



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE FARMÁCIA**

MARIANA MICHELLA NEVES DE LUCENA

**ESTUDOS DE DOENÇAS CRÔNICAS EM IDOSOS DE UMA UNIVERSIDADE
ABERTA À MATURIDADE**

**CAMPINA GRANDE -PB
2019**

MARIANA MICHELLA NEVES DE LUCENA

**ESTUDO DE DOENÇAS CRÔNICAS EM IDOSOS DE UMA UNIVERSIDADE ABERTA
À MATURIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Lindomar de Farias Belém.

CAMPINA GRANDE - PB

2019

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.

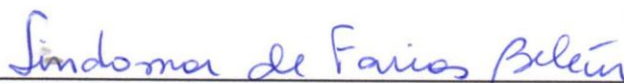
L935e Lucena, Mariana Michella Neves de.
Estudos de doenças crônicas em idosos de uma
Universidade Aberta à Maturidade [manuscrito] / Mariana
Michella Neves de Lucena. - 2019.
36 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Farmácia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde , 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Lindomar de Farias Belém ,
Coordenação do Curso de Farmácia - CCBS."
1. Doenças Crônicas não transmissíveis. 2.
Envelhecimento. 3. Idosos. 4. Cuidados farmacêuticos. I. Título
21. ed. CDD 615.547

MARIANA MICHELLA NEVES DE LUCENA

ESTUDO DE DOENÇAS CRÔNICAS EM IDOSOS DE UMA UNIVERSIDADE ABERTA
Á MATURIDADE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Graduação em
Farmácia da Universidade Estadual da
Paraíba – UEPB, em cumprimento à
exigência para obtenção do grau de Bacharel
em Farmácia.

Aprovado em 10 / 06 / 2019



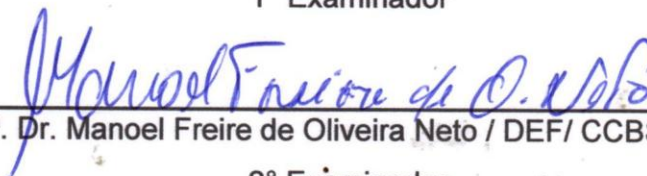
Prof.^a. Dr.^a. Lindomar de Farias Belém / DF/ CCBS/ UEPB

Orientadora



Prof. Dr.^a. Maria de Fátima Ferreira Nóbrega / DF/ CCBS/ UEPB

1º Examinador



Prof.^a. Dr. Manoel Freire de Oliveira Neto / DEF/ CCBS/ UEPB

2º Examinador

Dedico esta etapa vencida na minha vida primeiramente a Deus, autor e consumidor de minha fé pelo dom maravilhoso da vida, por ter me iluminado e orientado, me ajudando sempre a superar as dificuldades no decorrer dessa caminhada. Aos meus maiores exemplos de vida, meu pai José Maranhão e minha mãe Jailma Ferreira, que depositaram toda confiança em mim, me educaram de verdade e sempre me incentivaram a estudar e a buscar o que fosse melhor para mim.

À minha irmã Larissa Neves, com quem dividi minhas experiências e frustrações durante todo o curso, a nossa amizade foi fundamental para fortalecer laços como profissionais de saúde.

*“ Consagre ao senhor tudo o que você faz, e os seus planos serão bem-sucedidos”
(Provérbios 16:3)*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, autor de minha vida a quem recorro todos os dias, aos meus pais José Maranhão e Jailma Ferreira, pela oportunidade oferecida, pela força de concluir esse curso, pela confiança e amor em todos os momentos da minha vida.

À minha irmã Larissa, por ser torcedora incondicional do meu sucesso, companheira para todos os momentos e motivo da alegria na nossa família sonhadora e batalhadora.

À minha amiga Gabriela, pelo ombro amigo e conselhos da vida, sempre amorosa e amiga para todos os momentos.

À minha orientadora, Lindomar, pela atenção, ensinamentos e profissionalismo. Tenho orgulho de tê-la como orientadora, obrigada por todos os conselhos. Ao Centro de Informações sobre medicamentos (CIM) pelos muitos aprendizados.

À Pró-reitora de extensão pela Bolsa concedida, À Universidade Aberta a Maturidade (UAMA) que possibilitou a pesquisa, assim como também a todos os funcionários e idosos que me ajudaram na coleta dos dados, cresci como pessoa ao participar de um projeto tão lindo, são muitas histórias contadas naquele lugar que transformam nosso olhar para a vida.

Aos professores, pela atenção e disponibilidade para dividir este momento, compartilhando conhecimento que nos ajudaram na nossa formação acadêmica,

Aos meus amigos que conheci na Universidade: Isabelle, Karla, Ingrid, Andreza, Laís, Gisele, Letícia, Monalisa. Não lembro ao certo quem chegou primeiro, Gisele e Letícia com seu jeito calmo e leve de ser e Laís totalmente o oposto, e Monalisa com este jeito meigo, todas me deram conselhos e me ajudaram em muitos momentos. Depois vieram, Andreza, Ingrid, Karla e Isabelle, em que aos poucos construímos uma

amizade verdadeira. Sou grata em especial a Karla e Isabelle pela paciência, ombro amigo principalmente no último ano, vocês foram fundamentais na realização deste sonho.

À minha turma e todos os colegas, pelo exemplo de perseverança, esforço e solidariedade. Foram cinco anos de crescimento coletivo. Vocês possibilitaram momentos agradáveis no decorrer desta jornada. Enfim... agradeço a todos que torceram por mim!

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 -	Relação da percentagem dos alunos quanto ao sexo.....	24
Tabela 2 -	Distribuição do número de fármacos utilizados por faixa etária.....	25
Tabela 3 -	Classe terapêutica dos fármacos relatados pelos alunos da UAMA...	26
Gráfico 1 -	Representação do número de fármacos Anti-hipertensivos de acordo com classe terapêutica.....	27
Gráfico 2	Fármaco mais utilizado pelos alunos da UAMA.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIM	Centro de Informações Sobre Medicamentos
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabete Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEV	Mudanças no Estilo de Vida
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PIMs	Medicamentos potencialmente inadequados
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
UAMA	Universidade Aberta a Maturidade
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS	13
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
3.1	Fisiologia do envelhecimento	14
3.2	Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).....	15
3.2.1.	<i>Hipertensão arterial sistêmica</i>	15
3.2.2.	<i>Diabetes mellitus</i>	16
3.2.3.	<i>Doenças cardiovasculares</i>	18
3.3	Cuidados farmacêuticos em idosos	19
4	METODOLOGIA.....	21
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
6	CONCLUSÃO.....	28
	REFERÊNCIAS	30
	ANEXO I.....	34

ESTUDO DE DOENÇAS CRÔNICAS EM IDOSOS DE UMA UNIVERSIDADE ABERTA À MATURIDADE

LUCENA, Mariana Michella Neves de¹

BELÉM, Lindomar de Farias²

RESUMO

O incentivo aos cuidados da saúde, novas descobertas de medicamentos e investimentos no âmbito da saúde têm trazido ao adulto uma maior perspectiva de viver bem a velhice. Com isso, dados da OMS têm mostrado que o número de idosos aumenta a cada ano e junto a isto o número de doenças crônicas não transmissíveis. Neste contexto a inserção de mais profissionais de saúde para conduzir o tratamento é fundamental, visto que os idosos realizam automedicação ou poli medicação, que além de aumentar o uso irracional de medicamentos, resultam em um tratamento errado, não resolvendo os sinais e sintomas do indivíduo. Este trabalho teve como objetivo o Analisar o perfil epidemiológico dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis em idosos da UAMA e para coleta de dados, foi realizada uma entrevista no período 2017/2019 a fim de identificar forma de tratamento, o perfil farmacológico adotado pela maioria dos idosos e o papel do farmacêutico frente a este processo do cuidar. Constatou-se que dos 114 alunos regularmente matriculados na UAMA 72 são portadores de Doenças Crônicas, como: Hipertensão, Diabetes ou Doenças Cardiovasculares. Observou-se 37 princípios ativos diferentes, os anti-hipertensivos foram os mais usados e o principal representante foi o Losartana.

Palavras-chave: Idosos. Doenças Crônicas. Tratamento

¹Graduanda do curso de farmácia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e Plantonista do Centro de Informação sobre Medicamentos CIM / UEPB.

²Professora Doutora do Departamento de Farmácia/CCBS/UEPB

E-mail: ¹marianalucena29@gmail.com

²lindomardefariasbelem@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O século XX marcou, de modo evidente, a importância do estudo sobre a velhice, primeiro pela natural tendência de crescimento do interesse nas pesquisas e estudos sobre o processo de envelhecimento e do incentivo aos cuidados com a saúde que, diga-se de passagem, já se anunciava nos séculos anteriores. Por outro lado, o aumento do número de idosos em todo o mundo exerceu pressão passiva sobre o desenvolvimento desse campo (CAMPANA, 2016).

Os motivos que intervíram para esse crescimento, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foram os avanços científicos nas práticas de saúde e acesso a informação, bem como a diminuição da taxa de mortalidade, as melhorias advindas da medicina, habitação e produção (FERREIRA, 2010; TOLDRÁ, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que idoso é o habitante de 65 anos ou mais, em países desenvolvidos, ou acima de 60 anos em países em desenvolvimento. Estima-se que, em 2025, tenham, aproximadamente, 32 milhões de idosos no mundo e que, em 2050, a expectativa de vida nos países avançados seja de 92,5 anos para mulheres e 87,5 para homens, em contraposição aos dados do século passado, que foram 78,4 e 70,6, respectivamente (BARBOSA et al., 2014).

Em 2014 foi divulgada pelo IBGE a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) da Paraíba, que constatou que o número de idosos cresceu 30,5% nos últimos dez anos, ao todo já são mais de meio milhão de paraibanos com mais de 60 anos de idade (IBGE, 2014).

A transição demográfica acelerada acabou agravando a situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), na população idosa, visto que os idosos são considerados como grupo de risco (GERHARDT et al., 2016).

Neste cenário, as doenças crônicas não transmissíveis tornam-se um problema global de saúde e perda de qualidade de vida, limitação e incapacidade, causando impactos sociais. Tais doenças são destacadas como diabetes, câncer, doenças respiratórias crônicas, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, entre outras. Segundo a OMS, em 2005, houve um aumento de até 22% na mortalidade por doenças

crônicas no Brasil, haja vista que tal aumento se estenderia até 2015 (MALTA, et al., 2014).

Segundo o ponto de vista biológico, conceitua-se o envelhecimento como um fenômeno caracterizado pela perda progressiva da reserva funcional, que torna o indivíduo mais propenso a ter doenças e aumenta a sua chance de óbito (PORTO e PORTO, 2017)

Desta forma, ao fazer o exame clínico é necessário considerar as modificações anatômicas e funcionais que acompanham o processo do envelhecimento a fim de interpretar corretamente os dados obtidos (PORTO e PORTO, 2017).

As doenças cardiovasculares, por exemplo, representam a maior causa de morte no mundo, sendo responsáveis por mais de 17 milhões de óbitos em 2008. A hipertensão arterial sistêmica é apontada como um importante fator de risco para eventos cardíacos e cerebrovasculares, o que exige uma atenção para rastreamento e cuidados principalmente, em indivíduos idosos. (RADOVANOVIC, et al., 2014).

A Universidade Aberta à Maturidade (UAMA) é um projeto voltado para terceira idade, onde se realizam atividades para proporcionar uma melhoria de qualidade de vida por meio de ações que promovem o incentivo aos cuidados com a saúde e o acompanhamento aos portadores de doenças crônicas, para um tratamento eficiente e prevenção de complicações da própria doença.

Neste contexto o Centro de informações sobre Medicamentos localizado na Universidade Estadual da Paraíba (CIM/UEPB) realiza atividades multidisciplinares por uma equipe de professores e extensionistas dos cursos de farmácia, enfermagem. É realizado palestras educativas em saúde sobre as doenças mais prevalentes pelos idosos, o acompanhamento do uso racional dos medicamentos, aferição de pressão arterial e informações sobre utilização de medicamentos.

O contato com uma equipe multidisciplinar tem papel fundamental na UAMA, uma vez que idosos, geralmente, fazem uso de polifarmácia, a qual pode ser definida como o uso de múltiplos medicamentos (CADOGAN, et al., 2016). As consequências do amplo uso de medicamentos têm impacto no âmbito clínico e econômico, repercutindo na segurança do paciente (MUNIZ, et al., 2017).

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Analisar o perfil epidemiológico de doenças crônicas não transmissíveis em idosos da UAMA, a fim de identificar as suas correlações, o perfil farmacológico adotado pela maioria dos alunos e o papel do farmacêutico frente a este processo do cuidar.

Objetivo Específico

- Identificar as Doenças Crônicas prevalentes;
- Caracterizar o perfil de tratamento dessas doenças e suas correlações;
- Analisar o papel do farmacêutico no acompanhamento dos alunos da UAMA

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Fisiologia do envelhecimento

Ao curso que nosso corpo vai envelhecendo, mudanças fisiológicas, psicológicas, hormonais vão acontecendo, o que é um pressuposto para o surgimento de doenças crônicas. Partindo dessa ideia, é necessário compreender que a velhice abrange fatores extrínsecos que são definidos como influenciáveis ambientais e intrínsecos, que podem ser classificados como inerentes ao funcionamento do próprio corpo humano (HAN; CHIEN; KANG, 2014). Os fatores intrínsecos são caracterizados pela diminuição dos hormônios esteroides na mulher ocorre a supressão dos ciclos menstruais e no homem a andropausa (CUNHA, 2015).

Esse evento ocorre devido a um declínio de estruturas e funções dos sistemas, o qual recebe o nome de envelhecimento. Este processo, muitas vezes, gera uma predisposição maior aos riscos de doenças, que, na maioria das vezes, pode vir a acontecer pelos fatores de riscos, os quais se tornam grandes vilões do envelhecimento bem-sucedidos. Esses fatores de risco incluem a inatividade física, má nutrição e alimentação, tabagismo, entre outros predisponentes de patologias que sucede muitos idosos. Decorre disso, também, o encurtamento dos telômeros, o qual está relacionado ao maior risco de desenvolvimento de doenças relacionadas ao envelhecimento, como Diabetes Mellitus e a obesidade (CUNHA, 2015).

No sistema cardiovascular, ocorrem modificações, destacando-se endurecimento e o alongamento de veias e artérias, alterações que não podem ser confundidas com aterosclerose. O envelhecimento espessa a base das cúspides aórticas, a expensas de aumento do tecido fibroso, seguindo-se de calcificação, originando vibrações audíveis (sopro sistólico). No início, não há prejuízo do fluxo sanguíneo, mas, com a evolução do processo, pode surgir uma estenose aórtica verdadeira com obstrução ao fluxo de sangue (PORTO E PORTO, 2017).

3.2 Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

As doenças crônicas integram o conjunto de condições crônicas. Em geral estão relacionadas a causas múltiplas, caracterizadas por início gradual, de prognóstico incerto, com longa e indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves e duras associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo, que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2013).

Estas são caracterizadas pelas doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres, hipertensão arterial e diabetes responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo (MALTA et al, 2017).

3.2.1. Hipertensão arterial sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a doença crônica não transmissível mais prevalente na população acima de 65 anos. Estima-se que, nesta faixa etária, sua prevalência ultrapasse 60% (CAMPANA, 2016). É uma doença clínica de condição multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se a alterações funcionais: coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e alterações metabólicas, com consequente aumento de riscos e eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (VENTURA, 2015).

Pode ser definida, como a força exercida pelo sangue sobre as paredes dos vasos, que tem por finalidade promover uma boa perfusão dos tecidos e, com isso, possibilitar as trocas metabólicas. Está relacionada com o trabalho do coração e traduz o sistema de pressão vigente na árvore vascular arterial (PORTO E PORTO, 2017).

Com o avançar da idade, ocorrem alterações na microarquitetura da parede dos vasos sanguíneos, levando a um enrijecimento arterial, principal mecanismo relacionado à elevação da PA associada ao envelhecimento. Como consequência, há perda da distensibilidade e da elasticidade, principalmente dos grandes vasos, como a

artéria aorta, e conseqüente aumento da onda de pulso (MALACHIAS, 2016).

A hipertensão arterial, encontra-se, frequentemente associada a outras doenças, também, altamente prevalentes nessa faixa etária, como a arteriosclerose e o Diabetes Mellitus (DM), conferindo a essa população alto risco para a morbimortalidade cardiovascular e exigindo, portanto, uma correta identificação do problema e uma apropriada abordagem terapêutica (CAMPANA, 2016).

Segundo a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão, recomenda-se o tratamento farmacológico para valores de PAS acima de 140 mmHg; entretanto, nos indivíduos acima de 80 anos, este pode elevar para 160 mmHg (MALACHIAS, 2016).

A decisão quanto ao início do tratamento farmacológico na HA é sempre individualizada. Deve-se levar em consideração o status funcional do idoso, perfil de adesão, lesões em órgãos-alvo, além, evidentemente, da medida de PA. Pode-se recomendar inicialmente Mudanças no Estilo de Vida (MEV), com intuito de poupar o uso de medicamentos e suas reações adversas em uma população que já convive com a polifarmácia (MALACHIAS, 2016).

O tratamento farmacológico visa controlar a PA, além de reduzir as complicações decorrentes desta patologia. Esta abordagem deve ser individualizada, levando em consideração as comorbidades de cada pessoa. Na escolha do anti-hipertensivo a ser utilizado, a preferência será sempre pelos que tenham maior efeito protetor cardiovascular e apresente menos reações adversas (MALACHIAS, 2016).

Atualmente seis classes de fármacos anti-hipertensivos estão disponíveis: diuréticos, inibidores adrenérgicos (de ação central, alfabloqueadores e betabloqueadores), inibidores da enzima conversora de angiotensina, antagonistas dos canais de cálcio, vasodilatadores diretos e antagonistas dos receptores de angiotensina e são designados para diminuição do débito cardíaco, redução da secreção de renina e diminuição das catecolaminas nas sinapses nervosas (CAMPANA, 2016).

3.2.2. Diabetes mellitus

Entre as doenças crônicas de maior predomínio, conforme já mencionado, têm-se o Diabetes Mellitus (DM), sendo definido como um distúrbio metabólico caracterizado

por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo (SBD, 2017).

Desse modo, têm-se dois tipos principais de Diabetes, o Tipo 1 que é uma doença autoimune, poligênica, decorrente de destruição das células β pancreáticas, ocasionando deficiência completa na produção de insulina que em números estatísticos corresponde entre 5 e 10% do total de pessoas com a doença, como resultado, a glicose fica no sangue e não pode ser usada como energia. Já o tipo 2 surge por conta de o organismo não conseguir usar, adequadamente, a insulina que produz ou não produz insulina suficiente para controlar a taxa de glicemia, cerca de 92% das pessoas diagnosticadas com Diabetes Mellitus tem o Tipo 2 (SBD, 2017).

Atualmente, no Brasil, há mais de 13 milhões de pessoas com Diabetes, por conta da demora no diagnóstico de alguns casos, podem surgir algumas complicações, como: a disfunção e falha de diferentes órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos (ADA, 2015; SBD, 2017).

O principal objetivo do tratamento do paciente com diabetes mellitus (DM) é o bom controle metabólico, diminuindo, assim, os riscos de complicações micro e macrovasculares e diminuição dos episódios de hipo e hiperglicemia, tanto pela equipe de saúde quanto pelo próprio paciente e por sua família (SBD, 2017).

O tratamento do DM no idoso inclui controle da hiperglicemia e seus sintomas, prevenção, avaliação e tratamento das complicações microvasculares e macrovasculares, considerando-se sempre a heterogeneidade clínica e funcional dessa coorte (CAMPANA, 2016).

As medidas medicamentosas incluem os hipoglicemiantes orais e as insulinas. A abordagem farmacológica pode ser iniciada precocemente, quando há marcada hiperglicemia, hemoglobina glicada $> 9\%$, em combinação com as medidas não farmacológicas (ADA e DSBD, 2017; MCCULLOCH, 2005; MCCULLOCH e MUNSHI, 2010).

Os esquemas terapêuticos utilizados são os medicamentos orais, a insulina e a combinação terapêutica, já que, em alguns casos, a falta de respostas impõe a associação de medicamento para o controle adequado da glicemia e promove também

a redução da hemoglobina glicada (CAMPANA, 2016).

O tratamento deve ser iniciado com doses menores do que as utilizadas nos pacientes jovens, considerando-se a possibilidade de interações medicamentosas devido à frequente utilização de vários fármacos pelos idosos (MCCULLOCH, 2005; MCCULLOCH e MUNSHI, 2010).

Além do tratamento medicamentoso, recomendam-se dieta e exercício. A mudança de hábitos de vida com abordagem multidisciplinar é necessária para uma perda de peso efetiva e persistente, com incentivo à redução do consumo alimentar excessivo e ao aumento da prática de exercícios físicos. As refeições, especialmente a ingesta de carboidratos, devem ser fracionadas ao longo do dia para evitar grandes cargas calóricas. E as recomendações de atividade física são de pelo menos 30 minutos com intensidade moderada 5 vezes/semana para os idosos (SBD, 2017, CAMPANA, 2016).

O tratamento do Diabetes Mellitus torna-se cada vez mais complexo, desde o início do diagnóstico. Sendo assim, para o melhor gerenciamento do diabetes, deve-se promover habilidades necessárias para o autocuidado. A educação em diabetes tem como objetivos: Melhorar os resultados clínicos; prevenir ou retardar o diabetes e as suas complicações agudas e crônicas e proporcionar qualidade de vida (SBD, 2017).

Para o alcance desses objetivos, profissionais e equipes qualificadas em educação em diabetes devem capacitar e motivar o indivíduo a fazer escolhas adequadas diante de diversas situações, a fim de que ele desenvolva comportamentos de autocuidado e solucione problemas mais comuns do dia a dia (SBD, 2017).

3.2.3. Doenças cardiovasculares

O coração é um órgão autorregenerativo, no coração normal morrem, por apoptose diariamente, cerca de três milhões de miócitos, sendo repostos pelas células - tronco cardíacas. No coração idoso ocorre perda progressiva dos miócitos, devido a um declínio progressivo da habilidade de duplicação das células-tronco cardíacas. Ocorre também uma diminuição da capacidade contrátil levando ao aumento do coração que esconde a atrofia das células contráteis, perda de fibras na bifurcação do feixe de His.

Daí a maior chance de arritmias cardíacas (LIBERTINI, 2014).

Dentre as doenças já citadas, outro problema decorrente dessas podem ser as doenças cardiovasculares e os fatores de risco ocasionados por elas, como a hipertensão arterial que pode ser considerada uma das principais causas de morbimortalidade e complicações cardiovasculares, sendo por vezes relacionadas com algum tipo de incapacidade física para o idoso (FERREIRA, 2017).

Outra doença crônica bem presente na população idosa, que pode acarretar outras doenças cardiovasculares, como o comprometimento funcional do idoso é o diabetes mellitus, caso não haja o devido controle (FERREIRA, 2017).

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 27,7% dos óbitos, atingindo 31,8% quando são excluídos os óbitos por causa externas. Em 2014, 10,1% das internações no Brasil foram causadas por doenças do aparelho circulatório, e, do total dessas internações, 57,2% foram entre indivíduos de 60 anos ou mais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Embora não exista um tratamento específico para o envelhecimento cardíaco, os recentes avanços na compreensão de seus mecanismos nos têm proporcionado boas perspectivas para o desenvolvimento de novas intervenções que possibilitem sua atenuação ou reversão (CAMPANA, 2016).

As doenças cardiovasculares são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos e incluem: doença coronariana, doença cerebrovascular, doença arterial periférica, doença cardíaca reumática, cardiopatia congênita e trombose venosa profunda e embolia pulmonar (OPAS, 2017).

3.3 Cuidados farmacêuticos em idosos

Os cuidados farmacêuticos compreendem atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças e na promoção e recuperação da saúde. Seus objetivos principais são a saúde e o bem-estar dos pacientes, atendendo às prioridades para que a seja individualizada a cada idoso (SOUSA, 2010).

Durante muito tempo, o farmacêutico teve seu papel, enquanto profissional de

saúde, negligenciado. As mudanças históricas nos processos produtivos e as influências decorrentes dos currículos acadêmicos culminaram em um profissional tecnicista, de conhecimentos multicompartimentados, mantendo relação mais íntima com o medicamento do que com o paciente. Neste sentido, é importante salientar que a atuação clínica promove o reencontro entre o farmacêutico e o paciente, exigindo da profissional responsabilidade pelo bem-estar do indivíduo e tornar-se um dos provedores de cuidados em saúde, no contexto do cuidado multidisciplinar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Ciente de todos esses processos, destaca-se a importância do profissional farmacêutico, na prática dos cuidados farmacêuticos, definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como conjunto de funções, conhecimentos, responsabilidades e aptidões na prestação da farmacoterapia, com o objetivo de atingir resultados terapêuticos concretos em saúde e na qualidade de vida do doente.

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa, quanto à natureza dos dados, caracteriza-se como quantitativa. Para coleta dos dados, utilizamos, primeiramente, como instrumento um questionário previamente elaborado, a respeito do histórico do paciente, idade e medicamentos utilizados. Também realizamos uma entrevista, no período de fevereiro de 2018 a fevereiro de 2019, executada pelos extensionistas do Centro de Informações sobre Medicamentos (CIM) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), com participantes do Programa Universidade Aberta à Maturidade – UAMA, campus de Campina Grande - PB.

Dos 110 participantes da UAMA, foram selecionadas, por se enquadrarem no critério de inclusão do estudo: pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e que tivessem alguma das doenças crônicas seguintes: hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e diabetes mellitus.

Ainda foram inseridos nesses critérios paciente que faziam uso diariamente de medicamentos utilizados para a doença crônica e que tinham dosagem e horário de tomada, bem como o seu histórico. Informação considerada relevante para a pesquisa, e pode ser observada no Anexo I.

Após a coleta esses dados foram submetidos à análise estatística descritiva por meio de tabelas e gráficos, utilizando-se o programa Microsoft Excel 2016.

Os fármacos foram enumerados e agrupados em classes terapêuticas, de acordo com seus princípios ativos. Logo após, foi analisado o perfil de fármacos mais utilizados na UAMA.

Ademais, a investigação foi acompanhada de revisão bibliográfica, busca de informações e em banco de dados e softwares de medicamentos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 110 alunos regularmente matriculados na UAMA que participaram da pesquisa, apenas 72 foram incluídos no estudo compreendido 2017/2019, os demais continham informações cadastrais incompletas, como: data de nascimento, não apresentaram alguma doença crônica, e não estavam usando medicamentos no período do trabalho.

A idade do indivíduo interfere diretamente na probabilidade de acometimento de Doenças Crônicas, idosos com 60 anos ou mais são o grupo de indivíduos mais frágeis e portadores de incapacidade funcional (PORTO e PORTO, 2017).

Do total de fichas analisadas, 59 delas eram referentes ao sexo feminino, conforme tabela 1. Homens e mulheres apresentam diferenças hormonais específicas. A mulher, especificamente, experimenta inevitáveis consequências do envelhecimento, após a menopausa, tornando-se suscetível ao aparecimento de doenças, entre as quais destacam-se as doenças crônicas (CAMPANA, 2016).

TABELA 1: Relação da porcentagem dos alunos quanto ao sexo.

SEXO	NÚMERO	PERCENTAGEM (%)
FEMININO	59	81,94
MASCULINO	13	18,06
TOTAL	72	100,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2019

De acordo com dados achados na pesquisa e comparados com outras universidades abertas, os quadros foram semelhantes, nas quais a participação feminina nas atividades de inclusão social e o processo de envelhecimento se tornam mais comum. Subtende-se por muitos estudos, que embora os homens tenham procurado se engajar cada vez mais em atividades inclusivas na velhice, mesmo assim, as mulheres ainda são as que detém maior dedicação em busca por tais atividades (ROQUE et al, 2011).

Em um estudo mais recente realizado na UATI/FESC os resultados foram semelhantes, o mesmo também demonstra que a maioria dos participantes são mulheres e estão na faixa etária de 60-75 anos. E a explicação relaciona-se às diferenças quanto a sua representação do envelhecimento e como esses indivíduos percebem essas

mudanças, as mulheres com maiores interesses culturais que os homens (CASEMIRO, 2016).

Os idosos constituem, possivelmente, o grupo etário que mais utiliza medicamentos, dentre os fatores contribuintes para isso, estão o envelhecimento e a maior prevalência das enfermidades crônico-degenerativas (SBC, 2016).

Na Tabela 2, estão relacionadas a quantidade de fármacos utilizados por cada faixa etária dos alunos da UAMA.

TABELA 2: Distribuição do número de fármacos utilizados por faixa etária

FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE DE PACIENTE	QUANTIDADE (%)	SOMA TOTAL DE FÁRMACOS PARA CADA FAIXA ETÁRIA
60 a 69	47	65,27	101
70 a 79	23	31,95	48
80 a 89	2	2,78	5
TOTAL	72	100,00	154

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019

Constatou-se que a alta prevalência de doenças promove a elevada utilização de medicamentos em idosos, sendo encontrada na faixa de 60-69 anos 101 princípios ativos diferentes. Visto que a prescrição de medicamentos é a intervenção terapêutica mais frequente realizada por clínicos. É alarmante perceber que a população que recebe a maioria dos medicamentos nem sempre pode ter uma relação risco-benefício favorável. Esse paradoxo, ocorre em parte porque não há evidências e conhecimento suficiente sobre as respostas dos idosos aos medicamentos (CASSONI, 2011).

Durante a pesquisa, foram relatadas a utilização de 37 fármacos diferentes. Destes alguns dos idosos relataram o uso de mais de uma droga. Para melhor visualização, foram agrupados de acordo com sua classe terapêutica, como se observa na Tabela 3. Os medicamentos foram subdivididos conforme as classes terapêuticas encontradas no Dicionário de Especialidades Farmacêuticas - DEF (2016) e no Bulário Eletrônico da ANVISA (2015).

Tabela 3: Classes terapêuticas dos fármacos relatados pelos alunos da UAMA

Classe terapêutica	Subclasse terapêutica	Número de medicamentos	Fármacos citados
Anti-hipertensivos	<i>Diuréticos</i>	12	Hidroclorotiazida, Clortalidona, Furosemida e Espironolactona.
	<i>Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina(IECA)</i>	10	Captopril, Enalapril e Ramipril
	<i>Antagonistas do Receptor da Angiotensina II(ARA II)</i>	28	Losartana, Valsartana, Telmisartana e Olmesartana
	<i>Beta Bloqueadores</i>	14	Atenolol, Caverdiol, Propanolol, Bisoprolol e Nebivolol
	<i>Bloqueadores do canal de cálcio</i>	8	Anlodipino, Levanlodipino e Nitrendipino
	<i>Associações</i>	4	Benicar HCT, Venzar HCT , Tenadren, Exforge HCT
Fármacos Cardiovasculares	<i>Antiarrítmicos</i>	15	Propanolol , Atenolol, Caverdiol, Nebivolol ,Bisoprolol Cloridrato de amiodarona , metropolol
	<i>Anti-hipertensivo</i>	26	Enalapril, Captopril, Losartana potássica, Ramipril.
	<i>Diuréticos</i>	15	Hidroclorotiazida, Espironolactona, Furosemida e Clortalidona
	<i>Cardiotônicos</i>	1	Digoxina
	<i>Antilipêmicos</i>	2	Atorvastatina
Antidiabéticos	<i>Hipoglicemiantes orais, insulina</i>	19	Glibenclamida, Metformina Glimepirida,Gliclazida e Insulina
TOTAL		154	

Fonte: Dados da Pesquisa,2019

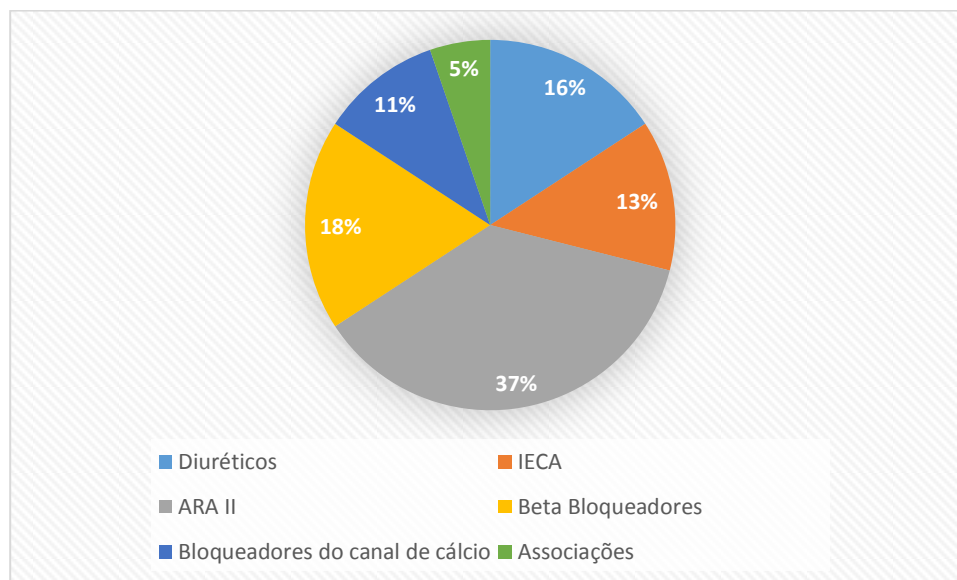
Como evidenciado na Tabela 3, foi realizado um somatório por classe e os fármacos Anti-hipertensivos foi o mais utilizado pelos idosos, correspondendo a 49,35% do total de fármacos empregados pelos alunos da UAMA coletados pela pesquisa.

Quando investigado a prevalência de HAS e comparados com estudos citados por Trindade e Fortes Filho (2014), a prevalência entre idosos no Brasil na faixa etária de 60-69 foi de 50%, e nos acima de 70 anos chegou a 75%.

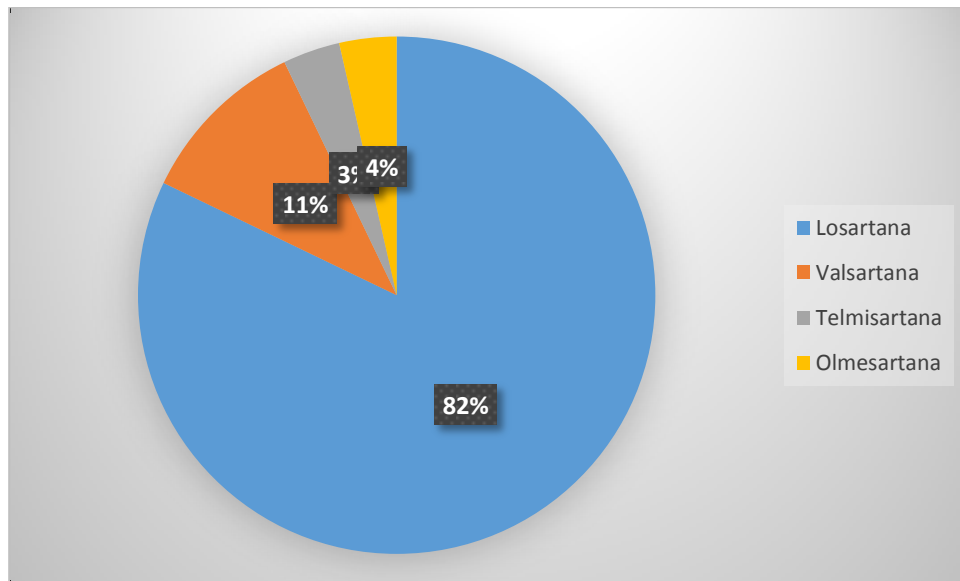
Com o envelhecimento, os vasos arteriais se tornam mais rígidos e há aumento da resistência periférica. Há um declínio na sensibilidade de alguns receptores arteriais exigindo assim o aumento da frequência cardíaca compensatória convergindo para o aumento da Pressão Arterial (JACOB FILHO et al, 2014).

Do total dos Anti-hipertensivos, a subclasse Antagonistas do Receptor da Angiotensina II (ARA II) apresentou maior perfil de uso (36,84%), sendo o losartana o principal representante.

Gráfico 1: Representação do número de fármacos Anti-hipertensivos de acordo com classe terapêutica



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019

Gráfico 2: Fármaco mais utilizado pelos alunos da UAMA

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019

Observa-se pelo gráfico 1, que o losartana e valsartana, são fármacos que bloqueiam especificamente os receptores AT1 da angiotensina II. Da mesma forma que os IECA, os ARA II são indicados no tratamento da hipertensão em doentes com insuficiência cardíaca congestiva, hipertrofia ventricular esquerda e proteinúria. A sua utilização é justificada em casos de intolerância aos IECA, principalmente quando estes provocam tosse, motivo pelo qual tem se utilizado mais esta classe em substituição aos IECA conforme mostrado no Gráfico 2 (DANIELA, 2014).

A abordagem terapêutica da PA elevada inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, a fim de reduzir a PA, proteger órgãos-alvo, prevenir desfechos Cardiovasculares e renais (MALACHIAS, 2016).

O tratamento medicamentoso, quando necessário, deve ser iniciado com a menor dose possível, com o incremento gradual de doses e, por conseguinte, com a associação de novos medicamentos, quando pertinente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA et al., 2010). A efetividade do tratamento farmacológico sofre influência da adesão ao tratamento. (ARAÚJO & GARCIA, 2006).

Com razão as várias doenças crônicas prevalentes nos idosos e a terapia combinada de medicamentos resulta-se na polimedicação, definida como a utilização

de vários medicamentos prescritos e/ou de automedicação, que podem causar reações adversas e/ou interações medicamentosas que aumentam consoante o número de medicamentos administrados (TEIXEIRA, 2014).

Sendo assim, o profissional Farmacêutico deve estar apto a criar uma interação direta com o paciente, a fim de estabelecer uma farmacoterapia racional, visando obter resultados positivos relacionados à doença e melhorando a qualidade de vida do paciente.

6 CONCLUSÃO

- As doenças crônicas identificadas através da análise foram: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Doenças Cardiovasculares. Sendo a Hipertensão Arterial a mais prevalente dentre os idosos.
- Os anti-hipertensivos foi a classe mais utilizada pelos idosos em comparação com as demais classes, sendo o fármaco em destaque o Losartana.
- Ressalta-se então a importância do farmacêutico clínico como educador e orientador sobre o uso racional de medicamentos, visando uma melhoria na segurança para o idoso no processo do cuidar.

SUGESTÕES

- O envolvimento de um farmacêutico clínico na Universidade Aberta a Maturidade contribui para o uso racional de medicamentos e uma melhor adesão do tratamento com um acompanhamento farmacoterapêutico.

STUDY OF CHRONIC DISEASES IN ELDERLY PEOPLE FROM A UNIVERSITY OPEN TO MATURITY

ABSTRACT

Encouraging health care, new drug discoveries and health investments have brought the adult a greater perspective of living well in old age. With this, WHO data has shown that the number of elderly people increases each year and, together with this, the number of chronic non-communicable diseases. In this context, the inclusion of more health professionals to conduct treatment is essential, since the elderly perform self-medication or poly medication, which in addition to increasing the irrational use of medications, result in a wrong treatment, not solving the signs and symptoms of the individual. The objective of this study was to analyze the epidemiological profile of patients with chronic noncommunicable diseases in the elderly and to collect data, an interview was conducted in the period 2017/2019 in order to identify the form of treatment, the pharmacological profile adopted by the majority of the elderly and the role of the pharmacist in facing this caring process. It was verified that of the 114 students regularly enrolled in UAMA 72 are carriers of Chronic Diseases, such as: Hypertension, Diabetes or Cardiovascular Diseases. We observed 37 different active principles, the antihypertensives of the class Angiotensin II Receptor Antagonists (ARA II) were the most used and the main representative was Losartan.

Keywords: Seniors. Chronic diseases. Treatment

REFERÊNCIAS

- American Diabetes Association (ADA). Guidelines. **Diabetes Care**. 2015; 38 (Suppl 1): S4S41
- ANVISA - BULÁRIO ELETRÔNICO [online]. Disponível: <http://bulario.bvs.br/index.php> [acessado em 11 maio 2019].
- ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 02, p. 259 – 272 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista8_2/v8n2a11htm. Acesso em maio de 2019
- BARBOSA, B. R., et al. **Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade**. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.19, n. 8, p. 3317-3325, 2014.
- BENTO, António Maria Veloso. **Como fazer uma revisão da literatura: Considerações teóricas e práticas**. Revista JA, nº 65, ano VII (pp. 42-44). MS; 2012. ISSN: 1647-8975
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado farmacêutico na atenção básica. Caderno 1. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. 1ª ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.: il
- BRASIL. **Organização das Nações Unidas no Brasil**. Disponível em: Acesso em: 14 maio 2019.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Informações de Saúde**. Estatísticas Vitais Brasília: MS; 2016
- CADOGAN CA, Ryan C, Hughes CM. **Appropriate polypharmacy and medicine safety: when many is not too many**. Drug Saf. 2016;39(2):109-16. <https://doi.org/10.1007/s40264-015-0378-5>
- CAMPANA EMG, Freitas EV, Brandão AA, et al. **Hipertensão arterial no idoso**. In: Freitas EV, Py L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 839-60.
- CASEMIRO, F.G.; RODRIGUES, I.A.; DIAS, J. C. **Impacto da estimulação cognitiva**

sobre depressão, ansiedade, cognição e capacidade funcional em adultos e idosos de uma universidade aberta da terceira idade. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. vol.19 no.4 Rio de Janeiro July/Aug.2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000400683&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: maio de 2019.

CASSONI, Teresa Cristina Jahn. **Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do município de São Paulo – Estudo SABE – Saúde, Bem estar e envelhecimento.** 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

CUNHA, V. N. C. **Efeitos da intensidade do treinamento aeróbio sobre o comprimento do telômero e suas proteínas de proteção durante o envelhecimento.** Universidade Católica de Brasília (UCB), Brasília, 2015.

DANIELA, N. L. V. (2014). **Cronoterapia no Tratamento da Hipertensão Arterial.** Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, Coimbra.

DEF: **Dicionário de especialidades farmacêuticas.** 44.ed. Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 2016. 676p.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2017-2018- **Tratamento do diabetes mellitus: medidas de estilo de vida.**

FERREIRA, Eduardo dos Santos. **Estudo sobre os fatores que explicam e influenciam a taxa de natalidade no Brasil: impactos que os índices econômicos causam na natalidade.**2010.46 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso de Ciências Econômicas – Universidade Estadual Paulista - UNESP, Araraquara,2010.

FERREIRA, J. D. (2017). **FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM IDOSOS.** Revista de enfermagem UFPE on line, 1-11.

GATTI, Bernadete. A. **Estudos quantitativos em educação.** Educação e Pesquisa. São Paulo, v. 30, n. 1, p. 11-30, jan. /Abr. 2004.

GERHARDT, P. C.; BORGHI, A. C.; FERNANDES, C. A. M.; MATHIAS, T. A. de F.; CARREIRA, L. **Tendência das internações por diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica em idosos.** Cogitare Enferm, n.21, v.4, p. 01-10, 2016.

HAN, A.; CHIEN, A. L.; KANG, S. **Photoaging.** Dermatol Clin, v. 32, n. 3, p. 291-299, jul. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2014.** Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: Maio de 2019.

International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 7th ed. **Brussels, Belgium**: International Diabetes Federation; 2015 Available from: <http://www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html>.

JACOB FILHO, WILSON; Fábio Padoan Medeiros da Silva; FARIAS, L. L.; MIRANDA, R. B.; LIN, S. M.; SILVA, T. J. A. **Manual de Terapêutica não Farmacológica em Geriatria e Gerontologia**. 1ª. Ed. São Paulo: ATHENEU,2014. 144p.

LIBERTINI G. **The programmed aging paradigm**: how we get old. *Biochemistry (Moscow)*. 2014; 79(10):100416

MALTA, D.C.; MOURA, L.; PRADO, R. R. et al. **Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões**, 2011 a 2011. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*, Brasília, v.23, n.4, p.599-608, out-dez 2014

MALTA, Deborah Carvalho et al. **Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2017, vol.51, suppl.1, 4s. Epub June 01, 2017. ISSN 1518-8787. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>.

MALACHIAS MVB, S.W. et al. (2016). **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. *Revista da sociedade brasileira de cardiologia*, volume 107.

MIKEAL RL, Brown TR, Lazarus HL, Vinson MC. **Quality of pharmaceutical care in hospitals**. *Am J Hosp Pharm*. 1975 Jun;32(6):567-574

MCCULLOCH DK. **Treatment of diabetes mellitus in the elderly**. UpToDate 2005. Disponível em: <http://www.uptodate.com>. Acesso em: 14 de maio de 2019.

MCCULLOCH DK, Munshi M. **Treatment of diabetes mellitus in elderly adults**. Last literature review version 18.1: jan 2010. UpToDate. Disponível em: www.uptodate.com. Acesso em: 14 de maio de 2019.

MUNIZ, E. C. S., Goulart, F. C., Lazarini, C. A., & Marin, M. J. S. (2017). **Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar**. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 20(3), 375-387

OLIVEIRA, L. P. B. A.; SANTOS, S. M. A. **An integrative review of drug utilization by the elderly in primary health care**. *Revista da escola de Enfermagem da USP*, v. 50, n. 1, p. 163 – 74, 2016

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças Cardiovasculares**. Brasília (DF); 2017.

PORTO & Porto. **Exame clínico**. 8ª. Edição Guanabara Koogan Rio de Janeiro 2017, Cap. 9.

ROQUE, F.P. et al. **Perfil socioeconômico-cultural de uma universidade aberta à terceira idade: reflexo da sociedade brasileira?** Rev. bras. Geriatr. Gerontol.; Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.97-108, mar.2011. Disponível:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: maio de 2019.

RADOVANOVIC, C. et al. **Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Maringá, jul. -Ago. 2014;22(4):547-53

SBC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.** n. 3, v. 107, s. 3, p. 82, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arq Bras Cardiol 2010; disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf. Acesso em: maio de 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes.** Arq Bras Diabet 2017; disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf> Acesso em: maio de 2019.

SOUSA RICM. **Cuidados farmacêuticos no doente oncológico [monografia].** Porto: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa; 2010

TEIXEIRA, J. T. P. **Polimedicação no idoso.** Faculdade De Medicina Da Universidade De Coimbra, 2014.

TOLDRÁ, Rose Colom; CORDONE, Renata Guimarães; ARRUDA, Bruna de Almeida; SOUTO, Ana Cristina Fagundes. **Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais.** O Mundo da Saúde, São Paulo – 2014;38(2):159-168. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155562/A04.pdf> Acesso em: 14 de maio de 2019.

TRINDADE, C. B.; FORTES FILHO, Sileno de Queiroz. Hipertensão Arterial Sistêmica. In: Wilson Jacob Filho; Fábio Padoan; Luciana L. Farias; Rafaela B. Miranda; Sumika M. Lin; Thiago J. Avelino da Silva. (Org.). **MANUAL DE TERAPÊUTICA NÃO FARMACOLÓGICA EM GERIATRIA E GERONTOLOGIA.** 1ed. São Paulo: Atheneu,2014, v. 1, p. 67-72.

VENTURA, M. M.; MENDONÇA, L.P.; COUTO, T. V **Cuidado integral ao idoso hospitalizado.** SP: Zagondoni, 2015

ANEXO I

ADAPTAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA
(Ministério da Saúde)

1. DADOS PESSOAIS

Nome completo		foto
Nome social/ Apelido		
Nº cartão do SUS		
Data de nascimento: ____/____/____	Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Município de nascimento/UF	Município que reside/UF	
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Fundamental completo <input type="checkbox"/> Médio completo <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Não estudou <input type="checkbox"/> Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Médio Incompleto <input type="checkbox"/> Superior incompleto		
Tem religião? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAL? _____		



Ocupação/ profissão principal:	
Situação conjugal: <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Casado (a)/convívio com o parceiro <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)	
Tem alguma alergia? Especificar.	
Tem alguma deficiência? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO	
Qual? <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Intelectual/cognitiva <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Outra	Especificar:
Grupo sanguíneo:	Fator Rh:

Endereço Residencial

Rua:		
N:	Complemento:	Bairro:
Ponto de referência:		
CEP:	Município:	Estado:

2.2 DIAGNÓSTICOS E INTERNAÇÕES PRÉVIOS

Algum médico já falou que você tem alguma das doenças abaixo relacionadas?

Condições de saúde (DIAGNÓSTICOS)	20__		20__		20__	
	Ano de diagnóstico	Ano de internação	Ano de diagnóstico	Ano de internação	Ano de diagnóstico	Ano de internação
Acidente Vascular encefálico (AVE) ou derrame.						
Anemia						
Asma						
Diabetes mellitus						
Doença arterial coronariana						
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)						
Epilepsia						
Hipertensão arterial						
Insuficiência cardíaca						
Depressão						
Incontinência urinária						
Incontinência fecal						
Insuficiência cognitiva (demência)						