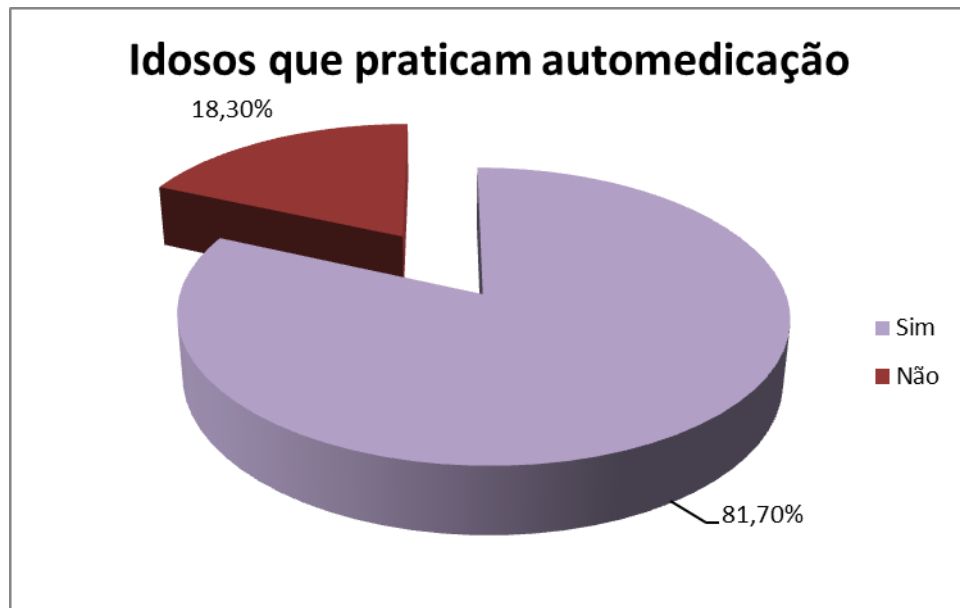
Os resultados deste estudo revelaram que os idosos utilizam em média três medicamentos de forma concomitante. Dados semelhantes foram encontrados em um estudo com idosos atendidos em ambulatório de psicogeriatria, que consumiam três ou mais medicamentos por dia (ALMEIDA et al, 1999). Segundo Prybys (2002), a polifarmácia está associada ao aumento do risco e da gravidade das Reações Adversas a Medicação (RAM), de precipitar Interações Medicamentosas (IM), de causar toxicidade cumulativa, de ocasionar erros de medicação, de reduzir a adesão ao tratamento e elevar a morbimortalidade.

O captopril (20,70%), metformina (15%), enalapril (11%) e hidroclorotiazida (21,20%) foram as medicações mais utilizadas, fato este associado ao número de hipertensos (78,20%) e diabéticos (16,80%), como foi observado no Gráfico 5.

Diante de um quadro de polifarmácia é necessário identificar o padrão de consumo e a forma de aquisição desses medicamentos, sejam eles anti-hipertensivos, antidiabéticos e/ou para tratamento das demais doenças crônicas não transmissíveis. Esse processo se faz importante no diagnóstico e na avaliação da assistência da Estratégia Saúde da Família, principalmente com enfoque em indivíduos com 60 anos ou mais que, conhecidamente, utilizam com maior frequência a atenção primária e merecem um cuidado supervisionado por ser um grupo mais propício ao uso de fármacos concomitantemente.

O Gráfico 6 demonstra que (81,70%) de idosos realizam a automedicação. Nesse contexto, os riscos gerados são, sem dúvida, preocupantes.

Gráfico 6 – Idosos que realizam automedicação, Campina Grande-PB, 2013.



O uso do medicamento de forma incorreta pode gerar reação adversa, reação alérgica, interação entre fármacos, atrasar no diagnóstico, chegar a um nível de intoxicação medicamentosa podendo levar o paciente a uma internação hospitalar ou até mesmo a morte. (ANDRADE, SILVA, FREITAS; SÁ, BARROS, SÁ, 2007).

Para Andrade et al (2007) a automedicação pode ser evitada de diversas formas como: melhorar a fiscalização em farmácias e drogarias reduzindo a venda de medicamentos sem prescrição; melhorar o atendimento nos serviços de saúde; adotar a prática da retenção da receita dos medicamentos sob prescrição; fazer a implantação de medidas eficientes em atenção farmacêutica tanto no sistema público como no privado para promover uma melhor qualidade de vida do idoso, promover a assistência farmacêutica para o uso racional do medicamento e fornecer condições do idoso levar uma vida saudável com exercícios físicos para reduzir/prevenir o número de declínios funcionais associados ao envelhecimento.

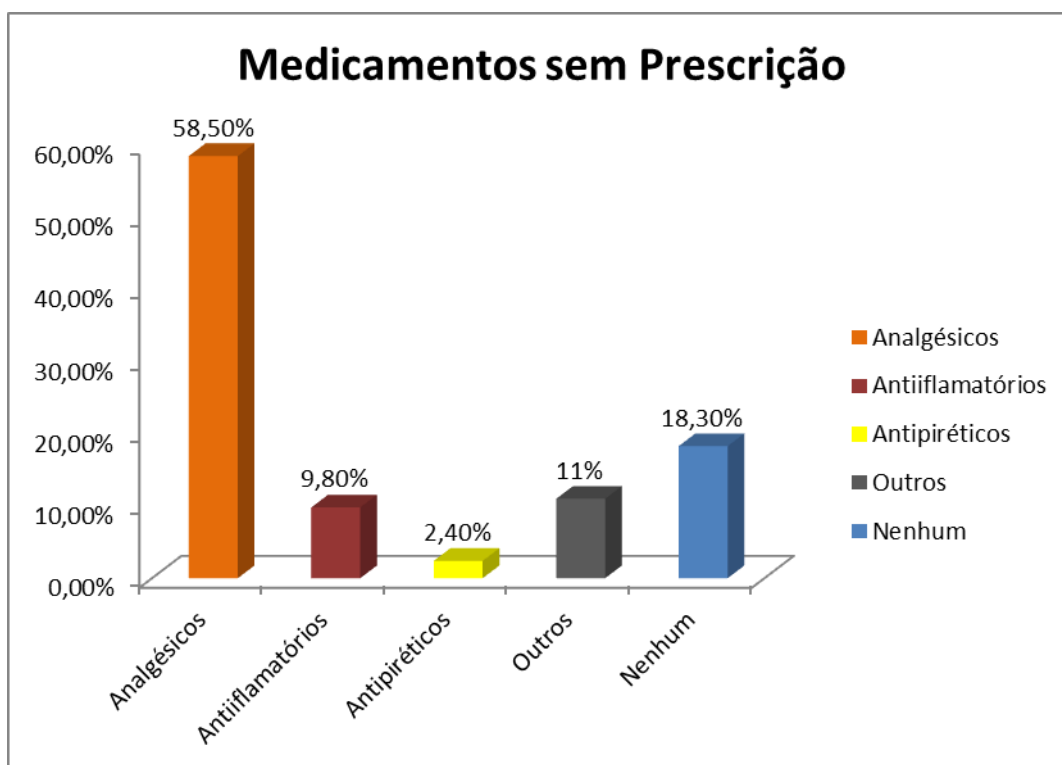
Com os dados encontrados, percebemos que 81,70% dos idosos realizam a automedicação, o que pode levar ao desencadeamento de reações adversas, inclusive fatais, visto que as condições fisiológicas deficitárias relacionadas não só à idade dos sujeitos, mas também as interações medicamentosas evidenciadas pela polifarmácia.

Portanto, a busca pela vida saudável inclui, além de uma alimentação balanceada, prática de exercício físico, dentro das limitações pessoais, bem como acompanhamento pela

equipe multidisciplinar com a promoção da saúde através de ações que busquem orientar a comunidade. É necessário por parte do poder público o desenvolvimento de políticas de Estado, consolidadas, que favoreçam a qualidade de vida da pessoa idosa, fazendo-se cumprir os direitos primários garantidos por lei, como saúde e cidadania.

No Gráfico 7, será apresentado os fármacos que levam o idoso à prática da automedicação. Constatou-se predominância da classe dos analgésicos (58,50%), seguida dos anti-inflamatórios (9,80%), antipiréticos (2,40%) além de outros medicamentos (11%). Um percentual de 18,30% não faz uso de medicamentos sem prescrição médica.

Gráfico 7 – Medicamentos sem prescrição utilizados pelos idosos cadastrados no Hiperdia, Campina Grande – PB, 2013.



Nascimento (2003) afirma que inúmeros fatores influenciam na busca individual por medicações sem prescrição, dentre eles podemos citar: as inúmeras propagandas de medicamentos veiculadas pelos meios de comunicação; o programa de bonificação de vendas em farmácias; vendas ilegais pela internet, descaracterizando a consulta obrigatória com o profissional de saúde; crescimento do número de medicações isentas de prescrição; experiências positivas relatadas por conhecidos ou familiares; dificuldade de acesso aos serviços de saúde, dentre outras.

Percebe-se neste estudo que a categoria farmacêutica mais consumida sem prescrição foi a dos analgésicos (58,50%). A dor é um dos principais sintomas que levam os usuários a buscarem os serviços de saúde. A fim de cessar o desconforto, as pessoas recorrem à automedicação como caminho mais curto para o bem estar. Os analgésicos são amplamente encontrados em balcões de farmácias, com fácil acesso. Essa prática deve ser erradicada da sociedade através de ações educativas, de esclarecimentos feitos pelos profissionais da saúde em geral, na busca por amenizar as consequências geradas pela automedicação, principalmente em idosos portadores de doenças crônicas, que conseqüentemente já fazem uso contínuo de medicamentos.

Na Tabela 3, serão apresentadas as principais queixas que levaram os idosos a realizarem a automedicação, com predominância da queixa de dor de cabeça (50,70%).

Tabela 3 – Queixas que levaram a realizar a automedicação em idosos cadastrados no Hiperdia, Campina Grande – PB, 2013.

Queixas que levaram a realizar a automedicação	%
Dor de cabeça	50,70%
Tontura	7,30%
Cólicas	2,40%
Enxaqueca	2%
Febre	11%
Resfriado	21,30%
Outras	5,30%

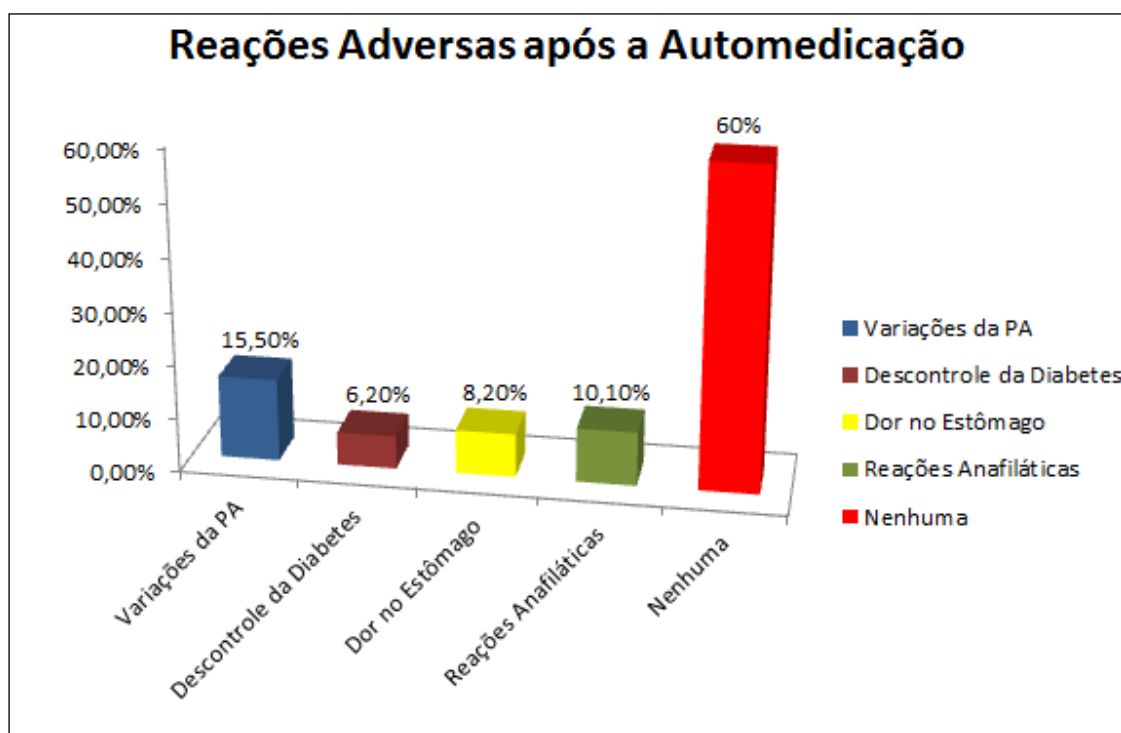
A automedicação é uma forma comum de autocuidado à saúde, consistindo no consumo de um produto com o objetivo de tratar ou aliviar sintomas ou doenças percebidos, ou mesmo de promover a saúde, independentemente da prescrição profissional (LOYOLA FILHO et al., 2005). Esta é uma prática cotidianamente presente nos costumes da população em geral, fundamentada em princípios sociais e/ou culturais.

A dor de cabeça (50,70%) e o resfriado (21,30%) somam um número preocupante, já que são eventos comuns em toda a população. As principais queixas que decorrem para a automedicação podem ter origens multifatoriais do usuário, já que apresentaram taxas relevantes de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, sendo estas responsáveis por alterações

importantes no sistema fisiológico da pessoa idosa. Os serviços de saúde possuem vieses que, muitas vezes, dificultam a adesão do usuário a algum tipo de tratamento. Levando em consideração a superlotação do sistema e a demora na marcação de consultas, a automedicação se torna um caminho fácil para uma terapêutica de curto prazo, alavancada pela a facilidade que é adquirir uma medicação nas farmácias brasileiras.

No Gráfico 7, são evidenciadas as reações adversas mais comuns após a prática da automedicação. Levando em consideração o fato de que a amostra é constituída por 78,20% de hipertensos, fica justificado os 15% da variação da Pressão Arterial, como a principal reação adversa associada à automedicação dos idosos pesquisados.

Gráfico 8 – Reações adversas após a automedicação em idosos cadastrados no Hiperdia, Campina Grande – PB, 2013.



Ter acesso à assistência médica e a medicamentos não implica necessariamente em melhores condições de saúde ou qualidade de vida, pois os maus hábitos prescritivos, as falhas na dispensação, a automedicação inadequada podem levar a tratamentos ineficazes e pouco seguros. No entanto, é evidente que a possibilidade de receber o tratamento adequado, conforme e quando necessário, reduz a incidência de danos à saúde, bem como a mortalidade

para muitas doenças (ARRAIS et. al, 2005). Os problemas com automedicação tem se tornado uma questão de saúde pública no mundo, devendo ser tratado com atenção, fato agravante quando esta prática é desencadeada por idosos.

O estudo revelou consideráveis reações adversas na amostra em questão. O perfil da automedicação na comunidade estudada é preocupante, visto que, reações anafiláticas (10,10%) somadas ao quadro de variação na pressão arterial (15,50%) demonstrando a importância da educação em saúde, tão discutida atualmente. Com isso, os resultados apontam a dificuldade de se operacionalizar, nas práticas de saúde, estratégias que busquem a interferência no estilo de vida no contexto das condições econômicas, sociais e ambientais que determinam a saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta de informação é uma realidade no Brasil, já constatada em outros estudos acerca do uso indiscriminado de medicamentos. Diante da menor enfermidade, com o intuito de aliviar os desconfortos decorrentes da sintomatologia, principalmente a dor as pessoas buscam soluções leigas, baseadas no empirismo cotidiano, fato esse que acaba por trazer inúmeros malefícios à saúde.

Com base dos resultados desse trabalho verificou-se que quadro geral de saúde do idoso no Brasil deve ser alvo de mudanças que busquem pelo cumprimento rigoroso da legislação em saúde e pelo desenvolvimento de medidas eficientes de atenção farmacológica, tanto no sistema público quanto no sistema privado. Percebemos que comércio e o consumo, desmedidos, de medicamentos facilitam prática da automedicação, e que as interações entre os diferentes fármacos se torna um sério fator de risco, principalmente, quando associada ao avanço na idade do sujeito.

Devido a grande abrangência da área e ao curto espaço de tempo o estudo limitou-se a cobertura da UBSF Bonald Filho, no entanto, sugerimos em um trabalho futuro um maior aprofundamento, quanto à abordagem da amostra, para assim desenvolver medidas que possam melhorar a qualidade de vida da população em questão. A equipe multiprofissional da Unidade encontra-se numa posição favorável para realizar tais ações, visto que acompanham de forma próxima e contínua os idosos cadastrados no seu território de abrangência.

Espera-se ainda, que os resultados do estudo contribuam para o embasamento teórico de pesquisas posteriores que busquem transformar essa prática por meio de ações educativas com o intuito de instruir a população, principalmente aqueles que fazem uso simultâneo de vários medicamentos relacionados a doenças de base específicas como, hipertensão arterial e diabetes, visto estes são mais vulneráveis a riscos sistêmicos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O.P.; RATTO, L.; GARRIDO, R.; TAMAI, S. **Fatores preditores e conseqüências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental.** Rev Bras Psiq 1999;21:152-7.

ANDRADE, M.A.; SILVA, M. V. S.; FREITAS, O. **Assistência Farmacêutica como Estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em Idosos.** Semina. v.25, n.1, 2007. p.55-63

ARRAIS, P. S. D.; BRITO, L. L.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. **Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1737-1746, nov./dez. 2005.

BALDONI, André de Oliveira. **Estudo de utilização de medicamentos em idosos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).** Dissertação de Mestrado apresentado ao programa de pós-graduação para o título de mestre em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, 2010.

BORTOLON, P. C.; KARNIKOWSKI, M. G. de O.; ASSIS, M. de. **Automedicação versus indicação farmacêutica: o Profissional de farmácia na atenção primária à saúde do Idoso.** Revista APS, v.10, n.2, p. 200-209, jul./dez. 2007

BORTOLON, P. C.; KARNIKOWSKI, M. G. de O.; ASSIS, M. de. **Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.4, pp. 1219-1226. ISSN 1413-8123.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Coordenação de População e Indicadores Sociais Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 02 de Março de 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento da Atenção Básica, 2010.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br>. Acesso em 02 de Março de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.

_____. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 03 agosto de 2013.

CAMARGOS, M.C.S; RODRIGUES, R.N. **Idosos que vivem sozinhos: como eles enfrentam dificuldades de saúde.** Trabalho apresentado ao 16º. Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu, MG, de 29 de setembro a 3 de outubro de 2008

CASCAES, Edézio Antunes; FALCHETTI, Maria Luiza; GALATO, Dayani. Perfil da automedicação em idosos participantes de grupos da terceira idade de uma cidade do sul do Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 1, 2008.

CASTELLAR, J. I. **Perfil da farmacoterapia prescrita a idosos residentes em uma instituição de internação de longa permanência do Distrito Federal.** 2005. 75 p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.176p.

DALY, M. P. *et al.* **Avoid polypharmacy and iatrogenesis in the nursing home.** **Maryland Med. J.**, v. 43, n. 2, p.139-144, 1994.

FREITAS, C.; MARUYAMA, S.; FERREIRA, T.; et al. Perspectivas das pesquisas em Gerontologia e Geriatria: Revisão da literatura. **Revista Latino Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.10, n. 2, Mar./Apr., 2002.

HANLON, J. T. *et al.* **Adverse drug events in high risk older outpatients.** **J. Am. Geriatric Soc.**, v. 45, p. 945-948. 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira - 2009.** Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, Rio de Janeiro, n. 26, 2008.

LESSA, S. **A ontologia de Lukács.** Maceió, EDUFAL, 1997, p.85.

LIMA, C.K.G.; MURAI, H.C. **Percepção do idoso sobre o próprio processo de envelhecimento.** *Rev Enferm UNISA* 2005; 6: 15-22.

LOYOLA FILHO, A.I.; UCHOA, E.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F. **Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí.** *Cad Saúde Pública* 2005; 21:545-53.

MAZZA, M. M. P. R. & LEFEVRE, F. **Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso.** *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, p. 01, 2005.

MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. **Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família.** *Ciênc. saúde coletiva* vol.16 supl.1 Rio de Janeiro 2011.

MARIN, M. J. S.; CECÍLIO, L. C. de O.; PEREZ, A. E. W. U. F.; SANTELLA, F.; SILVA, C. B. A.; GONÇALVES FILHO, J. R.; ROCETI, L. C.. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública vol.24 no.7 ISSN 0102-311X. Rio de Janeiro Julho de 2008

NASCIMENTO, A. C. **“A persistirem os Sintomas o Médico deverá ser consultado”. Isto é regulação?** Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003. 124 p.

OLIVEIRA, Vilberto C.; OLIVEIRA, Giane Sant’Ana Alves. **Centro de Informação sobre Medicamentos: Uso de medicamentos pelo idoso.** Ed. 1ª Ano I, São Paulo, Fevereiro/Março 2003.

PAPALÉO NETTO, Matheus P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo: Atheneu, 2005.

PARAIBA. **Instituto de Desenvolvimento Municipal e Estadual da Paraíba (IDEME).** População idosa na Paraíba, 2010.

PRYBYS K.M., MELVILLE K., HANNA J., GEE A., CHYKA P. **Polypharmacy in the elderly: clinical challenges in emergency practice: part 1 overview, etiology, and drug interactions.** Emerg Med Rep 2002; 23(8):145-53.

PINHEIRO, S. P. **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v.7, n 4, p.687-707, 2002.

RIBEIRO, M. A., HEINECK, I. **Estoque domiciliar de medicamentos na comunidade ibiaense acompanhada pelo Programa Saúde da Família, em Ibiá – MG, Brasil.** Saúde e Sociedade. V. 19, n. 3, São Paulo, Jul./Set. 2010.

SÁ, M. B.; BARROS, J. A. C.; SÁ, M. P. B. O. **Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE.** Rev. Bras Epidemiol. v.10, n.1, 2007. p.75-85

TASCA, I.; BUSS, M. F.; KRAUSER, I. M.. **O cuidado humanizado de enfermagem ao paciente idoso e familiares, na Clínica Médica Masculina do Hospital Regional do Oeste, fundamentado na teoria humanística de Paterson e Zderad** [manuscrito].2006.Monografia(Bacharel em enfermagem)-Universidade Comunitária Da Regiso de Chapecó, Chapecó, 2006.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa – ação.** 11. ed. São Paulo:Cortez, 2002, p. 3.

VERAS, R. P. **Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.705-715, jan./jun. 2003.

VIANNA, W. B. et al; **The design in the quantitative research in the production engineering – epistemological issues.** Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis – SC – Brasil www.producaoonline.inf.br ISSN 1676 - 1901 / Vol. 8/ Num. 1/ março de 2008

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The safety of medicines in public health programmes: pharmacovigilance na essential tool.** Geneva: World Health Organization; 2006

ANEXO I



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA DE CAMPINA GRANDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**PREVALÊNCIA DA AUTOMEDICAÇÃO EM IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS CADASTRADOS EM UMA UBSF DE CAMPINA GRANDE-PB**” desenvolvido pela aluna Izabelly Dutra Fernandes do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da docente Sandra dos Santos Sales.

Campina Grande, _____ de 2013.

Gerente de Atenção Básica
Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – Paraíba

ANEXO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS –
CEP/UEPB
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA




UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER DO RELATOR: (15)

Número do Protocolo emitido pela Plataforma Brasil:

Data da 1ª relatoria PARECER DO AVALIADOR: 28
 de agosto de 2013.


 Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Pesquisador(a) Responsável: Prevalência da automedicação em idosos hipertensos

Apresentação do Projeto: O projeto intitulado “Prevalência de automedicação em idosos hipertensos e diabéticos cadastrados em uma unidade básica de saúde da família de Campina Grande-PB”, será utilizado para análise e parecer com fins de avaliação e elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da UEPB.

Objetivo da Pesquisa: Elencar os medicamentos prevalentes na prática da automedicação em idosos, bem como caracterizar os riscos que essa prática pode trazer aos atores envolvidos na pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: O projeto não apresenta riscos e tem como principal benefício o delineamento do perfil do idoso que fazem uso de medicação, sendo importante para a construção de medidas saúde pública.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: A Pesquisa apresenta relevância e pode traçar o perfil de idosos da comunidade estudada. A pesquisa é apenas quantitativa, uma vez que não apresenta análise do discurso.


Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória e Parecer do Avaliador: Apresenta os termos, mas não há o carimbo da pessoa que autorizou o projeto.

Recomendações: Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências, tendo em vista que a pesquisadora atualizou os dados junto a Plataforma Brasil.

Situação do parecer: Aprovado.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


 Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

APÊNDICE I
FORMULÁRIO

IDADE:	SEXO: () M () F
GRAU DE ESCOLARIDADE: () ALFABETIZADO () 1º GRAU INCOMPLETO () 1º GRAU COMPLETO () 2º GRAU INCOMPLETO () 2º GRAU COMPLETO () SUPERIOR	
RESIDE COM QUEM: () FAMÍLIA () SOZINHO () CUIDADOR	
PATOLOGIAS DE BASE: () HIPERTENSÃO () DIABETES () OUTRAS _____ _____	
MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO: () CAPTOPRIL () ENALAPRIL () HIDROCLOROTIAZIDA () PROPANOLOL () FUROSEMIDA () GLIBENCLAMIDA () METFORMINA () INSULINA () ANLODIPINO () OUTROS _____ _____	
MOTIVO(S) DA AUTOMEDICAÇÃO: _____ _____ _____	
QUAIS MEDICAMENTOS VOCÊ FAZ USO SEM PRESCRIÇÃO: () ANALGÉSICOS () ANTIINFLAMATÓRIOS () ANTIBIÓTICOS () ANTIPIRÉTICOS () OUTROS: _____	
QUAIS QUEIXAS LEVAM VOCÊ A REALIZAR A AUTOMEDICAÇÃO: () DOR DE CABEÇA () TONTURA () CÓLICAS () ENXAQUECA () FEBRE () RESFRIADO () OUTROS: _____ _____	
QUE TIPO DE REAÇÕES ADVERSAS VOCÊ OBSERVOU APÓS A AUTOMEDICAÇÃO: () VARIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL () DESCONTROLE DO DIABETES MELLITOS () AVE () INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO () REAÇÕES ANAFILÁTICAS	

APÊNDICE II**TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO**

Pesquisa: “**PREVALÊNCIA DA AUTOMEDICAÇÃO EM IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS CADASTRADOS EM UMA UBSF DE CAMPINA GRANDE**”.

Pesquisadores:

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Campina Grande, _____ de 2013.

Pesquisadora Responsável

Pesquisadora Participante

APÊNDICE III
DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: **“PREVALÊNCIA DA AUTOMEDICAÇÃO EM IDOSOS
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS CADASTRADOS EM UMA UBSF DE CAMPINA
GRANDE”**

Eu, **Sandra dos Santos Sales**, enfermeira, professora substituta da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) portadora do RG: 2660594 SSP/PB declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Orientadora

Orientando

Campina Grande, _____ de 2013.

APÊNDICE IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE PARA MAIORES DE 18 ANOS

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**PREVALÊNCIA DA AUTOMEDICAÇÃO EM IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS CADASTRADOS EM UMA UBSF DE CAMPINA GRANDE-PB**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos: O trabalho “**PREVALÊNCIA DA AUTOMEDICAÇÃO EM IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS CADASTRADOS EM UMA UBSF DE CAMPINA GRANDE-PB**” terá como objetivo geral de caracterizar os idosos e os medicamentos utilizados por eles na prática da automedicação e desenvolver ações de educativas referentes à automedicação na perspectiva do autocuidado.

Ao voluntário só caberá a autorização para **responder aos formulários aplicados** e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 8800-7566 com **Sandra dos Santos Sales**.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse. Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Campina Grande, ____ de _____ de _____.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa

