



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**A PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO NA TERCEIRA IDADE: um estudo com idosos
atendidos na Estratégia Saúde da Família**

CÍCERO VIEIRA MENDES

**CAJAZEIRAS, PB
2010**

CÍCERO VIEIRA MENDES

**A PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO NA TERCEIRA IDADE: um estudo com idosos
atendidos na Estratégia Saúde da Família**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso Bacharelado em
Enfermagem da Universidade Federal de Campina
Grande, como requisito parcial à obtenção do título
de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres

CAJAZEIRAS, PB
2010



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

M538p MENDES, Cícero Vieira
A prática da automedicação na terceira idade:
um estudo com idosos atendidos na Estratégia de
Saúde da Família./Cícero Vieira Mendes.Cajazeiras,
2010.
53f. : il.

Orientadora: Arieli Rodrigues Nóbrega Videres.
Monografia (Graduação) – CFP/UFCCG

1. *Automedicação - Idosos*
1 Geriatria. 2. Automedicação – terceira idade.
3.Saúde da família. I. Videres, Arieli Rodrigues
Nóbrega. II. Título.

UFCCG/CFP/BS

615.03-053-9
CDU - 616-053.9

CÍCERO VIEIRA MENDES

**A PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO NA TERCEIRA IDADE: um estudo com idosos
atendidos na Estratégia Saúde da Família**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do
Curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de
Campina Grande, como requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Profa. Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres
Orientadora
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida da UFCG

Profa. Ms. Tatiana Cristina Vasconcelos
Avaliadora externa
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB/ Faculdade Santa Maria - FSM

Profa. Ms. Roberta de Miranda Henriques Freire
Avaliadora interna
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida da UFCG

***Aos meus pais, Maria
Luciana e Simplicio, razão
da minha existência,
sempre uma fonte de apoio,
amor, compreensão e
paciência.***

AGRADECIMENTOS

É indispensável reconhecer a todos que direta e indiretamente colaboraram para a concretização deste trabalho, com muita dedicação e compromisso, obrigado:

À Deus e a Cristo por me darem a vida e por guiarem meus passos.

Aos meus pais, Maria Luciana e Simplício, que acreditaram nos meus objetivos e por nunca medirem esforços para fazer de mim um ser humano melhor.

Às minhas irmãs e ao meu irmão, Silvânia, Silvanir, Simony e Luciano, às minha sobrinhas, Danielly, Samira e Isis, e à minha avó, Dona Nenem, por terem servido de inspiração e apoio nas horas que mais precisei e que sempre se dispuseram em ouvir minhas inquietações e lamentos.

À minha orientadora, Arieli Rodrigues, por transmitir todo o conhecimento que se fez necessário para que eu pudesse realizar com a mais absoluta perfeição este trabalho.

Ao meu amigo Kássyo Kennedy, sempre disponível a escutar as minhas angústias nas horas de incertezas, por seus conselhos e sua perseverança, por sempre rir das minhas piadas, mesmo quando não tinham propósito, e muito obrigado por toda sua solidariedade.

Aos meus colegas de sala, pelo imenso prazer de ter convivido com vocês: Hugo, Alan, Lynara, Vlândia, Ariadne, Mariana, Mayanne, Karol, Juciane, Symara e Euzerlane.

Aos professores, pela dedicação e compromisso em tornar-me um profissional ético e comprometido: Berenice, Cláudia, Mônica, Luciana, Rosália, Sérgio, Roberta, Cinara, e Rosimery.

Aos meus preceptores nos Estágios Supervisionados, que procuraram ao máximo me transmitir a essência do conhecimento e da amizade: Ana Cláudia, Clebiany, Wenya, Ana Tália, Róbson, Magali e Mabel.

E a Lidiane do Laboratório de Informática por sua amizade e generosidade.

*O talento educa-se na calma; o
caráter, no tumulto da vida.*

(Goethe)

**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE**
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

MENDES, Cícero Vieira. **A PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO NA TERCEIRA IDADE: um estudo com idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família.** 2010. 53f. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) – Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Curso Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB, 2010.

RESUMO

A automedicação é uma forma comum de auto-atenção à saúde, consistindo no consumo de um produto com o objetivo de tratar e aliviar sintomas ou doenças, ou mesmo de promover a saúde, independentemente da prescrição médica. A prática inadequada da automedicação traz conseqüências e efeitos indesejáveis, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas, representando, portanto, um problema importante de saúde pública que deve ser reconhecido e prevenido. Nesse contexto, com o aumento da população idosa no Brasil, os idosos tornam-se grandes consumidores de medicamentos, tornando-se o grupo mais medicalizado na sociedade. Destarte, o estudo objetivou conhecer a prática da automedicação na terceira idade a partir de relatos de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido no Centro de Saúde do município de São João do Rio de Peixe (PB). A população foi composta por todos os idosos cadastrados no referido centro, perfazendo um universo total de 420 usuários. A amostra por sua vez, foi constituída por 40 idosos escolhidos através de uma amostragem não-probabilística por bola de neve. Os dados coletados no mês de novembro de 2010 através de um roteiro de entrevista semi-estruturado foram analisados através da técnica de estatística descritiva. Vale ressaltar que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob parecer de número 0532.0.133.000-10, atendendo para os pressupostos contidos na Resolução 196/96 do Ministério da Saúde na qual dispõe sobre a realização de pesquisas com seres humanos. Quanto os resultados, em relação ao perfil sócio-demográfico dos participantes, verificou-se que 72,5% destes são do gênero feminino e casados, 67,5% são analfabetos, 75% são aposentados, 92,5% são praticantes da doutrina católica e 57,5% possuem uma renda familiar de um a dois salários mínimos nacionais vigentes. Ademais, observou-se que a automedicação é uma prática intensamente referida por 90% dos idosos, nos quais fazem uso, sobretudo de analgésicos e antitérmicos. Percebeu-se ainda que, 30,4% dos idosos se automedicam por conhecer as indicações e efeitos das drogas; 27% indicaram a dificuldade de acesso ao serviço de saúde como fator determinantes desta prática e, 23,8% consideram desnecessário o auxílio médico quando do aparecimento de sintomas simples. Nesse sentido, faz-se necessário um investimento público no âmbito da saúde preventiva, principalmente no que se refere a educação comunitária e a capacitação técnica dos profissionais de saúde para lidar com a problemática da automedicação em um grupo vulnerável a agravos a saúde.

Palavras-chave: Automedicação. Estratégia Saúde da Família. Enfermagem geriátrica. Idoso.

MENDES, Cicero Vieira. **SELF-MEDICATION IN THE ELDERLY: a study of elderly patients at the Family Health Strategy**. 2010. 53f. End of Course Work (Monograph) – Academic Department of Life Science, Bachelor of Nursing Course, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras – PB, 2010.

ABSTRACT

Self-medication is a common form of self-health care, consisting of the consumption of a product in order to treat and relieve symptoms or disease, or even to promote health, regardless of prescription. The practice inappropriate self-medication has consequences and undesirable effects, iatrogenic problems and masking developing diseases, thus representing a major public health problem that must be recognized and prevented. In this context, the increasing elderly population in Brazil, the elderly become major consumers of drugs, becoming the biggest group in medicalized society. Thus, the study investigated self-medication in the elderly from reports of elderly patients at the Family Health Strategy. This is an exploratory and descriptive study with a quantitative approach, developed at the Health Centre of São João do Rio de Peixe (PB). The population consisted of all seniors enrolled in that center, bringing the total universe of 420 users. The sample in turn was composed of 40 seniors chosen by a non-probabilistic sampling by snowball. The data collected during the month of November 2010 through a roadmap for semi-structured interviews were analyzed using the technique of descriptive statistics. Importantly, the study was approved by the Ethics Committee of the State University of Paraíba 0532.0.133.000-10 upon the advice of many, given to the assumptions contained in Resolution 196/96 of the Ministry of Health which regulates the conduct of research with humans. As the results in relation to socio-demographic profile of participants, it was found that 72.5% are female and married, 67.5% are illiterate, 75% are retired, 92.5% are practitioners of the doctrine Catholic and 57.5% have a household income of two minimum wages a national force. Furthermore, we observed that self-medication is a practice that intensely for 90% of the elderly, in whom they use, especially analgesics and antipyretics. There was also that 30.4% of participants self-medicate by knowing the signs and effects of drugs, 27% indicated the difficulty of Access to health care as a factor determining this practice, and 23.8% consider unnecessary medical assistance when other symptoms appear simple. Accordingly, it is necessary public investment in preventive health, especially with regard to community education and technical training of health professionals to deal with the issue of self-medication in a group vulnerable to harm health.

Keywords: Self-medication. Family Health Strategy. Geriatric nursing. Elderly.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIFARMA – Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

ESF – Estratégia Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos idosos quanto o gênero, escolaridade e estado civil.....	28
Tabela 2 – Caracterização dos idosos quanto à profissão, renda familiar e religião.....	30
Tabela 3 – Caracterização dos participantes quanto o número e o grau de parentesco das pessoas residentes no domicílio e antecedente clínico pessoal.....	31
Tabela 4 – Problemas de saúde prevalentes entre os idosos.....	32
Tabela 5 – Medicamentos mais utilizados sem prescrição médica pelos idosos	34
Tabela 6 – Motivos que contribuem para a adesão dos idosos a automedicação.....	35
Tabela 7 – Motivos que contribuem para a não orientação por parte do profissional de enfermagem acerca da automedicação.....	38

LISTA DE GRÁFICOS

Figura 1 – Descrição da prática da automedicação nos participantes do estudo.....	33
Figura 2 – Formas de aquisição dos medicamentos pelos idosos.....	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 GERAL.....	15
2.2 ESPECÍFICOS.....	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1 AUTOMEDICAÇÃO E TERCEIRA IDADE: UM ELO DE LIGAÇÃO.....	16
3.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AS ATRIBUIÇÕES PREVENTIVAS DO ENFERMEIRO QUANTO A AUTOMEDICAÇÃO.....	22
4 METODOLOGIA.....	24
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	24
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	24
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	25
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	25
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS.....	26
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	26
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	28
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	28
5.2 DADOS REFERENTES AO OBJETIVO DA PESQUISA.....	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICES.....	44
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
ANEXOS.....	47
DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA	
TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 do CNS	
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE	
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	
FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB	

1 INTRODUÇÃO

A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 como a Era do Envelhecimento. O aumento do número de idosos tem sido acompanhado por um acréscimo significativo nos anos de vida da população brasileira. A esperança de vida, que era em torno de 33,7 anos em 1950/1955, passou para 50,99 em 1990, chegou até 66,25 em 1995 e deverá alcançar 77,08 em 2020/2025 (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002).

Deste modo, de acordo com Ohara et al. (2008), em vários países, em especial no Brasil, que até então tinha uma população extremamente jovem com o declínio da fecundidade, o ritmo de crescimento anual do número de nascimento passou imediatamente a cair, o que fez com que se iniciasse um processo contínuo de estreitamento da base da pirâmide etária, e conseqüentemente o envelhecimento populacional.

Os idosos são provavelmente, conforme aponta Veiga Júnior (2008), o grupo mais medicalizado na sociedade. Neste sentido, Bortolon; Karnikowski e Assis (2007) afirmam que apesar de não ser um fenômeno único da modernidade, o consumo de medicamentos sem prescrição torna-se uma prática comum na população brasileira em todos os grupos etários. No Brasil, de acordo com a Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (ABIFARMA), já na década de 1990, cerca de 80 milhões de pessoas são adeptas da automedicação.

No Brasil, embora haja regulamentação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para a venda e propaganda de medicamentos que possam ser adquiridos sem prescrição médica, Ferraz et al. (2008) apontam que não há regulamentação, nem orientação para aqueles que os utilizam.

Nesse contexto, Bortolon; Karnikowski e Assis (2007) apontam a atenção primária à saúde como estratégia para disseminar informações seguras acerca da saúde, incluindo os benefícios e malefícios provindos da utilização incorreta de medicações.

Entretanto, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 80% da humanidade não têm acesso ao atendimento primário de saúde por estarem muito distantes dos centros de saúde ou por não possuírem recursos para adquirir os medicamentos prescritos. Assim, segundo Ferraz et al. (2008), para essa população, as terapias alternativas são as principais formas de tratamento, e as plantas medicinais, os principais medicamentos.

O consumo de medicamentos sem prescrição é fenômeno de relevância crescente, motivado por complexa rede de fatores que estão associados a valores predominantes na sociedade moderna. Dentre esses fatores, destaca-se o aumento da oferta de medicamentos

alternativos, disponibilidade e venda livre e propagandas de produtos farmacêuticos na mídia. A automedicação inadequada pode ter conseqüências e efeitos indesejáveis, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas. Representa, portanto, problema importante que deve ser reconhecido e prevenido. Estudos nacionais investigaram o fenômeno da automedicação e, observaram que este ocorre com mais freqüência entre os idosos (BARROS; GRIEP; ROTENBERG, 2009).

Destarte, justifica-se a importância do presente estudo, com vistas a conhecer a prática ou não dos idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família (ESF) acerca da automedicação e os fatores que contribuem para sua adesão à este tipo de atividade. Assim, espera-se contribuir com os profissionais de saúde, principalmente os que atuam na atenção básica, no sentido de favorecer reflexões acerca da assistência de enfermagem prestada a este grupo populacional.

Considerando-se o elevado número de pessoas que praticam a automedicação e o impacto e complicações para a saúde humana advindas desta prática, surgiram os questionamentos norteadores do estudo: em que consiste a prática da automedicação na terceira idade? Que fatores contribuem para adesão dessa prática? E quais as estratégias e ações desenvolvidas pelos enfermeiros para prevenir a automedicação nos idosos?

Espera-se que elucidando os referidos questionamentos se favoreça aportes para os gestores e profissionais locais de saúde, através do incentivo a sensibilização da problemática, a fim de que estratégias eficazes de promoção e prevenção de agravos a saúde, com ênfase na automedicação, sejam adotadas visando a queda da incidência de pessoas que aderem a tal prática e conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida da população alvo.

Ainda, almeja-se contribuir com os profissionais enfermeiros no sentido de favorecer reflexões para repensarem a sua prática, objetivando o desenvolvimento de uma assistência mais humanizada e integral, com vistas a proporcionar a inserção dos idosos e demais grupos populacionais no planejamento da assistência oferecida, bem como nas atividades educacionais e sociais desenvolvidas.

Vale ressaltar também a necessidade de novas pesquisas nesta área, considerando-se a escassez de estudos atualmente publicados que abordam a problemática da automedicação na terceira idade e conseqüentemente suas conseqüências para a qualidade de vida desta população.

A motivação pela temática adveio da minha vivência em uma Unidade Básica de Saúde durante a realização do Estágio Curricular Supervisionado I, no qual tive a oportunidade de perceber que grande parte da população cadastrada relata uma tendência significativa á prática da automedicação, especialmente por parte dos idosos que, aliam os

problemas de saúde mais freqüentes à influência externa de outras pessoas que recomendam a utilização de certos medicamentos.

Ressaltando-se essa vivência como motivação pessoal para a realização da presente pesquisa, fica evidente a necessidade de conhecer melhor a realidade dos idosos atendidos na unidade de saúde a fim de conhecer o processo de automedicação por esse grupo populacional de uma forma mais ampla. Em um esforço de facilitar a organização do texto e a compreensão da temática abordada, este trabalho foi dividido em quatro eixos. A primeira parte consiste em um levantamento literário acerca da ligação entre a automedicação e a terceira idade, bem como sobre a Estratégia Saúde da Família e as atribuições preventivas dos enfermeiros quanto o desenvolvimento de tal prática.

A segunda parte trata da metodologia utilizada na construção deste trabalho, como o tipo e o cenário de desenvolvimento do estudo, a população e amostra, o instrumento que subsidiou a coleta de dados, as técnicas de coleta e análise dos dados e os aspectos éticos do mesmo. A terceira parte está focada na apresentação e no tratamento dos resultados obtidos no estudo, buscando uma discussão pertinente e objetiva mediante estudos já desenvolvidos nesta área. Finalmente, a quarta parte diz respeito às considerações finais, nas quais são enfatizadas as limitações do estudo, o alcance ou não dos objetivos esperados e sugestões a curto, médio e longo prazos para a problemática com vistas no desenvolvimento de uma assistência integral ao idoso capaz de satisfazer suas necessidades no âmbito social, político, econômico, emocional e espiritual.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Conhecer a prática da automedicação na terceira idade a partir de relatos de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família.

2.2 ESPECÍFICOS

- Verificar o conhecimento de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família acerca da automedicação na terceira idade;
- Identificar os fatores que contribuem ou não para a prática da automedicação na terceira idade;
- Descrever as ações do enfermeiro desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família frente a prática da automedicação na terceira idade.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 AUTOMEDICAÇÃO E TERCEIRA IDADE: UM ELO DE LIGAÇÃO

Diferentemente dos dias atuais onde os medicamentos fazem parte da rotina na conduta médica, antigamente as pessoas não tinham tanta intimidade com remédios, pois esses eram usados em casos particulares e raros.

Para Veiga Júnior (2008), atualmente, além dos medicamentos serem opção comum na terapêutica, a prescrição está cada vez mais padronizada, possibilitando que as pessoas utilizem os critérios de decisão médica para problemas mais simples de saúde. O medicamento passou a ser visto como símbolo de saúde e, ao fazer uso de fármacos, o indivíduo busca um resultado rápido que obscurece outras dimensões da saúde, entendida como estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade.

Segundo Gandolfi e Andrade (2006), até o início do século XX, os medicamentos utilizados eram de origem natural e a prescrição médica, mediante fórmulas magistrais era preparada artesanalmente em farmácias e comercializada de modo limitado. Um ritmo inimaginável foi impresso na dinâmica de produção e comercialização de produtos farmacêuticos em escala industrial, decorrente do crescimento econômico global e do funcionamento dos sistemas de seguridade social.

Entre os anos 1950 e 1960 ocorreu a explosão farmacológica devido os desenvolvimentos fundamentais em ciências biológicas e às conquistas tecnológicas e econômicas após a Segunda Guerra Mundial. Já entre 1987 e 1988, a indústria farmacêutica apresentou crescimento de 13%, superando o crescimento médio da economia mundial que, em geral, resumiu-se a 4% (MELO; RIBEIRO; STORPIRTIS, 2006).

Segundo a OMS e o Ministério da Saúde (MS), o mercado brasileiro dispõe, nos dias atuais, de mais de 32 mil medicamentos. Diversos medicamentos que deveriam ser utilizados apenas com prescrição médica são vendidos de forma indiscriminada pelo estabelecimento farmacêutico, pelo fato de que, no Brasil, a farmácia não é reconhecida com uma unidade de saúde e, sim, um ponto comercial de vendas de medicamento e produtos correlatos, conforme apontam Sousa; Silva e Sousa Neto (2008).

Ainda de acordos com esses últimos, o Brasil assume a quinta posição na listagem mundial de consumo de medicamentos, estando em primeiro lugar em consumo na América Latina e ocupando o nono lugar no mercado mundial em volume financeiro.

Para Melo; Ribeiro e Storpirtis (2006) os avanços nas pesquisas de novos fármacos, em conjunto com sua promoção comercial, criaram uma excessiva crença da sociedade em relação ao poder dos medicamentos. A produção de medicamentos em escala industrial, segundo especificações técnicas e legais, fez com que esses produtos alcançassem papel central na terapêutica, deixando de ser considerado como mero recurso terapêutico. Sua prescrição torna-se quase obrigatória nas consultas médicas, sendo o médico avaliado pelo paciente por meio do número de formas farmacêuticas que prescreve. Assim, a prescrição do medicamento tornou-se sinônimo de boa prática médica, justificando sua enorme demanda.

De acordo com Bortolon; Karnikowski e Assis (2007), a publicidade e a propaganda de medicamentos causam grande motivação no uso irracional e prejudicial de medicamentos. Os dados do Projeto de Monitoração de Propaganda da ANVISA apontam que cerca de 90% dos comerciais de medicamentos apresentam algum tipo de irregularidade. A situação é mais alarmante na publicidade direcionada a médicos e farmacêuticos. Quinze por cento de 1,5 mil propagandas de medicamentos de venda sob prescrição analisadas pela ANVISA não apresentavam cuidados e advertências, 14% não alertavam sobre as contra-indicações e mais de 10% continham afirmações sem comprovação de estudos científicos.

Além de tal fato, é importante ressaltar que o acesso à informação nas sociedades modernas é muito maior, o que permite uma difusão dos saberes periciais para o leigo, por meios de comunicação de massa, escolarização da população, maior acesso a fontes de saúde, que permitem a incorporação do saber pericial pelo leigo. Deste modo, o saber não é mais fundamentado apenas em aspectos relativos a crenças, hábitos, costumes e modo de vida. Estas pessoas passam a assimilar o saber científico, reinterpretando sua prática, de modo a haver uma troca entre o saber sistematizado na área e o público leigo. No entanto, o saber leigo continua a ser leigo. O que ocorre é uma assimilação do saber científico que será reapropriado, reinterpretado e reutilizado em funções das experiências cotidianas do indivíduo (BORTOLON; KARNIKOWSKI; ASSIS, 2007).

Outro fato que impulsiona o consumo de medicamentos de forma incorreta é a falta de recursos orçamentários adequados destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), bem como o número insuficiente de médicos nas unidades de saúde em certas localidades do país, podem estar associados a um aumento nos índices da automedicação (MUSIAL; DUTRA; BECKER, 2007).

Segundo Loyola Filho et al. (2005), o crescimento da automedicação tem sido favorecido pela multiplicidade de produtos farmacêuticos lançados no mercado e pela publicidade que os cerca, pela simbolização da saúde que o medicamento pode representar e

pelo incentivo ao autocuidado, além de outros fatores.

De acordo com a ABIFARMA, cerca de 80 milhões de pessoas são adeptas da automedicação. A má qualidade da oferta de medicamentos, o não-cumprimento da obrigatoriedade da apresentação da receita médica e a carência de informação e instrução na população em geral justificam a preocupação com a qualidade da automedicação praticada no país (SOUSA; SILVA; SOUSA NETO, 2008).

Antes de iniciar uma maior explanação acerca da automedicação, é importante trazer o conceito de auto-cuidado, que segundo Cascaes; Falchetti e Galato (2008) é um conjunto de ações realizadas pelas pessoas sobre si mesmas para estabelecer e manter a saúde, prevenir e lidar com as doenças. É um conceito amplo, que abrange: higiene (geral e pessoal), nutrição (tipo e qualidade do alimento ingerido), estilo de vida (atividade física, lazer, etc.); fatores ambientais (condições de vida, hábitos sociais, etc.); fatores socioeconômicos (nível de renda, crenças culturais, etc.) e; automedicação.

Já sobre o consumo exacerbado de fitoterápicos, Veiga Júnior (2008) aponta que se a população dos países mais pobres utiliza as plantas medicinais por tradição e ausência de alternativas econômicas viáveis, nos países mais desenvolvidos observa-se um maior uso de fitomedicamentos influenciado pelos modismos de consumo de produtos naturais. Este modismo favoreceu a difusão das promessas de cura através das plantas medicinais para males como a impotência, a ansiedade e a obesidade, algumas vezes em um único extrato.

Ainda segundo este autor, o conceito mais perigoso surgido nesta época foi o de que as plantas medicinais não representam quaisquer riscos para a saúde humana por serem naturais e terem sido testadas através de séculos de utilização pela população de todo o mundo. Assim, a falta de informações adequadas sobre as propriedades das plantas medicinais (principalmente das exóticas), seu consumo concomitante com os medicamentos tradicionais (alopáticos) sem aviso ao médico e, finalmente, a perda do conhecimento sobre os efeitos medicinais e tóxicos das plantas, assim como a capacidade de identificá-las pela migração da população rural para as cidades são fatores preocupantes da automedicação.

Partindo para a automedicação em questões etimológicas, Ferraz et al. (2008) apontam que esta pode ser definida como a utilização de medicamentos sem prescrição ou orientação médica, sendo o próprio paciente responsável pela escolha do fármaco a ser usado, ou ainda a prescrição ou orientação de medicamentos por pessoas não habilitadas, e, para tal, podem ser utilizados medicamentos industrializados ou remédios caseiros.

Segundo Sousa; Silva e Sousa Neto (2008), a automedicação é uma forma comum de auto-atenção 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. Para tal, podem ser utilizados medicamentos industrializados ou remédios caseiros. A automedicação é definida como o uso de medicamentos sem prescrição médica, onde o próprio paciente decide qual fármaco a utilizar. Inclui-se nessa designação genérica a prescrição ou indicação de medicamentos por pessoas não habilitadas, como amigos, familiares e mesmo balconistas de farmácia, neste último caso, caracterizando exercício ilegal da medicina.

Já Bortolon; Karnikowski e Assis (2007) afirmam que a automedicação é o uso de medicamentos sem a prescrição, orientação e/ou acompanhamento do prescritor. Assim, quando o paciente procura uma orientação farmacêutica, a prática recebe o nome de automedicação responsável, entretanto, esta denominação torna-se contraditória, uma vez que o profissional de farmácia tem habilidade e formação que lhe permitem praticar a atenção farmacêutica.

A automedicação quando feita de forma racional pode trazer benefícios para a saúde, e no contexto dos países em desenvolvimento, pode ser considerada como uma necessidade, com função complementar ao sistema de saúde. Sendo assim, dentro de certos limites, a prática da automedicação é aceita e estimulada pela OMS (VOSGERAU; SOARES; SOUZA, 2008).

No mais, Vosgerau; Soares e Souza (2008) destacam que a OMS define a automedicação responsável como a prática dos indivíduos em tratar seus próprios sintomas e males menores com medicamentos aprovados e disponíveis sem a prescrição médica e que são seguros e efetivos quando usados segundo as instruções, entretanto existem vários pontos importantes a serem explorados antes de se promoverem os potenciais benefícios da automedicação: todos os produtos devem ser comprovadamente seguros, o consumidor deve estar bem informado a respeito da forma correta de uso e de quais doenças podem ser tratadas dessa forma, e os próprios médicos devem se habituar a indagar sobre a automedicação antes de prescreverem outros fármacos.

Entretanto, quando a automedicação é aplicada sem supervisão médica, não são consideradas as hipóteses de interação medicamentosa, interações com o álcool e a alimentação, e o uso durante a gravidez, lactação, na infância, em idosos, configurando um risco potencial a saúde de quem faz uso da prática (FERRAZ et al., 2008).

Ainda a respeito da automedicação de maneira geral, Bortolon; Karnikowski e Assis (2007) apontam que a automedicação deve ser encarada como uma prática na qual vários riscos estão associados: risco de tomar um remédio que não resolva o problema, risco de

efeitos indesejáveis, o agravamento do problema, a melhora do problema e o surgimento de outro, entre outros.

De acordo com Veiga Júnior (2008), sobre as interações medicamentosas, a automedicação é particularmente preocupante quando é realizada em conjunto com outros medicamentos, podendo levar a efeitos sinérgicos e interações não esperadas pelo médico.

A automedicação acrescenta ainda aos riscos relacionados ao consumo de medicamentos prescritos a possibilidade de se mascarar ou retardar o diagnóstico de condições mais sérias, dificultando a atuação do médico, pois nem sempre o paciente menciona essa prática durante a consulta médica, conforme apontam Loyola Filho et al. (2005).

Segundo Bortolon; Karnikowski e Assis (2007), os medicamentos ocupam o primeiro lugar entre os agentes causadores de intoxicações em seres humanos e o segundo lugar nos registros de mortes por intoxicação. A cada 20 segundos, um paciente dá entrada nos hospitais brasileiros com quadro de intoxicação provocado pelo uso incorreto de medicamento.

Ainda neste sentido, Sousa; Silva e Sousa Neto (2008) apontam que sempre que se prescrevem ou recomendam fármacos, existem riscos potenciais de reações adversas. Estas se constituem em importante problema para a área de saúde, determinando sofrimento e piora da qualidade de vida, perda da confiança nos médicos, necessidade de exames diagnósticos e tratamentos adicionais e dificuldades no manejo de diferentes condições clínicas, além de aumento de custos, número de hospitalização, tempo de permanência no hospital e eventualmente mortalidade. Ainda, seu aparecimento pode representar uso de mais medicamentos, não só para tratamento de reação adversa em si, mas também como seqüência de diagnóstico equivocado de nova patologia.

Desse modo, impõe-se um duplo ônus aos serviços de saúde: além dos gastos com a atenção farmacêutica, superiores àqueles decorrentes de consultas médicas, novas despesas originam-se do atendimento a enfermidades relacionadas ao uso inadequado de fármacos (LOYOLA FILHO et al., 2005).

A título de melhor aquisição de conhecimentos, Musial; Dutra e Becker (2007) afirmam que os sintomas mais comuns que resultam no ato de automedicação são infecção respiratória alta, dor de cabeça e dispepsia/má digestão. Os analgésicos-antitérmicos são os medicamentos mais utilizados, sendo o ácido acetilsalicílico o princípio ativo mais freqüente, seguido da dipirona. Aspectos preocupantes se correlacionam com a prevalência do uso da destas substâncias: os sintomas da dengue podem ser confundidos com sintomas gripais, e desta maneira a ingestão de medicamentos compostos por ácido acetil salicílico, que têm ação

anticoagulante, pode ser fatal; inúmeros efeitos colaterais têm sido relacionados com o uso indiscriminado da dipirona, tais como anemia hemolítica e aplasia de medula óssea.

Partindo para o tema principal do trabalho que aborda a automedicação na população idosa, Cascaes; Falchetti e Galato (2008) apontam que o aumento da população idosa no Brasil 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. Esta população está mais sujeita aos problemas agudos (infecções e transtornos menores) o que também está relacionado ao uso de medicamentos. Neste contexto, estes indivíduos tornam-se grandes consumidores de medicamentos, tornando-se o grupo mais medicalizado na sociedade. Sendo assim, muitas vezes para obter o alívio dos problemas que os afligem, diante de quaisquer sintomas, especialmente os mais comuns, como aqueles decorrentes de “virozes banais”, o idoso busca muitas vezes através da automedicação uma solução.

Assim, de acordo com Góis e Veras (2006), a partir dos 60 anos inicia-se a velhice fisiológica do ser humano, juntamente com as mudanças degenerativas do corpo e uma vulnerabilidade maior a contrair doenças que tendem a se prolongar. A dependência dos idosos é o principal ponto do envelhecimento, este que liga-se intimamente a fragilidade, que compreende uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente. Essa condição é observada em pessoas com mais de 85 anos ou naqueles mais jovens que apresentam uma combinação de doenças ou limitações funcionais que reduzam sua capacidade de adaptar-se ao estresse causado por doenças agudas, hospitalização ou outras situações de risco (CALDAS, 2003).

O envelhecimento é uma etapa normal do desenvolvimento humano, caracterizada por uma perda progressiva da capacidade de adaptação e menor expectativa de vida (GÓIS; VERAS, 2006). Já do ponto de vista biológico, o envelhecer se apresenta como um desgaste natural das estruturas orgânicas que, com isso, passam por transformações com o progredir da idade, prevalecendo assim os processos degenerativos, como afirmam Jardim; Medeiros e Brito (2006).

Ao envelhecer o corpo humano passa por diversas alterações, onde com o aumento do tecido adiposo, o teor de água do corpo decai por perda de água intracelular, o que também ocorre ao potássio total. Na pele ocorre uma diminuição da atividade das glândulas sudoríparas e sebáceas, que resulta em uma pele seca e áspera, além de ocorrer o aparecimento de queratose seborréica. Ocorre ainda um declínio da estatura corporal, que

inicia aos 40 anos de idade, com uma frequência de 1cm por década, decorrente da diminuição dos arcos dos pés, aumento das curvaturas da coluna, além do encurtamento da coluna vertebral pelas alterações nos discos intervertebrais (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2005)

Portanto, o termo envelhecimento é usado para definir as mudanças morfofuncionais ao longo da vida que ocorrem após a maturação sexual e que, progressivamente, comprometem a capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e a manutenção da homeostasia. Logo, o processo de envelhecimento apresenta como característica básica a ocorrência de mudanças ao longo do tempo, independente de terem ou não efeito deletério sobre a vitalidade e a longevidade (DUARTE, 2001).

3.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AS ATRIBUIÇÕES PREVENTIVAS DO ENFERMEIRO QUANTO A AUTOMEDICAÇÃO

A ESF teve início como uma estratégia do MS para mudar a forma tradicional de prestação de assistência, visando estimular a implantação de um novo modelo de Atenção Primária que resolvesse a maior parte dos problemas de saúde da população.

Essa estratégia visa o trabalho na lógica da promoção da saúde, almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade. Entre outros aspectos, para o alcance deste trabalho, é necessária a vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade, e a perspectiva de promoção de ações intersetoriais (BESEN et al., 2007).

Obter profissionais aptos a trabalharem nesse novo modelo e repensar as práticas educativas dentro da visão de promoção da saúde não se constitui uma tarefa fácil. Conforme Brasil (2005), essa dificuldade acontece como reflexo do modelo de formação destes profissionais: hospitalocêntrico, biologicista e fragmentado. Essas características utilizam metodologia de ensino verticalizada e não problematizadora.

A ESF vista como objeto de Educação em Saúde tem como papel central uma prática educativa voltada para a promoção da saúde, como um conjunto de atividades orientadas a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e a serviços sociais.

Dessa forma, entende-se que dedicar um espaço da Educação em Saúde para trabalhar questões que vão além do biológico com a população propulsionará o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde mediante estratégias que permitam um maior controle sobre suas condições de vida, individual e

coletivamente. A Educação em Saúde pode ser feita dentro da família, na escola, no trabalho ou em qualquer espaço comunitário (VASCONCELOS, 2004).

Uma vez que a automedicação encontra-se amplamente inserida enquanto prática exercida pelos brasileiros, tanto pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde como pelas classes mais privilegiadas na busca de soluções rápidas para seus problemas de saúde a fim de evitar que suas atividades diárias fiquem impedidas, cabe ao profissional de saúde a iniciativa de incentivar e promover a reflexão e a discussão acerca do assunto envolvendo profissionais de saúde, gestores, políticos e a população. No contexto atual, o profissional habilitado deve orientar a população sobre o medicamento visando à diminuição de risco e a maior eficácia possível (BORTOLON; LARNIKOWSKI; ASSIS, 2007).

A automedicação constitui-se em prática permanente, e para isso é preciso informar a sociedade sobre os medicamentos de venda livre, sem estímulo ao consumo desenfreado ou ao mito de cura milagrosa, como faz a mídia. Não há como eliminar a automedicação da sociedade. Há, contudo, meios para minimizá-la. Programas de orientação para profissionais de saúde e população em geral; programas de incentivo à procura do profissional médico e desenvolvimento de políticas públicas para adequação de estrutura e recursos humanos em todas as unidades de saúde e estímulos de fiscalização apropriada, da divulgação em propaganda e da venda de medicamentos sem prescrição médica, são fundamentais para minimização da prática da automedicação e dos danos por ela causada, conforme apontam Musial; Dutra e Becker (2007).

De acordo com Asperheim (2004), a administração medicamentosa é uma das maiores responsabilidades da enfermagem, assim, como membro da equipe de saúde responsável pelo cuidado ao doente. É muito importante que o enfermeiro dedique-se à aquisição de todos os conhecimentos possíveis sobre medicamentos, seu uso ou abuso, dosagens corretas, métodos de administração, sintomas de superdosagem e reações anormais que podem ocorrer no tratamento de vários distúrbios. Assim, tal conhecimento torna-se indispensável para se oferecer ao paciente o melhor tratamento possível.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Almejando o alcance dos objetivos proposto, foi desenvolvido um estudo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa.

Escolheu-se a pesquisa exploratória por esta proporcionar maiores informações sobre o assunto a ser investigado, facilitando a delimitação do tema a ser pesquisado, orientando a fixação dos objetivos e a formação de hipótese ou descobrir uma nova possibilidade de enfoque para o assunto, dando subsídios para realizar uma pesquisa satisfatória (MARCONI; LAKATOS, 2010).

De acordo com Richardson (2008), as pesquisas descritivas têm por objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis, sendo que, algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, e pretendem determinar a natureza dessa relação.

Para Prestes (2003), a pesquisa quantitativa vem abordar os dados quantificáveis, trabalhando mais com índices, gráficos, tabulações, entre outros, ou seja, aborda todos os dados exatos, estatísticos.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo teve como cenário de desenvolvimento o Centro de Saúde do município de São João do Rio de Peixe, localizado no Alto Sertão da Paraíba distante há 500 km de sua capital João Pessoa, tendo uma população estimada no ano de 2009 de aproximadamente 17.661 habitantes, segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009). Tal município é regido pelo modelo de Gestão Plena da Atenção Básica.

O Centro de Saúde funciona como unidade de assistência da ESF, realizando atendimento de atenção básica e integral a 3.540 famílias cadastradas de forma programada ou não nas áreas odontológica, nutricional, psicológica, médica e de enfermagem.

Sua estrutura física é composta por uma recepção; consultórios médico, de enfermagem, psicologia, nutrição e odontologia; uma farmácia básica; uma sala para a realização de procedimentos ambulatoriais; uma sala de administração; uma sala de imunobiológicos; uma cozinha; dois banheiros; um expurgo e uma sala de limpeza e

esterilização de materiais. Por abrigar também a central dos laboratórios de hematologia e parasitologia do município, possui duas salas que comportam os equipamentos e os materiais utilizados pelos bioquímicos para a análise de materiais biológicos.

Os recursos humanos que compõem o Centro de Saúde são: um médico generalista; um enfermeiro; quatro técnicos de enfermagem, sendo dois desses responsáveis pela sala de vacina; um odontólogo; um técnico em saúde bucal; um psicólogo; um nutricionista; dois bioquímicos que respondem pelo laboratório municipal de análises clínicas; quatro agentes administrativos; dois vigilantes e dois auxiliares de serviços gerais.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Conforme apontado em Gil (2007), a população da pesquisa é o universo da mesma, ou seja, o todo que esta vem a abranger. Deste modo, quando o universo de investigação é geograficamente concentrado e pouco numeroso, convém que sejam pesquisados todos os elementos. Entretanto, quando o universo é numeroso e esparsa, é recomendável a seleção de uma amostra, ou seja, uma quantidade menor de pessoas do universo.

Sendo assim, a população deste estudo foi composta por todos os idosos cadastrados no Centro de Saúde, perfazendo o universo total de 420 idosos. A amostra por sua vez, foi constituída por 40 idosos escolhidos através de uma amostragem não-probabilística por bola de neve.

Como critérios de inclusão foram selecionados idosos: com idade igual ou superior a 60 anos e sem idade limite máxima, independentes do gênero e do grau de escolaridade, cadastrados no Centro de Saúde e que, concordaram em participar voluntariamente da pesquisa após esclarecimentos éticos. No mais, foram excluídos do estudo idosos: com idade inferior a 60 anos, portadores de necessidades mental e/ou auditiva, sem cadastro no referido centro e que não concordaram em participar do mesmo.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista, que de acordo com Marconi e Lakatos (2009, p.109) “é uma conversação efetuada face a face de maneira metódica, que proporciona ao entrevistador, verbalmente, a informação necessária”.

Dessa forma, o instrumento foi composto por duas partes, quais sejam: a primeira refere-se à identificação dos participantes, nas quais foram investigadas algumas variáveis,

como: idade, gênero, escolaridade, estado civil, profissão, renda familiar, religião, número de pessoas com as quais residem. A segunda parte diz respeito às questões pertinentes ao objeto de estudo, sendo composta por 14 perguntas de caráter subjetivo e objetivo que objetivaram conhecer a prática da automedicação, destacando-se os motivos que incentivaram os idosos a realizarem tal atitude, a frequência com que esta ocorre, os medicamentos mais utilizados e as atribuições do enfermeiro da ESF quanto a prevenção dessa prática.

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

Conforme Carvalho (1989), a coleta dos dados é a etapa que dá início a pesquisa propriamente dita, com a busca exaustiva dos dados, recorrendo-se aos tipos de pesquisas mais adequados ao tratamento científico do tema escolhido.

O estudo foi realizado seguindo as seguintes etapas: a priori, foi solicitada à Coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande ofícios para apresentá-los ao Secretário de Saúde e ao diretor do Centro de Saúde. Em seguida, foi feito contato com os mesmos, nas quais foram feitas as devidas apresentações, bem como a discussão dos objetivos do presente estudo.

Na mesma ocasião realizou-se uma visita ao referido Centro a fim de obter o número de idosos cadastrados. Vale ressaltar que todas as exigências éticas que envolvem pesquisas com seres humanos foram adotadas. Em seguida, os participantes, através da amostragem por bola de neve, foram abordados e informados dos objetivos e do caráter científico e confidencial da pesquisa, sendo solicitada a assinatura destes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) liberando a realização da pesquisa.

A coleta foi realizada no mês de novembro do decorrente ano de forma individual no contexto domiciliar de cada idoso. O pesquisador, por sua vez, interveio o mínimo possível nas respostas dos participantes, e suas orientações corresponderam apenas à forma de responder o instrumento. Ao término da coleta, foram feitos os devidos agradecimentos.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados de forma descritiva, sendo as questões objetivas analisadas quantitativamente e apresentadas em tabelas e gráficos. Foram realizados cálculos de estatística descritiva, tais como frequências e percentagens. As questões abertas foram analisadas levando-se em consideração os relatos dos participantes, para elaboração de

categorias e também contabilizadas as frequências, sendo os resultados discutidos à luz da literatura pertinente (TRIVIÑOS, 2006).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para realização do estudo foram considerados os pressupostos da Resolução 196, 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde/MS que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 1996). Tais pesquisas devem atender as exigências éticas e científicas fundamentadas, no qual o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes deverão ser tratados em sua dignidade, respeitados em sua autonomia e defendidos em sua vulnerabilidade.

Neste âmbito, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba, sendo aprovado sob parecer de nº 0532.0.133.000-10. Após o parecer favorável, o pesquisador abordou e informou aos sujeitos da pesquisa o caráter científico da mesma, cabendo a ele decidir participar ou não do estudo, uma vez que não existiu qualquer forma de remuneração. A pesquisa é confidencial, e aos participantes, lhes foram assegurados os benefícios resultantes do projeto, as condições de acompanhamento, de tratamento ou de orientação e desistência em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo do seu cuidado, o que foi oficializado através do TCLE.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo encontra-se dividido em dois momentos. O primeiro destina-se a identificação dos participantes, nos quais os dados são apresentados em tabelas a fim de proporcionar uma ampla visão de suas características. Através das variáveis estudadas, como idade, gênero, escolaridade, estado civil, profissão, religião, renda familiar e número de pessoas com os quais residem foi possível delinear o perfil sócio-econômico dos idosos.

O segundo momento trata da apresentação dos dados referentes ao objeto de estudo, qual seja, a prática da automedicação na terceira idade. Nesse sentido, as falas foram analisadas através da elaboração de categorias, nas quais foram quantificadas e apresentadas em gráficos e tabelas, sendo realizados cálculos de estatística descritiva.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram desta pesquisa 40 idosos atendidos em uma Unidade de Atenção Básica vinculada a Estratégia Saúde da Família do município de São João do Rio do Peixe - PB. A caracterização sócio-demográfica relativa aos participantes é apresentada na tabela a seguir e compreendem dados como: idade, sexo, nível de escolaridade, estado civil, profissão, renda familiar, religião, estrutura familiar e antecedente clínico pessoal.

Tabela 01– Caracterização dos idosos quanto o gênero, escolaridade e estado civil

Variáveis	f	%
Gênero		
Feminino	29	72,5%
Masculino	11	27,5%
Escolaridade		
Sem estudo	27	67,5%
Ensino Fundamental Incompleto	07	17,5%
Ensino Fundamental Completo	04	10,0%
Ensino Médio Completo ou Mais	02	5,0%
Estado civil		
Casado	29	72,5%
Viúvo	06	15,0%
Solteiro e/ou divorciado	05	12,5%

Em relação à variável idade, verificou-se que os idosos apresentaram idade mínima de 60 anos e máxima de 91 anos, com uma média de idade de 71 anos.

No que se refere à variável gênero, observa-se na Tabela 1 que 72,5% dos idosos são do gênero feminino, enquanto os demais 27,5% são do gênero masculino. Esse fato pode ser percebido através de vários estudos que demonstram que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte. Entretanto, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres. Isso estaria associado ao fato da própria socialização dos homens que em sua maior parte se embasa no pensamento machista de que o cuidado não é visto como uma prática masculina (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Tais fatos corroboram com os resultados do presente estudo, na qual constata-se que a procura pelos serviços de saúde é exercida predominantemente por usuários do gênero feminino.

Quanto o nível de escolaridade, verifica-se que a grande maioria dos idosos (67,5%) não possui nenhum grau de instrução, sendo considerados analfabetos. No mais, percebe-se que 17,5% da amostra possuem o ensino fundamental incompleto; 10% possuem o ensino fundamental completo e; 5% possuem o ensino médio completo.

Entre os idosos, a distribuição da alfabetização está associada à classe social e é resultante da organização social do começo do século XX, quando os homens e mulheres de classe média baixa não dispunham de acesso a mais oportunidades educacionais (ALCÂNTARA, 2004).

É preocupante o índice de analfabetismo prevalente entre os idosos do estudo, ficando difícil designar situações que se faz necessária a leitura, como exemplo, as instruções básicas que contém uma bula de medicamento ou até mesmo recomendações médicas prescritas em receituário.

No tangente ao estado civil atual, observa-se que a maioria da amostra (72,5%) mantém uma união estável oficializada através do casamento. Outros 15% são viúvos e os demais 12,5% são solteiros e/ou divorciados. Para Renato e Ulises (1989), as mulheres apresentam maior incidência de viuvez, já que estas sobrevivem ao cônjuge com mais frequência. Apontam que nestas gerações, a manutenção do *status* de viuvez feminina deve-se principalmente a normas sociais e culturais predominantes na sociedade em que os homens se casam com mulheres mais jovens.

Isso induz as mulheres a não optarem por procurar um novo companheiro em virtude da dificuldade de encontrar um parceiro em idade adequada e também por preconceitos familiares e/ou sociais. A questão do respeito pela memória do falecido aparece também

como uma opção em manter a viuvez.

A tabela a seguir retrata a caracterização dos participantes quanto a profissão, renda familiar e religião.

Tabela 02– Caracterização dos idosos quanto à profissão, renda familiar e religião

Variáveis	f	%
Profissão		
Aposentado	30	75,0%
Agricultor	08	20,0%
Professor	02	5,0%
Renda familiar (salário mínimo)		
Até 1 salário	09	22,5%
De 1 a 2 salários	23	57,5%
De 2 a 5 salários	08	20,0%
Religião		
Católicos	37	92,5%
Evangélicos	03	7,5%

Percebe-se na Tabela 2 que, em relação à variável profissão, a maioria dos idosos encontra-se, por força de sua situação ocupacional, fora da população economicamente ativa no enquadramento de aposentadoria ou pensão, representando 75% da amostra. Dos que ainda compõem o mercado de trabalho, 20% desenvolvem suas atividades no setor agrícola e 5% desenvolvem-nas no setor educacional atuando como professores.

No que diz respeito à renda familiar, 22,5% dos idosos recebem até um salário mínimo nacional vigente, 57,5% recebem de um a dois salários mínimos e 20% tem como base salarial dois a cinco salários mínimos. No mais, pôde-se constatar que a expressiva maioria dos participantes relata que a renda familiar é composta pela aposentadoria e alguns auxílios governamentais, enquanto que outros relatam a presença de membros da família no mercado de trabalho, como filhos e netos, o que ajuda a reforçar a renda da família.

Em relação à variável religião, constata-se que 92,5% dos idosos são praticantes da doutrina católica enquanto que outros 7,5% são seguidores da doutrina evangélica. Essa constatação não foge a realidade das tradições religiosas que o Brasil apresenta e que foi explanada no trabalho de Duarte et al. (2008) no qual afirmam que entre os idosos brasileiros 77,1% referem ser católicos, 14,8% evangélicos e os 8,1% restantes seguem outras formas de expressão religiosa. Mencionam ainda que a importância atribuída à religião aumenta com o avançar da idade, podendo estar relacionado com a aproximação do fim da vida e a busca de respostas e apoio emocional que, muitas vezes, é encontrado nas religiões ou crenças.

A próxima tabela retrata a caracterização dos participantes quanto o número e o grau de parentesco das pessoas com as quais convivem, bem como, os antecedentes clínicos pessoais.

Tabela 03 – Caracterização dos participantes quanto o número e o grau de parentesco das pessoas residentes no domicílio e antecedentes clínicos pessoais

Variáveis	F	%
Número de pessoas residentes no domicílio		
Nenhum	01	2,5%
De 1 a 2	26	65,0%
De 3 a 4	11	27,5%
De 5 a 6	05	5,0%
Grau de parentesco entre os residentes no domicílio		
Companheiro	21	32,8%
Filhos	32	50,0%
Outros	11	17,2%
Antecedentes clínicos pessoais		
Alcoolismo	09	8,3%
AVE	04	3,6%
Cirurgias	30	27,3%
Convulsão	01	0,9%
Diabetes	13	11,8%
Doença cardíaca	08	7,3%
Doença mental	05	4,5%
Doença renal	05	4,5%
Doença respiratória	02	1,8%
Hipertensão arterial	33	30,0%

Outra variável pesquisada neste estudo diz respeito ao número de pessoas com as quais os participantes convivem a nível domiciliar. Desta forma, de acordo com a tabela acima percebe-se que 65% da amostra residem com uma e/ou até duas pessoas; 27,5% moram com 3 a 4 pessoas; outros 5% residem com 5 ou 6 pessoas e apenas 2,5% referiram morar sozinhos.

Dos idosos que residem com mais de uma pessoa em seu domicílio, ao serem interrogados sobre o vínculo afetivo que mantinham com esses indivíduos, 32,8% relataram a presença de seus cônjuges, 50% afirmaram a presença de filhos e 12,5% relataram a presença de outros membros como netos e sobrinhos.

Quanto à descrição dos antecedentes clínicos, a maioria dos entrevistados (30%) referenciou a hipertensão arterial como condição clínica progressiva prevalente entre eles. Boa

parte da amostra (27,3%) também relatou já ter sido submetido à intervenção cirúrgica em algum momento de sua vida. Um grupo relatou a presença de diabetes (11,8%) no histórico médico e alguns participantes (8,3%) afirmaram ainda o etilismo como estilo de vida praticado durante muitos anos.

Outros fatos de importância ao passado clínico também foram mencionados como a presença de doença cardíaca (7,3%), problemas renais (4,5%), doença mental (4,5%), acidente vascular encefálico (AVE – 3,6%), problemas respiratórios (1,8%) e convulsões (0,9%).

Esses dados reforçam as menções que o processo de envelhecimento traz ao organismo, como o desgaste natural das estruturas orgânicas que passam por transformações que, com o progredir da idade, acabam por favorecer o aparecimento dos processos degenerativos, ocasionando o possível surgimento de doenças crônicas e/ou determinando o idoso a uma condição física frágil e sensível.

5.2 DADOS REFERENTES AO OBJETIVO DA PESQUISA

Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos conforme apontado em Cascaes, Falchetti e Galato (2008). Tal afirmativa pode ser corroborada com os resultados dessa pesquisa, nos quais todos os idosos relataram apresentar uma ou mais doenças, o que pode ser visualizado na tabela abaixo:

Tabela 04 – Problemas de saúde prevalentes entre os idosos

Doença	f	%
Hipertensão arterial	33	42,3%
Diabetes	04	15,4%
Doença osteomuscular	09	11,6%
Doença mental ou neurológica	06	7,7%
Doença cardiovascular	06	7,7%
Doença gastrointestinal	08	10,2%
Doença respiratória	01	1,3%
Doença renal	03	3,8%

Conforme observado na tabela acima, a hipertensão arterial se mostrou a mais comum entre doenças referidas pelos idosos, representando 42,3% das manifestações patológicas apresentadas. Outra patologia que merece destaque refere-se ao diabetes mellitus, no qual apresentou uma porcentagem de 15,4% dos problemas prevalentes entre os idosos. Outras

patologias também foram listadas, tais como: problemas osteomusculares (11,6%), doenças do aparelho digestivo (10,2%), doença mental (7,7%), doenças cardiovasculares (7,7%), doença renal (3,8%) e, por último, problemas respiratórios (1,3%).

Desta forma percebe-se que tais condições levam os idosos a fazerem uso de um ou mais tipos de medicações, fato este constatado no presente estudo quando interrogados os idosos acerca do uso de medicação prescrita pelo médico. Considerando-se a hipertensão arterial e o diabetes mellitus como principais patologias que acometem os idosos, observa-se que entre as prescrições médicas, o uso de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes lidera a lista de medicamentos mais utilizados pelos idosos participantes do estudo.

No mais, ao serem abordados acerca da observância das orientações médicas exigidas quanto à forma de uso das medicações, 37 dos 40 idosos afirmaram seguir corretamente as instruções médicas. O restante (n = 3) relatou não seguir corretamente as indicações médicas por esquecimento, principalmente quanto o horário de tomar a medicação.

Apesar da perda parcial ou até mesma definitiva da memória ser uma condição, às vezes, presentes na terceira idade, os idosos da pesquisa relataram o esquecimento dos horários de tomar a medicação pelo fato de terem uma vida corrida e porque muitos preferem fazer suas atividades rotineiras nos horários que coincidem com os estabelecidos pelo médico para fazer o uso dos medicamentos.

Seguindo a prerrogativa proposta por Sousa; Silva e Sousa Neto (2008) de que a automedicação é uma forma comum de auto-atenção à saúde, consistindo no consumo de um produto com o objetivo de tratar ou aliviar sintomas ou doenças percebidas, ou até mesmo de promoção da saúde, independentemente da prescrição profissional, esse comportamento foi intensamente referido como prática comum realizada pela grande maioria dos participantes (90%) como pode ser observado na figura a seguir:

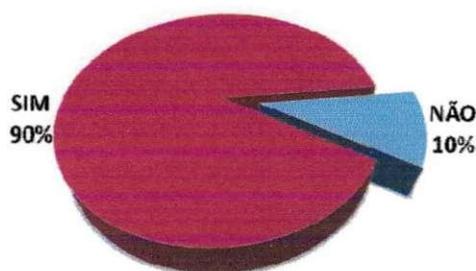


Figura 01- Descrição da prática da automedicação nos participantes do estudo

A automedicação constitui uma prática universal, presente nas mais diversas sociedades e culturas, independentemente do grau de desenvolvimento socioeconômico das mesmas. A prevalência da automedicação no presente estudo é semelhante àquela encontrada em outros estudos, já desenvolvidos no Brasil, como o de Sá; Barros e Sá (2007) que constatou em sua pesquisa que dos sujeitos submetidos à análise, 77% evidenciaram fazer o uso de medicamentos sem receita médica.

Entre aqueles que fazem utilização de medicamentos sem prescrição médica houve predomínio no uso da dipirona sódica (34%), seguida do diclofenaco de sódio ou potássio (27,4%), paracetamol (23,8%), nimesulida (2,4%), suplemento vitamínico ou mineral (3,6%), ácido acetilsalicílico (1,2%) e dimeticona (1,2%). Destaca-se ainda que estes índices referem-se às medicações mais utilizadas pela amostra sem orientação médica e que boa parte dos pesquisados relatou fazer o uso de uma ou mais das medicações apresentadas na próxima tabela:

Tabela 05 – Medicamentos mais utilizados sem prescrição médica pelos idosos da pesquisa

Medicamento	F	%
Dipirona sódica	34	30,4%
Diclofenaco de sódio ou potássio	23	27,4%
Paracetamol	20	23,8%
Suplemento vitamínico ou mineral	03	3,6%
Nimesulida	02	2,4%
Dimeticona	01	1,2%
Ácido acetilsalicílico	01	1,2%

A maioria dos trabalhos realizados sobre o tema automedicação relata o uso principalmente de medicamentos analgésicos e antipiréticos que são medicamentos de venda livre. Os achados do presente estudo corroboram com tais estudos já que o uso dos medicamentos classificados como analgésicos e antipiréticos (dipirona sódica, paracetamol, nimesulida, ácido acetilsalicílico, diclofenaco de sódio e potássio) correspondem a 85,2% de todas as medicações tomadas sem prescrição médica por parte dos entrevistados.

Ademais, procurou-se conhecer a frequência com que esses indivíduos se automedicam, e com isso, constatou-se que 89,5% dos idosos fazem uso dessas medicações esporadicamente e apenas na presença de sintomas como dor e/ou febre. Alguns ainda evidenciaram fazer o uso de suplementos vitamínicos e minerais diariamente (10,5%).

Quando indagados sobre os motivos que os levaram a utilizar medicamentos sem orientação médica, observou-se que 30,4% dos participantes afirmaram já conhecerem as indicações e os efeitos destes medicamentos através de prescrições médicas anteriores. Outros (23,8%), no entanto, afirmaram aderir a tal prática por não procurarem assistência médica em situações clínicas simples como dor ou febre, preferindo tratar tais sintomas no próprio domicílio.

Contudo, 27,4% dos idosos apontaram que o motivo principal que os induziram a usar medicação sem prescrição consiste na dificuldade enfrentada para realizar uma consulta médica, como filas longas e, por muitas vezes, a falta do profissional médico no estabelecimento de saúde. Existe ainda o grupo daqueles que apresentaram algum comprometimento físico decorrente do processo de envelhecimento (4,8%), apoiando-se nessa condição para não procurarem auxílio médico e se automedicarem. A indicação de medicamentos por parte de outros profissionais de saúde, amigos e familiares também foi citado por parte dos participantes (2,4%) como pode ser visto na tabela a seguir:

Tabela 06 – Motivos que contribuíram para a adesão dos idosos a automedicação.

Motivos para a automedicação	f	%
Conhecimento prévio quanto às indicações e os efeitos desses medicamentos	14	30,4%
Dificuldade no acesso aos serviços de saúde	13	27,4%
Não acha necessário procurar assistência médica para sintomas simples	10	23,8%
Condição física comprometida, inviabilizando a frequência em consultas médicas	02	4,8%
Indicação de outros profissionais de saúde, amigos e parentes	01	2,4%

Mesmo que a automedicação algumas vezes possa apresentar suas vantagens por ser de fácil acesso evitando assim a consulta médica, que tem um desgaste elevado, e também por aliviar certos sintomas de dor e mal-estar leve, essa deve ser realizada de maneira responsável e sempre avaliando o risco/benefício que essa conduta pode trazer ao indivíduo.

Os idosos participantes do estudo pesquisa descreveram principalmente a praticidade e o reconhecimento do transtorno como um problema simples como motivação para a prática da automedicação. Contudo, para a realização desta escolha os idosos recorrem principalmente à orientação de terceiros (amigos, vizinhos e familiares) ou até mesmo a prescrição médica anterior, o que foi descrito também no trabalho de Sá; Barros e Sá (2007). Este fato muitas

vezes pode trazer problemas ao idoso uma vez que nem sempre a escolha do medicamento é a mais adequada à sintomatologia do paciente, aos problemas de saúde que apresenta ou mesmo aos outros medicamentos que são utilizados. Este último critério deve ser avaliado em especial a esta população que é polimedicada, fato este observado neste estudo.

Quanto à forma de aquisição desses medicamentos, a grande maioria (72%) dos idosos afirmou ter acesso a esses medicamentos através de farmácias. Os demais participantes adquiriram através de supermercados (10%) ou com os próprios familiares (18%). Tais achados são descritos na figura a seguir:

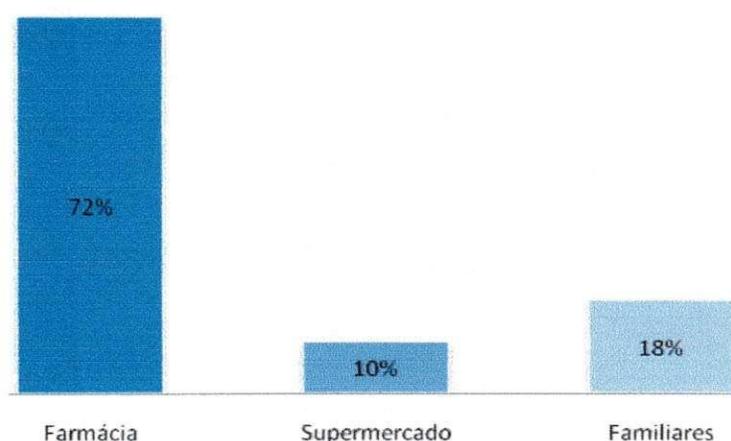


Figura 02 - Formas de aquisição dos medicamentos pelos idosos

Embora a ANVISA regulamente a venda e a propaganda de medicamentos em âmbito nacional, muitos estabelecimentos comerciais não especializados como supermercados e mercearias continuam a comercializar esse tipo de produto, sendo notável principalmente nos pequenos centros urbanos onde a fiscalização por parte da agência e da vigilância sanitária é quase inexistente.

Esse fato, juntamente com a não observância das diretrizes da ANVISA por parte das farmácias no que diz respeito à venda racional de medicamentos, aumenta o acesso por parte da população a certos compostos terapêuticos disseminando e até mesmo incentivando a prática da automedicação, o que foi comprovado neste estudo.

Quando interrogados sobre a presença de reações adversas advindas da automedicação, todos os idosos negaram a presença de qualquer sinal indicativo de reações indesejáveis.

Merece relevância nesse estudo, a resposta dos idosos quando indagados sobre os possíveis riscos que a utilização irracional de medicamentos pode trazer para a sua saúde.

Apenas 5 (12,5%) dos 40 idosos pesquisados afirmaram que o uso irregular de alguns medicamentos podem comprometer ou agravar seu estado de saúde, porém não souberam especificar essas manifestações e/ou riscos.

Tal fato não pode passar despercebido, uma vez que sendo elevado o consumo de medicamentos no cotidiano da população idosa, é comum que estes apresentem como consequência, os freqüentes problemas relacionados à farmacoterapia (reações adversas, interações, utilização errada, tratamento inadequado, etc.), ocorrendo maiores agravos diante aos processos patológicos e/ou as mudanças fisiológicas próprias da idade (CASCAES; FALCHETTI; GALATO, 2008). Portanto, como a maioria dos idosos relatou não possuir nenhum conhecimento a respeito de reações adversas ou das manifestações clínicas decorrentes do uso abusivo de medicamentos, muitos dos sintomas relacionados a efeitos adversos e as interações medicamentosas podem ser ignorados pelos idosos ou até mesmo passarem a ser tratados como uma alteração fisiológica comum decorrente do processo de envelhecimento.

Programas de promoção da saúde do idoso são cada vez mais necessários, devido ao crescente aumento dessa faixa etária em todo o país. Do ponto de vista gerontológico, ações de promoção da saúde aos idosos têm como pilar, a promoção do envelhecimento ativo e saudável, preservando ao máximo sua capacidade funcional. Isso requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população, ou seja, é necessário trabalhar com a idéia de que promover a saúde é um dever de todos (ASSIS; HARTZ; VALLA, 2004).

A ESF atualmente é tida como mecanismo principal de organização da atenção básica no Brasil. Ações de proteção, promoção, recuperação da saúde e prevenção de doenças são desenvolvidas com enfoque multiprofissional, entre os integrantes da equipe está o profissional de enfermagem, que tem uma grande responsabilidade na promoção da saúde do idoso.

Para os idosos a promoção da saúde é tão importante quanto para as outras faixas etárias, apesar de um grande número de idosos apresentarem uma ou mais doenças crônicas e exibirem limitações em suas atividades; a promoção da saúde apresenta-se de forma positiva, uma vez que os idosos apresentam ganhos significativos para sua saúde, essas limitações e incapacidades não podem ser eliminadas, contudo, os idosos podem beneficiar-se ao máximo das ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros do ESF, que os ajudam a manter a sua independência e um envelhecimento saudável, melhorando assim sua qualidade de vida.

A frequência com que os participantes vão a Unidade de Atenção Básica também foi questionada no estudo e, todos os participantes afirmaram freqüentar tal instituição mensalmente. No tocante as atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde para a conscientização do uso racional de medicamentos, todos os idosos relataram nunca ter sido abordado sobre o tema em consultas, seja médica ou de enfermagem.

Quanto às orientações que recebem do profissional de enfermagem acerca da utilização das medicações prescritas pelo médico, 77,5% dos pesquisados relataram ter sido orientados pelo enfermeiro quanto os horários de uso das medicações prescritas. O restante (22,5%) não mencionou essa prática durante o contato que tiveram com este profissional.

Ainda sobre a consulta de enfermagem realizada com esse grupo, buscou-se conhecer se o enfermeiro da Unidade de Atenção Básica transmite alguma orientação sobre os riscos que a prática da automedicação traz a saúde e, apenas um participante relatou essa conduta por parte do profissional. A grande maioria (n = 39) afirmou nunca ter recebido qualquer orientação voltada a esse assunto, sendo que os motivos mais citados pelos pesquisados quanto a essa alienação por parte do profissional foram: falta de tempo e interesse por parte do profissional em debater o tema (76,9%); pouco contato com o enfermeiro nas vezes que vão a Unidade de Atenção Básica (17,9%); e por acharem o tema irrelevante e que não necessita tanta atenção por parte desse profissional (5,2%). Tais achados são apresentados na tabela a seguir.

Tabela 07– Motivos que contribuem para a não orientação por parte do profissional de enfermagem acerca da automedicação

Motivos que levam o profissional de enfermagem a não abordar o tema automedicação em suas consultas	%
Falta de iniciativa, interesse ou motivação por parte do profissional	76,9%
Pouco contato com o enfermeiro	17,9%
Tema irrelevante	5,2%

O médico tem papel relevante na prática da automedicação, pois é a fonte de indicação de todos os medicamentos. Mas por causa da grande demanda de atendimento, esse profissional é sobrecarregado, passando a preferir a prescrição ao invés da orientação como abordagem terapêutica principal, levando a falsa impressão à população de que só a medicação trás benefícios efetivos aos problemas de saúde.

Nesse contexto, o enfermeiro pode se sobressair já que sua formação o torna um educador por excelência, pois o cuidar se sustenta sobre a prática da orientação e da conscientização dos indivíduos. Cabe então a esse profissional a incessante tarefa de sempre atualizar sua clientela quanto aos principais problemas de saúde decorrentes do estilo de vida que cada um escolhe.

Mas a realidade desse profissional contrasta com seu papel principal, o cuidar. Na maioria dos casos, a ESF atribui ao enfermeiro o papel de administrador, o alienando assim de muitos problemas apresentados pela sua clientela, além de sobrecarregá-lo com afazeres meramente burocráticos. Estaria aí um dos possíveis motivos que levaria o profissional de enfermagem a não orientar a população quanto aos riscos da automedicação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os idosos caracterizam-se como pessoas com diversos problemas crônicos de saúde e que utilizam medicamentos, fazendo na sua maioria o uso de um ou mais fármaco diariamente. E a adoção da automedicação é uma prática descrita dentro do autocuidado, sendo adotada pela grande maioria deste grupo populacional.

O uso inadequado de substâncias e até mesmo drogas consideradas simples pela população, como os medicamentos de venda livre, tais como analgésicos e antitérmicos, podem acarretar diversas conseqüências, como: reações de hipersensibilidade, resistência bacteriana; camuflar sintomas de relevância clínica relacionados a patologias mais complexas; dependência do medicamento; dentre outros.

A confiança da população entrevistada quanto à automedicação é altamente preocupante, principalmente quando associada ao relevante número de pessoas que afirmaram dificuldade de acesso à assistência médica. A falta de recursos orçamentários adequados destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), bem como o número insuficiente de médicos nas Unidades de Saúde da Família em certas localidades do país podem estar associados a essa dificuldade de acesso enfrentada pela população, isso acaba gerando um aumento nos índices da automedicação entre a população.

Não há como eliminar a automedicação da sociedade. Há, contudo, meios para minimizá-la. Programas de orientação para profissionais de saúde, em especial os médicos e os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, que visem formas e meios de abordar o tema em nível de coletividade; programas de incentivo às políticas públicas para adequação de estrutura e recursos humanos em todas as Unidades de Saúde da Família e estímulos de fiscalização apropriada, da divulgação e da venda de medicamentos sem prescrição médica.

Assim, é justificável adotar constantes procedimentos de esclarecimento à população sobre o tema e maximizar o acesso ao atendimento médico público. Educar a população no uso racional de medicamentos é função de todos os profissionais da saúde, em especial os médicos e os enfermeiros, e deve ser utilizada como estratégia para reduzir a automedicação nesta população e, conseqüentemente, muitos dos problemas relacionados à farmacoterapia.

7 REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, A. O. *Velhos Institucionalizados e Família: entre abafos e desabafos*. São Paulo: Alínea, 2004.

ASPERHEIM, M. K. *Farmacologia para enfermagem*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ASSIS, M. de; HARTZ, Z. M. A.; VALLA, V. V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Rev: Ciênc. saúde coletiva*. 2004, v. 9, n. 3. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n3/a05v09n3.pdf>>. Acesso em: 19 de Nov. 2010

BARROS, A. R. R.; GRIEP, R. H.; ROTENBERG, L. Automedicação entre os trabalhadores de enfermagem de hospitais públicos. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 17, n. 6, nov-dez. 2009. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 01 nov. 2010.

BORTOLON, P. C.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; ASSIS, M. 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. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 05 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação*. Brasília, DF, 2005b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, jan/jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 21 out. 2010.

CARVALHO FILHO, E. T. de; PAPALÉO NETTO, M. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

CASCAES, E. A.; FALCHETTI, M. L.; GALATO, D. 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. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 21 out. 2010.

DUARTE, Y. A. O. *O processo de envelhecimento e a assistência ao idoso*. 2001. Disponível em: <<http://idssaude.uol.com.br>>. Acesso em: 13 set. 2010.

FERRAZ, S. T. et al. Comportamento de uma amostrada população urbana de Juiz de Fora – MG perante a automedicação. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 34, n. 3, p. 185-190, jul/set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 05 jun. 2010.

GANDOLFI, E.; ANDRADE, M. G. G. Eventos toxicológicos relacionados a medicamentos no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*, v. 40, n. 6, p. 1056-1064, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 05 jun. 2010.

GÓIS, A. L. B.; VERAS, R. P. Fisioterapia domiciliar aplicada ao idoso. *Rev. Bra. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28 mar. 2010.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: v.23, n.3, p. 565-574, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19 nov. 2010.

JARDIM, V. C. F. S.; MEDEIROS, B. F.; BRITO, A. M. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28 mar. 2010.

LOYOLA FILHO, A. I. et al. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 545-553, mar-abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 nov. 2010.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MELO, D. O. de; RIBEIRO, E.; STORPIRTIS, S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. *Rev. Bras. Cienc. Farm.* São Paulo, v. 42, n. 4, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28 mar. 2010.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MUSIAL, D. C.; DUTRA, J. S.; BECKER, T. C. A. A automedicação entre os brasileiros. *Rev. Saúde e Biol. Campo Mourão*, v. 2, n. 2, p. 5-8, jul/ dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 nov. 2010.

OHARA, E. C. C. (Org.) et al. *Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade*. São Paulo: Martinari, 2008.

PRESTES, M. L. de M. *A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia*. 2. ed. São Paulo: Rêspel, 2003.

RENATO, M.G.; ULISES, G.V. *Sinais e sintomas em Geriatria*. Rio de Janeiro: Revinter. 1989.

RICHARDSON, J. R. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1999.

SÁ, M. B.; BARROS, J. A. C.; SÁ, M. P. B. O. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v. 10, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 nov. 2010.

SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência e Saúde coletiva*. v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 nov. 2010.

SOUSA, H. W. O.; SILVA, J. L.; SOUSA NETO, M. A importância do profissional farmacêutico no combate à automedicação no Brasil. *Revista Eletrônica de Farmácia*, v. 1, p. 67-72, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 set. 2010.

VASCONCELOS, E. M. Formar bons lutadores para a saúde. *Nós da Rede - Boletim da Rede de Educação Popular e Saúde*, Recife, n. 7, p. 2-3, dez. 2004.

VEIGA JÚNIOR, V. F. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. *Revista Brasileira de Farmacologia*, v. 18, n. 2, p. 308-313, abr/jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 set. 2010.

VOSGERAU, M. Z. S.; SOARES, D.; SOUZA, R. Automedicação entre Adultos na Área de Abrangência de uma Unidade Saúde da Família. *J. Lat. Am. Pharm*, v. 27, n. 6, p. 831-838, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 24 out. 2010.

APÊNDICES

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

A. Dados sócio-demográficos

Idade: ___ anos

Gênero: M F

Escolaridade: Sem estudos Primeiro grau incompleto

Primeiro grau completo Segundo grau incompleto

Segundo grau completo Superior incompleto

Superior completo Outros: _____

Estado Civil: Solteiro (a) Casado (a) Viúvo (a)

Divorciado (a) Outros: _____

Profissão: _____

Renda Familiar: até 1 salário mínimo de 1 a 2 salários mínimos

de 2 a 5 salários mínimos acima de 5 salários mínimos

Religião: _____

Quantas pessoas moram com você? _____

Quem são elas? filhos companheira (o) outros: _____

Antecedentes: AIDS Alcoolismo AVC

Cirurgias realizadas Convulsões

Diabetes Doença cardíaca Doença mental

Doença renal Droga Hipertensão Arterial

Problemas respiratórios Outros: _____

B. Dados específicos

O (a) senhor (a) é acometido por alguma doença!

Sim Não

Se sim, qual (ais):

O (a) senhor (a) faz uso de alguma medicação prescrita pelo médico!

Sim Não

Se sim, qual (ais):

Segue corretamente as orientações prescritas pelo médico!

Sim Não

Se não, por que:

O (a) senhor (a) toma alguma medicação sem orientação médica?

sim Não

Se sim, qual (ais) e com que frequência:

Por que faz uso de medicação sem orientação médica!

O que te levou a fazer uso dessas medicações sem prescrição médica!

Quem o indicou essas medicações: _____

Como adquiriu esses medicamentos?

na farmácia através de familiares com vizinhos
 através de amigos outros: _____

Já sentiu alguma reação adversa resultante desses medicamentos!

Sim Não

Se sim, o que fez:

Você acha que essas medicações sem prescrições médicas podem trazer algum risco a sua saúde?

sim Não

Se sim, quais e por que?

Com que frequência procura a Estratégia Saúde da Família!

Na Unidade de Saúde já foram realizadas atividades que envolvessem a orientação quanto ao uso racional dos medicamentos?

Sim Não

O (a) Enfermeiro (a) da unidade orienta quanto ao uso de medicações prescritas pelo médico?

sim Não

Quais são as orientações passadas pela (o) enfermeira (o)?

O (a) enfermeiro (a) orienta sobre os riscos da automedicação!

Sim Não

Se sim, quais as orientações:

Se não, comente a respeito:

ANEXOS

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

**Titulo da Pesquisa: A PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO NA TERCEIRA IDADE:
um estudo com idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família**

Eu, **ARIELI RODRIGUES NÓBREGA VIDERES**, Enfermeira, Professora da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG: 2654426 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

Cajazeiras, _____ de _____ de 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

**TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM
CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 do CNS**

**Pesquisa: A PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO NA TERCEIRA IDADE: um estudo
com idosos atendidos na E estratégia Saúde da Família**

Eu, **Arieli Rodrigues Nóbrega Videres**, Enfermeira, Professora da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG: 2654426 SSP-PB e CPF: 04875721498 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

ORIENTADOR

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **A PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO NA TERCEIRA IDADE: um estudo com idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família.**

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

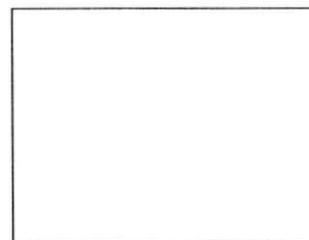
O trabalho **A PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO NA TERCEIRA IDADE: um estudo com idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família** terá como objetivo geral conhecer a prática da automedicação na terceira idade a partir de relatos de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família.

Ao voluntário só caberá a autorização para responder um roteiro de entrevista semi-estruturado 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) 88410524 com **ARIELI RODRIGUES NÓBREGA VIDERES.**
- 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.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante



Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

PREFEITURA DE SÃO JOÃO DO RIO DO PEIXE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**A PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO NA TERCEIRA IDADE: um estudo com idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família**” desenvolvido pela aluno Cícero Mendes do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____.

Gerente de Atenção à Saúde

Secretaria Municipal de Saúde de São João do Rio do Peixe, Paraíba.

CENTRO DE SAÚDE

CNES 2603705

RUA JOAQUIM SARAFIM FORMIGA S/N

SÃO JOÃO DO RIO DO PEIXE - PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**A PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO NA TERCEIRA IDADE: um estudo com idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família**” desenvolvido pela aluno Cícero Mendes do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____.

Enfermeira do Centro de Saúde



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO CAAE Nº: 0532.0.133.000-10

PARECER

X APROVADO

NÃO APROVADO

PENDENTE

TÍTULO: A prática da automedicação na terceira idade: um estudo com idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família.

PESQUISADOR: Arieli Rodrigues Nóbrega Videres

ORIENTANDO: Cícero Vieira Mendes

DESCRIÇÃO: Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem quantitativa. Tem como objetivo geral “ Conhecer a prática da automedicação na terceira idade a partir de relatos de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família”. Durante o desenvolvimento da pesquisa, a pesquisadora adotará os princípios éticos dispostos na RESOLUÇÃO 196/96 do CNS/MS. Neste sentido, sou favorável à aprovação do projeto, salvo melhor juízo.

Campina Grande, 16 de novembro de 2010.

Relator: 04

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

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