

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

**Caracterização das condições de saúde e presença de polifarmácia em
idosos institucionalizados**

Cristine Melania Gatto

Passo Fundo

2017

Cristine Melania Gatto

Caracterização das condições de saúde e presença de polifarmácia em idosos
institucionalizados

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação
Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo,
como requisito parcial para obtenção de título de Mestre
em Envelhecimento Humano.

Orientador:

Prof. Dra. Lia Mara Wibelinger

Coorientador:

Profa. Dra. Telma Elita Bertolin

Passo Fundo

2017

CIP – Catalogação na Publicação

G263c Gatto, Cristine Melania
Caracterização das condições de saúde e presença de
polifarmácia em idosos institucionalizados / Cristine Melania
Gatto. – 2017.
88 f.; 30 cm.

1.Orientadora: Profa. Dra. Lia Mara Wibelinger.
2.Coorientadora: Profa. Dra. Telma Elita Bertolin.
3.Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano)
– Universidade de Passo Fundo, 2017.

1. Envelhecimento. 2. Idosos - Saúde e higiene. 3. Idosos
institucionalizados. 4. Medicamentos. I. Wibelinger, Lia Mara,
orientadora. II. Bertolin, Telma Elita, coorientadora. III. Título.
CDU: 613.98

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



PPGEH

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação:

**"Caracterização das condições de saúde e presença de polifarmácia
em idosos institucionalizados"**

Elaborada por

CRISTINE MELANIA GATTO

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
"Mestre em Envelhecimento Humano"

Aprovada em: 25/08/2017
Pela Banca Examinadora


Prof. Dra. Lia Mara Wibelinger
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora - UPF/PPGEH


Prof. Dra. Patrícia Chagas
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM


Prof. Dra. Marlene Rodrigues Portella
Universidade de Passo Fundo - UPF/PPGEH


Prof. Dr. Luciano de Oliveira Siqueira
Universidade de Passo Fundo - UPF/ICB

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, em especial aos meus pais Caitano e Marilene, que sempre me apoiaram e me incentivaram em seguir na vida acadêmica. Por me oferecerem a oportunidade de realizar o título de mestre, acreditando e respeitando minhas decisões e não permitindo que nenhuma dificuldade me fizesse desistir.

AGRADECIMENTOS

Quero aqui, expôr minha gratidão a todos que de uma maneira ou outra contribuíram para a conclusão deste trabalho:

À Deus, pela vida. Por me manter firme na fé, com saúde mental e espiritual, para que assim, através do equilíbrio psicológico, pudesse contribuir com meus conhecimentos dentro da área da pesquisa.

Às professoras Dra. Lia Mara Wibelinger e Dra. Telma Elita Bertolin pelas orientações, aprendizados e oportunidades. Em especial, à Dra. Lia Mara, pelas palavras de incentivo, paciência, tempo dedicado, troca de ideias, ensinamentos e orientações. Pelo exemplo de pessoa e profissional que és. Agradeço, acima de tudo, pela amizade e parceria.

Ao fisioterapeuta, colega e amigo Matheus Jorge, pelo auxílio, paciência e disponibilidade. Serei imensamente grata pelo tempo que dedicastes me ajudando.

Aos meus familiares, em especial aos meus pais, pelo apoio, compreensão nos momentos de ausência, carinho e incentivo.

EPIGRAFE

“Bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito para ser insignificante.” (Augusto Branco).

RESUMO

GATTO, Cristine Melania. Caracterização das condições de saúde e presença de polifarmácia em idosos institucionalizados. 2017. 88 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo (RS), 2017.

Objetivo: Caracterizar as condições de saúde dos idosos institucionalizados, relacionar a ocorrência de doenças crônicas com o uso de medicamentos, verificar a ocorrência de polifarmácia e identificar o uso de benzodiazepínicos entre os idosos residentes nas Instituições de longa permanência do município de Passo Fundo. Método: estudo de corte transversal, de base populacional em que participaram 222 pessoas com 60 anos e mais. A amostra teve um predomínio do gênero feminino, cor da pele branca, 80 anos ou mais, baixa escolaridade e viúvas. Verificou-se um declínio de cognição, presença de doenças crônicas, prática de polifarmácia (definida como uso de 5 medicamentos ou mais) e uso de benzodiazepínicos. Para verificar as variáveis sociodemográficas, condições de saúde e acesso aos medicamentos e polifarmácia, realizou-se Teste qui-quadrado, de Pearson e exato de Fisher. O nível de significância adotado foi de 5%. Resultado: Apresentou-se um declínio cognitivo de 63,5% entre os entrevistados. Das doenças crônicas, 53,8% Hipertensão arterial sistêmica (HAS), 47,6% demências, 34,8% dores crônicas 33,0%, insônia e 32,7% depressão, estão diretamente relacionadas com a polifarmácia. A prevalência de polifarmácia foi de 74,5%. Não foram identificadas associações estatisticamente significantes entre declínio cognitivo e uso de benzodiazepínicos, o declínio cognitivo mostrou-se nos indivíduos que não faziam uso de benzodiazepínicos. Conclusão: Neste estudo, muitos problemas são encontrados como presença de polifarmácia, diminuição do nível cognitivo, ocorrência de doenças crônicas nos idosos intitucionalizados apresentando subsídios para atenção aos idosos institucionalizados. Porém, torna-se necessário aprofundar pesquisas envolvendo os idosos em condição de institucionalização e enfatizando a polifarmácia.

Palavras-chave: 1. Envelhecimento Humano. 2. Condições de Saúde. 3. Instituição de Longa Permanência para Idosos. 4. Medicação.

ABSTRACT

GATTO, Cristine Melania. Characterization of health conditions and presence of polypharmacy in institutionalized elderly. 2017. 88 f. Dissertation (Masters in Human Aging) – University of Passo Fundo, Passo Fundo (RS), 2017.

Objective: To characterize the health conditions of the institutionalized elderly, to relate the occurrence of chronic diseases with the use of medication, to verify the occurrence of controversy and to identify the use of benzodiazepines among elderly people living in long-stay institutions for the elderly in the city of Passo Fundo. Method: cross-sectional, population-based study involving 222 people aged 60 years and over. A sample with a predominance of the female gender, with white skin color, above 80 years, low schooling and widows. There was a decline in knowledge, presence of chronic diseases, practice of polypharmacy (such as using 5 or more drugs) and use of benzodiazepines. In order to verify sociodemographic variables, health conditions and access to medicines and medicines, a Pearson's Chi-square test and a Fisher's exact test were used, and a linear trend was used in the crude analysis and binary logistic regression model in the adjusted analysis, with measures of effect Expressed in odds ratio. The level of significance was 5%. Results: There was a cognitive decline of 63.5% among interviewees. Of the chronic diseases, 53.8% SAH, 47.6% dementia, 34.8% chronic pain, 33.0% insomnia and 32.7% depression, are directly related to polypharmacy. The prevalence of polypharmacy was 74.5%. No statistically significant associations were identified between cognitive decline and benzodiazepine use, cognitive decline was found in those who did not use benzodiazepines. Conclusion: In this case, many problems were encountered and several sets for health services due to the need for qualified professionals and the lack of support programs for long-term care institutions for the elderly (ILPI). This study contributes to the construction of public policies that act on the health conditions of the elderly, promoting well-being, independence and vitality. However, it is necessary to deepen research involving the elderly in the condition of institutionalization and emphasizing polypharmacy.

Key words: 1. Aging. 2. Health conditions. 3. Long-term institution for the elderly. 4. Medication.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização do perfil sociodemográfico dos idosos institucionalizados em municípios do interior do Rio Grande do Sul, Brasil, 2017	35
Tabela 2 - Condições de saúde dos idosos institucionalizados em municípios do interior do Rio Grande do Sul, Brasil, 2017	36
Tabela 3 - Ocorrência de polifarmácia e medicamentos utilizados pelos idosos institucionalizados em municípios do interior do Rio Grande do Sul, Brasil, 2017.....	37
Tabela 4 - Relação entre a ocorrência de polifarmácia e as condições de saúde dos idosos institucionalizados em municípios do interior do Rio Grande do Sul, Brasil, 2017.....	38
Tabela 5 - Relação entre o uso de benzodiazepínicos e as condições de saúde dos idosos institucionalizados em municípios do interior do Rio Grande do Sul, Brasil, 2017.....	40

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AINE	Antiinflamatórios não-esteroides
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
IECA	Inibidores da enzima de conversão de angiotensina
ILPI	Instituição de longa permanência para idosos
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAM	Reação adversa medicamentosa
SNC	Sistema nervoso central
WHO	World Health Organization

LISTA DE SÍMBOLOS

\geq Maior ou igual

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1	<i>Condições de saúde.....</i>	17
2.2	<i>Aspectos cognitivos e físicos em idosos.....</i>	19
2.3	<i>Instituição de longa permanência para idosos.....</i>	21
2.4	<i>Benzodiazepínicos.....</i>	25
2.5	<i>Polifarmácia.....</i>	27
3	PRODUÇÃO CIENTÍFICA I.....	31
3.1	<i>Resumo.....</i>	31
3.2	<i>Abstract.....</i>	31
3.3	<i>Introdução.....</i>	32
3.4	<i>Métodos.....</i>	33
3.5	<i>Resultados.....</i>	35
3.6	<i>Discussão.....</i>	42
3.7	<i>Conclusão.....</i>	47
3.8	<i>Referências.....</i>	48
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
	REFERÊNCIAS.....	54
	ANEXOS.....	66
	<i>Anexo A. Questionário de coleta de dados.....</i>	67
	APÊNDICES.....	75
	<i>Apêndice A. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa.....</i>	76

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população cresce de forma progressiva, sendo considerado um fenômeno mundial. O envelhecimento humano envolve a história de vida, fatores genéticos, biológico, sociais, culturais e psíquicos dos indivíduos. Com o aumento da expectativa de vida, cresce também as doenças crônicas, favorecendo questões como incapacidade e dependência. É comum, que com o passar dos anos, ocorram perdas naturais e capacidades remanescentes, ou seja, um equilíbrio entre as potencialidades e limitações de cada idoso. A capacidade de cognição e desempenho são determinantes e estão relacionados à qualidade de vida dos idosos. Com sua capacidade diminuída, os idosos tornam-se cada vez mais sensíveis, necessitando de cuidados que os tornem mais ativos e saudáveis, estimulando-os ao autocuidado e independência. Devido as essas limitações, existem as Instituições de longa permanência para idosos (ILPI), que passam a ser alternativas de abrigos àqueles que não possuem cuidado estruturado dentro do âmbito familiar ou residem sozinhos. Cada ILPI apresenta serviços de internação, atendimento médico, acompanhamento multiprofissional e auxílio à assistência geral dos idosos. Diante do envelhecimento, ocorre um aumento no número de doenças crônicas, assim como dos medicamentos. As falhas ao cumprir s regimes terapêuticos são fatores que podem contribuir para o crescimento dos riscos no consumo de medicamentos, assim como a prescrição inadequada e a polifarmácia. Os benzodiazepínicos, psicotrópicos mais utilizados para funções: ansiolítica, hipnótica, anticonvulsivante e relaxante muscular, são utilizados para quadros de ansiedade, insônia e epilepsia, entretanto, são drogas que alteram os aspectos cognitivos e psicomotores do organismo. Polifarmácia é o termo utilizado para definir a o uso de 5 ou mais medicamentos diariamente. A prática de polifarmácia está associada a diversas consequências como toxicidade e efeitos colaterais, podendo levar a morbimortalidade. Porém, é normal que grande maioria da população idosa apresente entre duas a seis receitas médicas, tornando esta situação favorável para o surgimento de eventos adversos. Devido à alta complexidade das alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas presentes no processo de envelhecimento o idosos

2 REVISÃO DA LITERATURA

Considerado um fenômeno universal, o envelhecimento da população cresce de forma sucessiva e diversificada. Atualmente, cerca de 15 milhões de habitantes da população brasileira são idosos, ou seja, possuem 60 anos ou mais (CRUZ et al., 2015; GLENZ et al., 2015), tornando o país o quinto maior do mundo em população idosa. Previsões futuras indicam que haverá um aumento neste grupo de indivíduos nos próximos 30 anos, atingindo 63 milhões de idosos em 2050 (CAMARANO;KANSO, 2010). Além disso, também crescerá o número de idosos longevos, também denominados de “idosos mais idosos”, “muito idosos” ou “idosos em velhice avançada”, que são os sujeitos com 80 anos ou mais (CASSONI et al., 2014).

Por tratar-se de um país em desenvolvimento, o Brasil apresenta problemas socioeconômicos, tornando o aumento na expectativa de vida com qualidade um desafio para a saúde pública (VERAS, 2011). O crescimento significativo de indivíduos com 60 anos ou mais faz com que a sociedade compreenda e ajuste algumas necessidades exigidas nessa geração (MACIEL et al., 2015).

O envelhecimento humano envolve a história de vida, fatores genéticos, biológicos, sociais, culturais e psíquicos do indivíduo (BAPTISTA, 2014). Ao longo do tempo, ocorrem mudanças biológicas e fisiológicas do organismo, promovendo alterações da composição corporal e aumento do nível de marcadores inflamatórios, resultando no aparecimento de doenças crônicas, cardiovasculares, comorbidades, seguidas de mortes na população idosa. (KIM & KIM, 2013).

Envelhecer é um processo associado ao baixo índice de doenças, ao estado de saúde física e à longevidade. Também está associado à vida ativa, à participação na comunidade, ao bem-estar e à manutenção da máxima independência e da autonomia. A crescente proporção de idosos na população e a maior utilização de assistência de saúde

diversos, como é o caso dos ciclos de vida. Entre estes, encontra-se o acompanhamento ao indivíduo idoso (senicultura) que é de responsabilidade dos sistemas de atenção a saúde (MENDES, 2012).

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se diferenciam e com durações que variam. Diversas variáveis estão relacionadas e podem afetar as condições de saúde dos idosos, como a autopercepção de saúde, o uso de medicamentos, doenças físicas, práticas de atividades físicas e a presença de alterações cognitivas (NESPOLLO et al., 2017).

Autopercepção ou saúde-percebida é definida como um método de avaliação de saúde que se realiza por auto-julgamento subjetiva. É considerado um indicador de saúde, que está associado aos aspectos biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo. Recomendado pela Organização Mundial da Saúde como indicador de saúde e expectativa de vida da população (SILVA et al., 2017).

Diversos termos, como “envelhecimento ativo e saudável”, são usados para definir o bom envelhecimento (WITTER et al., 2013). Esta expressão foi adotada pela Organização Mundial da Saúde no final da década de 1990 para caracterizar o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Contudo, é comum à medida que envelhecemos que ocorrerem perdas naturais e capacidades remanescentes, ou seja, um equilíbrio entre as potencialidades e limitações de cada indivíduo (WITTER et al., 2013).

Embora a incapacidade das atividades de vida diária, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus* ainda sejam aspectos que impactem significativamente nas condições de saúde da população idosa brasileira, ao longo dos anos este grupo de indivíduos demonstrou tendências positivas em várias dimensões, tais como o aumento da boa autoavaliação da saúde e a diminuição da ocorrência de algumas doenças como a

artrite, as doenças cardiovasculares e a depressão. Atribui-se isto às mudanças no uso de serviços de saúde brasileiro, visto que a realização de três ou mais consultas médicas aumentou 21% entre 1998 e 2008 (LIMA et al., 2016).

O uso de medicamentos aumenta nesta população e esta utilização pode afetar a adesão a tratamentos, incluindo reações adversas medicamentosas, interações, complexidade do regime terapêutico, polifarmácia e toxicidades (BAZARGAN et al., 2017).

2.2 Aspectos cognitivos e físicos em idosos

Com o aumento da expectativa de vida dos brasileiros, aumenta, também, a ocorrência de doenças crônicas (WIBELINGER et al., 2011). Após os 60 anos, comumente, os indivíduos apresentam pelo menos uma patologia crônica e não transmissível responsável pela incapacidade e/ou dependência (BRITO et al., 2015).

As doenças mentais e as doenças físicas colaboram para a perda da autonomia e independência do idoso, gerando uma grande probabilidade de mortalidade. A demência e a depressão destacam-se como as principais causas de incapacidade funcional entre os idosos (GURIAN et al., 2012).

O envelhecimento é um processo que provoca mudanças naturais na estrutura e função do corpo, desencadeando doenças relacionadas à idade e com isso, reduzindo a vitalidade. Dentre muitos dos distúrbios que afetam a população idosa, a depressão, a ansiedade e o declínio da capacidade cognitiva causam um impacto negativo na qualidade de vida dos mais velhos (SILVEIRA;PORTUGUEZ, 2017).

A alta incidência de doenças crônicas compromete a qualidade de vida dos idosos, mostrando a importância de estudos que aprofundam mais sobre este assunto. Em um estudo transversal, Silva et. al. (2017), afirmam que, o envelhecimento populacional

causa um impacto negativo, pois apresenta um aumento na incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que são: Hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes *mellitus*, demência, insônia, cardiovascular, depressão, entre outras, que são as principais causas de incapacidade e mortalidade entre os idosos. Dentro das DCNT, as doenças mentais são as que causam maior incapacidade e prejudicam a qualidade de vida, causando um enorme impacto dentro dos âmbitos familiares. Entre elas, a depressão está relacionada a distúrbios de humor dos idosos porque envolve fragilidades, comorbidades, aspectos biológicos e psicológicos relativos a viuvez e aspectos sociais relacionados com a solidão (SILVA et al., 2017).

Assim como a depressão, HAS e diabetes são doenças crônicas que causam incapacidade, especialmente entre indivíduos mais velhos. Resultados de outros estudos mostram que as ações educativas eficazes das equipes multiprofissionais e adesão adequada aos medicamentos são de extrema importância para a qualidade de vida dos idosos portadores de doenças crônicas. Indivíduos com diagnóstico de HAS e diabetes, apresentam maior vulnerabilidade às comorbidades, pois submetem-se a tratamentos prolongados. Diante disso, é preciso direcionar a assistência a essa população (MASSA et al., 2016)

A capacidade cognitiva ou o desempenho das funções cognitivas são determinantes e estão relacionados à qualidade de vida dos idosos. As alterações ligadas à cognição podem gerar, além das perdas nas funções cognitivas, prejuízo no funcionamento físico, social e emocional (BECKERT et al., 2012). Geralmente, o declínio cognitivo, afeta vários domínios, tais como a memória, a atenção, a velocidade de processamento de informações e a execução de determinada função (RIMKUS., 2016).

As projeções de incidência e prevalência indicam que o número de pessoas com demência aumentará, principalmente, entre os mais velhos. O Mini Exame do Estado Mental (MEEM), foi considerado um teste de extrema importância para detectar o comprometimento cognitivo e demência desde 1975. Uma questão relevante e muito

importante em relação à da demência é que questões como a influência do nível educacional e cultural, interferem nos níveis de cognição dos indivíduos. A demência caracteriza-se por um declínio cognitivo progressivo e permanente, causado por diversas etiologias, que interfere nas atividades profissionais e sociais do indivíduo (GONDIM et al., 2017)

A população idosa apresenta maior taxa de doenças e incapacidade, visto que as sequelas físicas são causadas pelo próprio processo de envelhecimento, havendo necessidade da utilização de serviços de saúde (DOMICIANO et al., 2016).

O envelhecimento biológico está associado a mudanças na atividade das células, tecidos e órgãos, como também a redução da eficácia de um conjunto de processos fisiológicos. Ocorre o decréscimo do sistema neuromuscular, verificando-se a perda da massa muscular, debilidade do sistema muscular, redução da flexibilidade, da força, da resistência e da mobilidade articular, fatores que, por decorrência, determinam redução da capacidade de coordenação e de controle do equilíbrio estático e dinâmico (AZEVEDO et al., 2012).

Com sua capacidade de adaptação diminuída, os idosos tornam-se cada vez mais sensíveis, necessitando de cuidados que os mantenham saudáveis e ativos, estimulando-os ao autocuidado e independência. O âmbito familiar representa uma figura importante no bem-estar do idoso, Entretanto, podem surgir conflitos e problemas de relacionamento no convívio entre gerações, podendo agravar, quando os membros da família não conseguem compreender o comportamento do idoso ou quando não são capazes de desempenhar a função de cuidadores. Resta então, a possibilidades de ser inserido em uma instituição de longa permanência para idosos. Tal inserção pode ocorrer também, quando a família não possui estrutura (financeira, cuidadores, emocional, espaço físico,) (SILVA; SCHMIDT, 2012; ALENCAR et al., 2012).

2.3 Instituição de longa permanência para idosos

Considerando o fenômeno populacional que se tornou o envelhecimento humano no Brasil e no mundo, foram gerados grandes impactos na estrutura econômica e sanitária das sociedades, tendo em vista o predomínio de doenças crônico-degenerativas entre os idosos, necessitando de uma demanda maior por políticas públicas e serviços de saúde voltados a essa população envelhecida (BORGES et al., 2015).

Durante o processo de envelhecimento, o indivíduo idoso enfrenta diversas alterações mentais e físicas, as quais podem apresentar influências, muitas vezes, no convívio familiar. Devido às limitações encontradas pelos familiares e à presença de doenças crônicas, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), passam a ser alternativas de abrigo àqueles que não possuem cuidado estruturado dentro do âmbito familiar ou residiam sozinhos. Estes estabelecimentos são mantidos pelo governo, por associações religiosas ou pelos próprios familiares (NETO et al., 2014). O resultado disso foi um aumento no número de instituições de longa permanência para idosos. Esse processo de institucionalização gera diversas adaptações, longe do ciclo familiar, fazendo com que os idosos institucionalizados estabeleçam novos vínculos com os que já residem na instituição, acostumando-se com uma nova rotina de vida.

O âmbito familiar vem passando por modificações estruturais como a entrada das mulheres no mercado de trabalho, baixo índice de casamentos e queda da taxa de natalidade (em média, 1,77 filhos por casal) o que resulta em ausência de prestador de cuidados, uma vez que, culturalmente, as mulheres eram responsáveis pela atenção e cuidados dos familiares (ARAÚJO et al., 2016).

Segundo Bentes et, al. (2015), as principais justificativas que levam o idoso a procurar como moradia uma ILPI estão relacionadas à solidão, ao desprezo e ao abandono, ademais, estar sem a família pode acarretar sequelas graves como depressão (FREITAS; NORONHA, 2010). Por outro lado, os membros da família encontram-se mais fora de casa do que residindo com seus longevos, uma vez que estão cada vez mais envolvidos em seus trabalhos. Por vezes, o idoso finda-se isolado do ambiente familiar,

pois necessita de um atendimento especial em sua saúde, afeto, entre outros cuidados, exigindo uma atenção maior.

Com o aumento da idade, o número de idosos institucionalizados aumenta significativamente. Estima-se que 0,6% a 1,3% da população brasileira se encontra em ILPI. Esses números exigem uma maior demanda de cuidados e custos gerados para estes serviços. A expectativa é de que aumente a demanda por ILPIs no Brasil, apesar de as políticas públicas preferirem a família como principais cuidadores de idosos (GOMES et al., 2014).

Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Ilpi são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania. Ou seja, são domicílios coletivos que oferecem cuidados e algum tipo de serviço de saúde. São híbridas e por isto devem compor não só a rede de assistência e saúde, mas também a de habitação (CLOS; GROSSI, 2016).

Cada ILPI apresenta serviços de internação, atendimento médico, acompanhamento multiprofissional e auxílio à assistência geral aos idosos, prática de controle de infecção e de monitorização de medicação. No Brasil, as ILPIs são consideradas serviços de "assistência social" e não serviços de saúde, gerando agravos à saúde e ao controle sobre a medicação administrada. Sérias complicações podem surgir para os pacientes e para a saúde pública diante dos erros de medicação. Erros como o preparo e a administração dos medicamentos; a conferência e registro da medicação; a distribuição e estoque dos medicamentos; as transcrições das medicações; o desconhecimento sobre a medicação e a prescrição; redação com dados insuficientes; grafia ilegível e rasuras (SILVA; GARBACCIO, 2016).

Nesse sentido, o Estatuto do Idoso apresenta as ILPI como estruturas de cunho social e do campo da assistência, mas que acabam por acolher ou continuar a assistência aos idosos em situação especial de cuidados de saúde. Portanto, têm estruturas mistas de saúde – híbridas –, assim como equipes multidisciplinares que cuidam desses sujeitos no final da vida (BRASIL, 2003).

Tanto ao idoso da comunidade quanto ao institucionalizado, deve-se ter o mesmo cuidado de melhorar a qualidade de vida, independência e autonomia. Porém, não funciona exatamente dessa forma, o incentivo para que continuem realizando suas atividades independentemente, é diminuído a partir da necessidade de agilizar o processo de atendimento, podendo acarretar a uma piora do quadro funcional e limitação, dificultando o trabalho das equipes multidisciplinares na avaliação e no tratamento do idoso. Existem poucos estudos caracterizando o perfil dos idosos em ILPIs no Brasil, apesar do grande número. Dificultando o trabalho dos profissionais envolvidos nesse cuidado (ALENCAR et al., 2012).

Devido às grandes modificações da estrutura etária da população, podem observar-se mudanças epidemiológicas na população idosa, como aumento de doenças crônicas. Estas que exigem atendimento adequado e uma enorme quantidade de recursos e matérias humanos, resultando em um consumo elevado de medicamentos (GAUTÉRIO et al., 2012).

Todavia, o número de estudos relacionados à farmacoterapia aplicada em idosos institucionalizados no Brasil é extremamente escasso. A maioria dos estudos volta-se aos idosos da comunidade, tornado importante a realização de pesquisas direcionadas aos idosos institucionalizados, beneficiando a população geriátrica em um todo (SMANIOTO; HADDAD, 2013).

As falhas ao cumprir os regimes terapêuticos são outros fatores que podem contribuir para o crescimento dos riscos no consumo de medicamentos, por conta de

déficits cognitivos e funcionais, dificultando o ato de reconhecer e a memorizar os mesmos. Ainda, a prescrição inadequada e a automedicação e o consumo de múltiplos são citadas nos casos de prescrição de regimes terapêuticos complexos, contribuindo para a polifarmácia (NEVES et al., 2013).

2.4 Benzodiazepínicos

Os fármacos benzodiazepínicos são drogas que alteram os aspectos cognitivos e psicomotores do organismo por agir diretamente no sistema nervoso central. Constituem o grupo de psicotrópicos mais utilizados, frequentemente na prática clínica devido as suas quatro funções principais: ansiolítica, hipnótica, anticonvulsivante e relaxante muscular. Sendo indicados, em geral, para os transtornos de ansiedade, insônia e epilepsia (NALOTO et al., 2016; YU et al., 2017).

O uso dos benzodiazepínicos está associado aos benefícios clínicos em pacientes com condições neurológicas e psiquiátricas afetadas. Têm grande poder terapêutico quando usado para tratar sintomas em indivíduos em dependentes de álcool. Entretanto, existe uma preocupação por muitos profissionais, diante da dependência que este medicamento pode causar. Ainda, aumenta o risco de quedas, efeitos colaterais, comprometimento do estado cognitivo (MICHAEL;RAPP, 2017).

Desde o ano de 1960, os barbitúricos foram substituídos pelos benzodiazepínicos por apresentar um perfil favorável de eficácia e segurança, generalizando assim, o grupo de drogas psicotrópicas mais prescritas (DANÇA et al., 2015). São conhecidos por promover altas taxas de dependência e tolerância, ocasionando o aumento da dose para efeito terapêutico e quando é suspenso, provoca o surgimento de possíveis sinais e sintomas indesejados, muitas vezes, efeitos contrários do esperado (FILHO et al., 2011).

Conforme Quintana et, al. (2015), o consumo de drogas psicotrópicas, tende a ser mais comum entre as mulheres, com idade aumentada e baixo perfil sócioeconômico. Há

uma relação entre a presença de uma doença psiquiátrica e o uso de benzodiazepínicos. Na maioria dos estudos, o índice desta relação, é alto.

O uso de medicamentos com finalidade ansiolítica e hipnótica tem aumentado de forma considerável na última década (SÁNCHEZ et al., 2015), pois, acredita-se que os idosos institucionalizados seriam um grupo populacional com riscos aumentados, por apresentarem baixa funcionalidade e pré-disposição às doenças, entretanto, apesar dos riscos que tais drogas podem apresentar, oferecem benefícios importantes para os idosos: diminuição do medo, redução da ansiedade, aumento da participação social, indução ao sono e relaxamento muscular (GAUTÉRIO et al., 2012).

Segundo Viel et al. (2014), os benzodiazepínicos são fármacos depressores do Sistema Nervoso Central (SNC), e apresenta a propriedade de interagir farmacologicamente com diferentes grupos de medicamentos, tais como: anti-inflamatórios, os anticoagulantes, os antiulcerogênicos, os antidepressivos, os anticonvulsivantes. No entanto, esta interação farmacológica é favorecida e muitas vezes necessária, diante da associação de benzodiazepínicos e outros fármacos que atuam no tratamento neurológico ou outras comorbidades.

Dentre os medicamentos inapropriados prescritos para a população geriátrica, está o Clonazepam (Rivotril®), um benzodiazepínico utilizado como ansiolítico e possível transtorno psiquiátrico (ASSIS et al., 2016).

O fato de o envelhecimento humano estar crescendo mundialmente, influência diretamente ao uso de drogas, incluindo os benzodiazepínicos, que com sua ação viciante relacionada ao consumo crônico dessa droga tem associação direta com outros efeitos secundários graves, aumentando ainda mais, o risco de quedas, disfunções cognitivas e associação com o desenvolvimento de demência (doença de Alzheimer) (GÓMEZ et al., 2017).

grupos farmacológicos são recomendados como forma de tratamento, o que acarreta o uso de múltiplos medicamentos (CHARLESWORTH et al., 2015).

De acordo com pesquisas realizadas, no Brasil, 81% dos idosos fazem uso de medicamentos e dois terços deles, geralmente indivíduos acima dos 75 anos, ingerem mais que 5 tipos de drogas. Desta forma, um dos grandes problemas envolvendo a área geriátrica e que, ao mesmo tempo, marcou um grande capítulo na medicina moderna, foi a “polifarmácia” ou “múltiplas drogas”, pois são situações relacionadas com as comorbidades e mortalidade dos idosos (URRA; MELIZ, 2013).

Os primeiros estudos definiram como múltiplas drogas, o uso de dois a quatro fármacos diários. No ano de 1997, isso foi modificado, passando a ser chamado como polifarmácia, indivíduos que utilizassem cinco ou mais fármacos diariamente (RODRIGUEZ et al., 2016).

Na opinião de Maher et al (2014), cresce cada vez mais a prevalência de polifarmácia em idosos. Inúmeros estudos mostraram a polifarmácia definida como múltiplas drogas, porém, de acordo com os pesquisadores, esse termo é utilizado para os indivíduos que fazem uso de cinco medicamentos ou mais por dia. Ainda, polifarmácia, está diretamente associada com a administração de medicamentos inapropriados, aumentando as visitas ambulatoriais e hospitalização.

Apesar da prática da polifarmácia, muitas vezes ser necessária pelo fato de que alguns idosos possuem múltiplas doenças e sintomas, como comorbidades e doenças crônicas degenerativas, esse grupo etário requer a utilização de muitos medicamentos, o que pode ocasionar diversas interações e reações adversas aos medicamentos (ASSIS et al., 2016).

As reações adversas medicamentosas (RAM) estão associadas à polifarmácia, aumentando o risco de toxicidade, erros de administração ou da própria medicação, erro

na adesão ao tratamento e, conseqüentemente, podendo levar morbimortalidade (COSTA et al., 2017).

Em pacientes submetidos à polifarmácia, os riscos de RAM crescem até quatro vezes mais, podendo gerar as síndromes geriátricas, como por exemplo, a incapacidade cognitiva, ou adiar quadros de quedas, confusões e incontinência. Porém, é frequente que a maioria da população idosa, apresente entre duas a seis receitas médicas e, além disso, realize a automedicação com dois ou mais medicamentos, especialmente analgésicos, tornando esta situação favorável para o aparecimento de eventos adversos, sabendo que, em um estudo sobre óbitos, 18,2% das mortes foram diretamente associadas ao uso de mais de um medicamento (CARDOSO; PILOTO, 2015).

A polifarmácia pode gerar grandes conseqüências impactando diretamente nos ambientes farmacêuticos, clínicos, terapêuticos e diagnósticos. A qualidade de vida dos idosos pode estar comprometida diante desses fatores: diminuição da produção de suco gástrico, menor teor de água total, esvaziamento gástrico lento, maior teor de tecido adiposo total, diminuição da irrigação renal, filtração glomerular, redução da atividade enzimática do fígado e do fluxo sanguíneo, podendo levar a uma maior prevalência de reações adversas (LIMA et al., 2016).

Outra questão a ser destacada, é que o tratamento pretendido nem sempre segue da forma adequada, por motivos, muitas vezes, de dificuldades visuais e auditivas. Ainda, ao prescrever determinado medicamento para um idoso, o médico deve considerar necessidade do uso de tal medicamento, evitando prescrever medicamentos que não sejam realmente úteis (RAMOS et al., 2016).

Avaliar a dose a ser administrada é a forma mais apropriada de evitar possíveis alterações no estado fisiológico do indivíduo, considerar as funções renais e hepáticas, verificar a forma farmacêutica mais indicada; sempre que possível, evitar a utilização de medicamentos para tratar os efeitos colaterais de outra medicação; levar em conta, a

possibilidade de interações com medicamentos que o indivíduo esteja usando, sem acompanhamento médico, verificar se o indivíduo aceita e segue corretamente o tratamento, são medidas que podem impedir possíveis alterações fisiológicas diante do uso de diversos fármacos (SILVA; SCHMIDT; SILVA, 2012).

Devido à alta complexidade das alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas presente no processo de envelhecimento, os idosos tornam-se altamente vulneráveis aos efeitos adversos causados por medicamentos, Diante da farmacocinética clínica, existe uma série de alterações que diretamente, interferem nos processos de absorção, distribuição, metabolização e eliminação dos medicamentos, ocorrendo eventos de toxicidade nesses indivíduos (LEONOR; ERNESTO, 2012).

O quadro acima destaca que o envelhecimento da população é um fenômeno mundial e que a prática da polifarmácia é perigosa para os pacientes, principalmente para os idosos, pois favorece o surgimento de efeitos colaterais, interações e reações adversas medicamentosas, hospitalizações, podendo conduzir a morte do idoso (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2016).

Com isso, programas de incentivo voltados à atenção ao idoso, podem funcionar direcionados em realização de cursos ou promoções educativas, que ofereçam apoio aos familiares cuidadores e até mesmo ao próprio idoso, podendo utilizar os medicamentos de maneira mais segura (MOSCA; CORREIA, 2012).

Conforme Assis et al (2016), ainda são escassos os estudos que demonstram o uso de medicamentos em idosos internados em Instituições de Longa Permanência, a grande maioria dos estudos abordam o uso de medicamentos na comunidade e em pacientes hospitalizados.

3 PRODUÇÃO CIENTÍFICA I

PREVALÊNCIA DE POLIFARMÁCIA E BENZODIAZEPÍNICOS E SUA ASSOCIAÇÃO COM AS CONDIÇÕES DE SAÚDE EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Prevalence of polypharmacy and benzodiazepines and its association with health conditions in institutionalized elderly

3.1 *Resumo*

Objetivo: verificar a prevalência de polifarmácia e benzodiazepínicos e sua associação com as condições de saúde em idosos institucionalizados. **Métodos:** estudo de corte transversal, de base populacional, com 219 idosos institucionalizados. Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado, onde registrou-se os dados de identificação, variáveis sociodemográficas, estado cognitivo e condições de saúde. Para análise empregou-se estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** a maioria era de mulheres, brancas, com 80 anos ou mais, baixa escolaridade, viúvas e com declínio cognitivo. Houve um expressivo número de idosos com doenças crônicas e que apresentavam polifarmácia, porém poucos casos do uso de benzodiazepínicos. A polifarmácia associou-se à hipertensão arterial sistêmica, demência, depressão e as doenças cardiovasculares ($p < 0,05$). O uso de benzodiazepínicos associou-se ao acidente vascular encefálico e demência ($p < 0,05$). **Conclusão:** os resultados apresentados podem instigar à construção de políticas públicas, visionadas em melhores condições de saúde e atenção à polifarmácia nesta população.

Palavras-chave: Envelhecimento; Nível de saúde; Instituição de longa permanência para idosos; Medicação; Preparações farmacêuticas.

3.2 *Abstract*

Objective: to verify the prevalence of polypharmacy and benzodiazepines and its association with health conditions in institutionalized elderly. **Methods:** cross-sectional, population-based study with 219 institutionalized elderly. The data were collected through a structured questionnaire, where the identification data, sociodemographic variables, cognitive status and health conditions were recorded. For the analysis, descriptive and inferential statistics were used. **Results:** the majority was women, white, 80 years old or older, low schooling, widows and with cognitive decline. There was an expressive number of elderly people with chronic diseases who presented polypharmacy, but few cases of the use of benzodiazepines. The polypharmacy was associated with systemic arterial hypertension, dementia, depression and cardiovascular diseases ($p < 0.05$). The use of benzodiazepines was associated with stroke and dementia ($p < 0.05$). **Conclusion:** the presented results can instigate the construction of public policies, seen in better health conditions and attention to polypharmacy in this population.

Keywords: Aging; Health status; Homes for the Aged; Medication; Pharmaceutical preparations.

3.3 Introdução

O envelhecimento populacional cresce progressivamente, sendo considerado um fenômeno mundial. Atualmente, cerca de 15 milhões de habitantes da população brasileira são idosos, ou seja, possuem 60 anos ou mais (CRUZ et al., 2015; GLENZ et al., 2015), tornando o país o quinto maior do mundo em população idosa. Estimativas indicam que haverá um aumento neste grupo de indivíduos nos próximos 30 anos, atingindo 63 milhões de idosos em 2050 (CAMARANO; KANSO, 2010).

Com o aumento da expectativa de vida dos brasileiros, aumenta, também, a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (PRESTA et al., 2011), dentre as quais pode-se citar a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus, a demência, a insônia, as doenças cardiovasculares, a depressão, entre outras, que são as principais causas de incapacidade e mortalidade entre os idosos (SILVA et al., 2017).

Neste sentido, uma expressiva parte dos idosos torna-se mais sensível e, por necessitar de cuidados específicos, a família ou pessoas próximas, muitas vezes, recorrem

às Instituições de Longa Permanência Para Idosos (ILPIs), abrigos destinados àqueles que não possuem cuidado estruturado dentro do âmbito familiar ou residem sozinhos (SICILIA et al., 2015).

Em consequência dos aspectos supracitados, o consumo de medicamentos aumenta na população idosa e isto pode desencadear reações e interações medicamentosas, complexidade do regime terapêutico, toxicidades e, inclusive, prescrição inadequada e polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos diariamente (SICILIA et al., 2015; BAZARGAN et al., 2017). Dentre os medicamentos administrado que podem estar incluídos no âmbito da polifarmácia, encontram-se os benzodiazepínicos, que são os psicotrópicos mais utilizados para funções ansiolítica, hipnótica, anticonvulsivante, relaxante muscular e atuar sobre os quadros de ansiedade, insônia e epilepsia. Entretanto, são drogas que alteram os aspectos cognitivos e psicomotores do organismo (SICILIA et al., 2015).

No Brasil, há uma escassez na literatura de estudos relacionados à farmacoterapia aplicada em idosos institucionalizados, sendo este tema amplamente abordado na comunidade e no âmbito hospitalar (SMANIOTO; HADDAD, 2013; ASSIS et al., 2016). Em vista disso, o presente estudo teve como objetivo, verificar as condições de saúde, presença de polifarmácia e uso de benzodiazepínicos em idosos institucionalizados.

3.4 Métodos

Trata-se de um estudo de corte transversal, de base populacional, subprojeto do estudo intitulado “Padrões de envelhecimento e longevidade: aspectos biológicos, educacionais e psicossociais de idosos institucionalizados”, desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

O estudo foi realizado em ILPI privadas e filantrópicas localizadas no interior do Estado do Rio Grande do Sul. Foram incluídos, os indivíduos com 60 anos ou mais, de

ambos os sexos, independente do tempo de residência na instituição. Os critérios de exclusão estabelecidos foram para indivíduos que estivessem hospitalizados no dia do encontro com a equipe de pesquisa.

A coleta de dados iniciou logo após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos idosos ou responsáveis. Os entrevistadores foram recrutados nos cursos de graduação e pós-graduação, os quais receberam treinamento prévio. Coletaram-se os dados por meio de um questionário estruturado composto por 23 blocos (Anexo A). No presente estudo, foram utilizadas as variáveis dos blocos A (dados de identificação), B (variáveis sociodemográficas), C (estado cognitivo) e G (condições de saúde).

As informações dos blocos A e B foram coletadas por meio de entrevista com os responsáveis. Para avaliar o estado cognitivo dos idosos (bloco C), foi utilizado Mini Exame de Estado Mental (MEEM), cujos escores adotados para nível de escolaridade foram analfabeto 13, de 1 a 8 anos de estudo 18, e para 9 anos ou mais 26. As variáveis referentes às condições de saúde (bloco G) foram coletadas por meio de consulta ao prontuário dos residentes. Os medicamentos foram classificados por grupos farmacológicos de acordo com o *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)*, desenvolvida e adotada pela *World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology*. Os dados foram codificados e armazenados em um banco de dados no software estatístico.

Para análise empregou-se estatística descritiva e inferencial. As variáveis qualitativas (categóricas, nominais e ordinais) foram apresentadas empregando-se distribuições de frequências univariadas (absolutas e relativas), bem como, tabelas de contingência bi e multivariadas. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas, aplicaram-se os testes qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5%.

Este foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humano da Universidade de Passo Fundo sob parecer número 2.097.278, e está de acordo com as

constatações éticas da Declaração de Helsinki e as normas constantes na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3.5 Resultados

Ao todo, 219 idosos compuseram a amostra do presente estudo. A Tabela 1 apresenta a caracterização do perfil sociodemográfico dos idosos institucionalizados.

Tabela 1 - Caracterização do perfil sociodemográfico dos idosos institucionalizados em municípios do interior do Rio Grande do Sul, Brasil, 2017

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	143	65,3
Masculino	76	34,7
Faixa etária		
60-69 anos	28	12,8
70-79 anos	64	29,2
≥80 anos	127	58,0
Escolaridade		
Analfabeto	42	19,2
1 à 8 anos de estudo	147	67,1
9 anos de estudo ou mais	26	11,9
Não respondeu	04	1,8
Cor da pele		
Branca	189	86,3
Preta	09	4,1
Parda	14	6,4
Amarela	02	0,9
Não respondeu	05	2,3
Estado civil		
Solteiro	59	26,9

Casado (a) / Com companheiro (a)	13	5,9
Viúvo (a)	113	51,6
Divorciado (a) / Separado (a)	33	15,1
Não respondeu	01	0,5
Condição cognitiva		
Com declínio cognitivo	158	72,1
Sem declínio cognitivo	61	27,9

Legenda: N = valor absoluto; % = valor relativo

Dentre os idosos estudados, pode-se observar que a maioria eram mulheres (65,3%), predominantemente longevas, ou seja, com idade igual ou superior aos 80 anos de idade (58,0%). A maioria dos entrevistados era de indivíduos com escolaridade básica, de 1 à 8 anos de estudo (67,1%), brancos (86,3%) e viúvos (51,6%). Por fim, observou-se que a maioria dos indivíduos apresentava declínio cognitivo (72,1%).

A Tabela 2 apresenta a caracterização das condições de saúde dos idosos estudados.

Tabela 2 - Condições de saúde dos idosos institucionalizados em municípios do interior do Rio Grande do Sul, Brasil, 2017

Variáveis	N	%
Hipertensão arterial sistêmica	113	53,8
Demência	100	47,6
Dor crônica (últimos 06 meses)	70	34,8
Insônia	69	33,0
Depressão	68	32,7
Diabetes Mellitus	46	21,7
Acidente vascular encefálico	43	20,3
Reumatismo	40	18,9
Doença cardiovascular	33	15,8

Osteoporose	28	13,2
Parkinson	19	9,0
Doença pulmonar	12	5,7
Outras morbidades	59	28,5

Legenda: N = valor absoluto; % = valor relativo

Observou-se que, no último ano, os problemas de saúde que apresentaram maior prevalência foram a hipertensão arterial sistêmica (53,8%) e a demência (47,6%), respectivamente. Outros problemas de saúde também apresentaram um número expressivo de acometimento, como a presença de dor crônica nos últimos seis meses (34,8%), de insônia (33%) e de depressão (32,7%), respectivamente.

A Tabela 3 apresenta a ocorrência de polifarmácia e caracterização do uso de medicamentos dos idosos institucionalizados.

Tabela 3 - Ocorrência de polifarmácia e medicamentos utilizados pelos idosos institucionalizados em municípios do interior do Rio Grande do Sul, Brasil, 2017

Variáveis	N	%
Ocorrência de polifarmácia	155	74,5
Usuários de medicamentos nos últimos 03 meses	211	97,7
Cardiovasculares	145	71,9
Gastrointestinais	106	53,3
Suplementos vitamínicos	103	51,8
Antipsicóticos	96	48,2
Antidepressivos	93	46,2
Analgésicos e AINES	85	42,1
Diuréticos	71	35,7
Antiparkinsonianos e Doença de Alzheimer	58	29,1
Repositor hormonal	44	22,1
Antidiabéticos	40	20,1

Outros	92	46,0
--------	----	------

Legenda: N = valor absoluto; % = valor relativo; AINES = Anti-inflamatórios não esteroides

O uso de polifarmácia foi elevado entre os idosos institucionalizados (74,5%). Adicionalmente, a média de medicamentos que os idosos faziam uso no momento da entrevista foi de $7,0 \pm 3,5$, sendo que houve uma variabilidade de zero (apenas um idoso não fazia uso) a 22 utilizados. Ainda, 53,5% dos idosos faziam uso de sete ou mais medicamentos.

Dentre as classes mais recorrentes observou-se que os medicamentos cardiovasculares foram os mais utilizados (71,9%), seguido dos gastrointestinais (53,3%), dos suplementos vitamínicos (51,8%), dos antipsicóticos (48,2%) e dos antidepressivos (46%). O uso de benzodiazepínicos foi de 21,1% da amostra analisada.

A Tabela 4 apresenta a relação entre ocorrência de polifarmácia e as condições de saúde dos idosos institucionalizados.

Tabela 4 - Relação entre a ocorrência de polifarmácia e as condições de saúde dos idosos institucionalizados em municípios do interior do Rio Grande do Sul, Brasil, 2017

Variáveis	Polifarmácia		Valor de p
	Sim	Não	
Função cognitiva			0,651
Com declínio	78 (78,0%)	22 (22,0%)	
Sem declínio	47 (81,0%)	11 (19,0%)	
HAS			0,000*
Sim	92 (83,6%)	18 (16,6%)	
Não	54 (60,7%)	35 (39,3%)	
Demência			0,028*
Sim	64 (66,7%)	32 (33,3%)	
Não	82 (80,4%)	20 (19,6%)	

Dor crônica			0,114
Sim	52 (80,0%)	13 (20,0%)	
Não	88 (69,3%)	39 (30,7%)	
Insônia			0,917
Sim	47 (73,4%)	17 (26,6%)	
Não	98 (73,7%)	35 (26,3%)	
Depressão			0,004*
Sim	57 (86,4%)	09 (13,6%)	
Não	88 (67,2%)	43 (32,8%)	
Diabetes Mellitus			0,090**
Sim	36 (83,7%)	07 (16,3%)	
Não	112 (70,9%)	46 (29,1%)	
AVE			0,977
Sim	28 (73,7%)	10 (26,3%)	
Não	119 (73,5%)	43 (26,5%)	
Neoplasia			0,316
Sim	06 (60,0%)	04 (40,0%)	
Não	142 (74,3%)	49 (25,7%)	
Reumatismo			0,603
Sim	30 (76,9%)	09 (23,1%)	
Não	118 (72,8%)	44 (27,2%)	
Doença cardiovascular			0,005*
Sim	30 (93,8%)	02 (6,3%)	
Não	116 (69,9%)	50 (30,1%)	
Osteoporose			0,118
Sim	24 (85,7%)	04 (14,3%)	
Não	124 (71,7%)	49 (28,3%)	
Parkinson			0,563
Sim	15 (78,9%)	04 (21,1%)	
Não	131 (72,8%)	49 (27,2%)	
Doença pulmonar			0,420

Sim	10 (83,3%)	02 (16,7%)
Não	136 (72,7%)	51 (27,3%)

Legenda: N = valor absoluto; % = valor relativo; * = significância estatística; ** = tendência a significância; HAS = hipertensão arterial sistêmica; AVE = acidente vascular encefálico

As análises evidenciaram que houve relação significativa entre a ocorrência de polifarmácia e a ocorrência de doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica ($p=0,000$), a demência ($p=0,028$), a depressão ($p=0,004$) e as doenças cardiovasculares ($p=0,005$).

A Tabela 5 apresenta a relação entre o uso de benzodiazepínicos e as condições de saúde dos idosos institucionalizados.

Tabela 5 - Relação entre o uso de benzodiazepínicos e as condições de saúde dos idosos institucionalizados em municípios do interior do Rio Grande do Sul, Brasil, 2017

Variáveis	Benzodiazepínicos		Valor de p
	Sim	Não	
Função cognitiva			0,533
Com declínio	22 (22,4%)	76 (77,6%)	
Sem declínio	10 (18,2%)	45 (81,8%)	
HAS			0,661
Sim	20 (18,9%)	86 (81,1%)	
Não	18 (21,4%)	66 (78,6%)	
Demência			0,022*
Sim	12 (13,5%)	77 (86,5%)	
Não	27 (27,0%)	73 (73,0%)	
Dor crônica			0,114
Sim	14 (22,2%)	49 (77,8%)	
Não	23 (19,2%)	97 (80,8%)	
Insônia			0,367
Sim	15 (24,6%)	46 (75,4%)	

PPGEH/UPF Caracterização das condições de saúde e presença de polifarmácia em idosos institucionalizados

Não	24 (18,9%)	103 (81,1%)	
Depressão			0,240
Sim	16 (25,0%)	48 (75,0%)	
Não	22 (17,7%)	102 (82,3%)	
Diabetes Mellitus			0,167
Sim	05 (12,5%)	35 (87,5%)	
Não	34 (22,4%)	118 (77,6%)	
AVE			0,032*
Sim	03 (7,9%)	35 (92,1%)	
Não	36 (23,5 %)	117 (76,5%)	
Neoplasia			0,980
Sim	02 (20,0%)	08 (80,0%)	
Não	37 (20,3%)	145 (79,7%)	
Reumatismo			0,500
Sim	09 (24,3%)	28 (75,7%)	
Não	30 (19,4%)	125 (80,6%)	
Doença cardiovascular			0,909
Sim	06 (19,4%)	25 (80,6%)	
Não	32 (20,3%)	126 (79,7%)	
Osteoporose			0,090**
Sim	09 (32,1%)	19 (67,9%)	
Não	30 (18,3%)	134 (81,7%)	
Parkinson			0,851
Sim	04 (22,2%)	14 (77,8%)	
Não	35 (20,3%)	137 (79,7%)	
Doença pulmonar			0,800
Sim	02 (16,7%)	10 (83,3%)	
Não	35 (19,7%)	143 (80,3%)	

Legenda: N = valor absoluto; % = valor relativo; * = significância estatística; ** = tendência a significância; HAS = hipertensão arterial sistêmica; AVE = acidente vascular encefálico

Constatou-se que houve associação significativa entre o uso de benzodiazepínicos, acidente vascular encefálico ($p=0,032$) e demência ($p=0,022$).

3.6 *Discussão*

Neste estudo observou-se que o perfil dos idosos residentes em ILPIs era predominantemente feminino, longevo, brancos, em condição de viuvez, com escolaridade básica e com declínio cognitivo. Tais dados estão de acordo com a literatura, haja vista que em um estudo de caracterização do perfil de idosos em ILPI, desenvolvido por Rosa et al (2011), em seis cidades gaúchas evidenciou que a maioria dos residentes era composta por mulheres (62,9%), com baixa ou nenhuma escolaridade e centradas na faixa etária dos 80 anos ou mais (48,3%).

Reforçando tais achados Guths et al (2017) referenciam em seus achados com idosos institucionalizados o predomínio do gênero feminino, cor da pele branca, a condição de viuvez e a baixa escolaridade, enquanto Alencar et al (2012) também relata que a maioria da sua amostra era feminina e com baixa escolaridade. Todavia, os autores anteriores demonstraram em sua análise que os idosos concentravam-se na faixa etária dos 70-79 anos, indo de encontro aos resultados aqui apresentados.

Torna-se de indispensável conhecer os fatores que levam à institucionalização dos idosos, o que possibilita aos familiares e aos profissionais de saúde atentar às possibilidades de prevenção e identificação de necessidade da institucionalização (LENI; PORTELLA; DORING, 2016). O estudo desenvolvido por Leni, Portella e Doring (2016) apontou que o comprometimento cognitivo pode ser um risco para a institucionalização do indivíduo idoso e demonstrou que 81,2% dos indivíduos apresentava declínio da cognição, o que corrobora com os dados explanados na presente pesquisa.

No Brasil, a perda da independência é muitas vezes a causa do declínio cognitivo em idosos. Neste sentido, as alterações do estado cognitivo e a perda da capacidade de

exercer as funções integram um dos principais motivos que levam muitas vezes aos próprios familiares, a institucionalizar os idosos. A falta de recursos financeiros e humanos enfrentada pela maioria das ILPIs e a mudança do ambiente podem emplacar na diminuição do desempenho das atividades físicas e psíquicas destes indivíduos (MELLO et al., 2012). Confirmando isso, os dados explanados na presente pesquisa vão ao encontro da literatura. Trindade et al (2013) demonstrou em seu estudo que o número de idosos institucionalizados com declínio cognitivos pode chegar a 74,7%, e números mais expressivos ainda são evidenciados nos estudos de Mello et al (2012) e Alencar et al (2012), no qual 71,4% e 93,3% das amostras estudadas apresentaram alteração cognitiva, respectivamente.

As doenças crônicas não transmissíveis e os agravos causados por estas constituem um dos principais fatores comprometedores da capacidade funcional entre os idosos, sendo elas a principal causa de incapacidade e mortalidade em todo o mundo em virtude do processo de envelhecimento (DANTAS et al., 2013). Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2005), os principais problemas nesse âmbito enfrentados pela população idosa são as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial sistêmica, o acidente vascular encefálico, o diabetes mellitus, as neoplasias, as doenças pulmonares, as doenças musculoesqueléticas, a demência, as doenças mentais e a depressão. Observou-se neste estudo a ocorrência de todas as doenças supracitadas, sendo que a hipertensão arterial sistêmica foi a que apresentou maior prevalência entre os indivíduos estudados, ultrapassando metade da amostra.

O estudo de Dantas et al (2013) aponta para uma expressiva prevalência da hipertensão arterial sistêmica entre os idosos institucionalizados (48,8%). Ainda, a doença pode ser mais prevalente entre os idosos institucionalizados em relação aos idosos não institucionalizados (CINTRA, OLIVEIRA, SILVA-MASTELARI, 2012). Além da hipertensão arterial sistêmica, outras patologias foram evidenciadas expressivamente entre os idosos estudados, como a demência (47,6%), as dores crônicas (34,8%), a insônia (33%) e a depressão (32,7%), respectivamente.

Os idosos expostos ao risco de desenvolver doenças crônicas tornam-se grandes consumidores de medicamentos, muitas vezes de um número muito mais elevado que o necessário, possibilitando o aumento das chances de ocorrer reações adversas e interações medicamentosas. Os idosos residentes em ILPIs estão mais propensos à esta problemática (SALES; SALES; CASOTTI, 2017), fato explanado no presente estudo haja vista o elevado número de medicamentos usados pelos indivíduos.

O predomínio de polifarmácia em idosos residentes em ILPIs tem sido descrito por diversos estudos realizados em diferentes nacionalidades como em Israel, nos Estados Unidos e na Europa. No Brasil, essa prática tem sido frequentemente realizada em estudos desenvolvidos na região Sul, ainda que timidamente (ASSIS et al., 2016).

A institucionalização pode condicionar os idosos à polifarmácia e seus eventos adversos, muitas vezes, em consequência das doenças limitantes, da fragilidade e da restrição da funcionalidade (LUCCHETTI et al., 2010). Foi observado no presente estudo que 74,5% dos idosos institucionalizados faziam uso de polifarmácia, o que corrobora com o estudo de Reis e Jesus (2017), realizado em Florianópolis/SC, onde a proporção de idosos que utilizavam 5 ou mais medicamentos diariamente era de 69,7%.

Com o aumento do envelhecimento populacional brasileiro, do índice de doenças crônicas e do uso de medicamentos por estes indivíduos (ALMEIDA et al., 2017), os estudos de perfis têm prestado importantes informações a respeito do uso de medicamentos por idosos institucionalizados (OLIVEIRA; NOVAES, 2013; FOCHAT et al., 2012).

Ao observar os dados aqui obtidos, destacou-se a prevalência de algumas classes medicamentosas como os cardiovasculares, os gastrointestinais, os suplementos vitamínicos, os antipsicóticos e os antidepressivos. O que concorda com Oliveira e Novaes (2013) que observaram em seu estudo que, além da ocorrência de polifarmácia, os medicamentos mais utilizados pelos idosos residentes em ILPIs foram os anti-

hipertensivos (94,2%), enquanto Fochat et al (2012) demonstraram que os medicamentos mais utilizados eram os psicolépticos (69,7%), cardiovasculares e IECA (36,1%) e metabólitos (45,9%).

No Brasil, frequentemente os idosos fazem uso de benzodiazepínicos podendo os índices, variar de 22 a 30% de acordo com cada literatura e grupo ao qual o idoso esteja inserido, seja ele na comunidade em geral ou nos serviços prestadores de saúde (ALVARENGA et al., 2007; NORDON et al., 2009). Ao analisar estas informações no âmbito das ILPI, observou-se que os idosos utilizavam um alto número de benzodiazepínicos diariamente (61,4%) (GÓMEZ et al., 2017), o que divergiu dos dados apresentados no presente estudo, onde apenas 21,1% da amostra fez uso dessa classe medicamentosa.

Uma série de eventos adversos pode ser desencadeada em virtude do uso concomitante de múltiplos medicamentos, tais como reações adversas às interações medicamentosas, menor adesão à terapia medicamentosa, diminuição da capacidade funcional e declínio cognitivo do idoso (ALMEIDA et al., 2017). No presente estudo foi possível observar que a presença de doenças crônicas está relacionada à ocorrência de polifarmácia entre os idosos institucionalizados, sendo que os resultados foram estatisticamente significativos nos casos de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica, depressão e demências, sendo que estas informações estão de acordo com a literatura (JIMÉNEZ et al., 2017).

Ao observar-se que houve associação entre a ocorrência de polifarmácia e a presença de doenças cardiovasculares nos idosos institucionalizados do presente estudo, pode-se supor que isso justifique-se pela necessidade de associações medicamentosas para o tratamento de múltiplas doenças do sistema cardiovascular como arritmias, dislipidemia, síndrome metabólica e a própria hipertensão arterial sistêmica (LUCCHETTI et al., 2010). Ainda, Almeida et al (2017) evidenciaram que a condição de polifarmácia apresentou relação significativa com doenças do aparelho circulatório,

dentre as quais pode-se citar a hipertensão arterial sistêmica, corroborando com este estudo.

No estudo desenvolvido por Barbosa (2015) avaliaram-se 138 idosos institucionalizados, sendo que 50% da amostra apresentavam depressão e 50% da amostra não apresentava a doença. Constatou-se que os idosos com depressão apresentaram maiores índices de polifarmácia em comparação aos idosos sem a doença, resultados estes que foram estatisticamente significativos. O que vem ao encontro do estudo realizado, onde, observou-se relação significativa entre a depressão e a ocorrência de polifarmácia.

No estudo com idosos institucionalizados desenvolvido por Lucchetti et al (2010), os apontamentos para a relação entre a demência e a polifarmácia foram significativos, porém a relação entre o acidente vascular encefálico e a polifarmácia não, confirmando assim a veracidade dos dados obtidos na presente pesquisa.

Dentre os tipos de benzodiazepínicos mais utilizados pelos idosos, destacam-se o diazepam, o bromazepam, o alprazolam, o lorazepam, o clonazepam e o midazolam (SCHALLEMBERGER; COLET, 2016). Em geral, os idosos que fazem uso de benzodiazepínicos justificam isso como sendo de uso paliativo para lidar com suas dificuldades existenciais, culturais, sociais e familiares (ALVARENGA et al., 2015). Todavia, evidências sugerem que o uso excessivo destes medicamentos pode acarretar em maiores chances de eventos cognitivos (diminuição da capacidade cognitiva, como falta de atenção, perda de memória e confusão mental) e psicomotores (ataxia, disartria, incoordenação, instabilidade postural, risco de quedas e fraturas) (SCHALLEMBERGER; COLET, 2016; MCINTOSH; CLARK; SPRY, 2011).

Ao observar-se que o predomínio de benzodiazepínico por parte dos idosos institucionalizados não foi alto (21,1%), foi possível identificar que tal classe medicamentosa não apresentou, em valores absolutos e relativos, relação com a ocorrência de doenças crônicas, sendo esta informação estatisticamente significativa entre

os indivíduos com acidente vascular encefálico e demência. O que corrobora o estudo de Wang et al (2017), onde não foram constatadas relação entre o uso de benzodiazepínicos e doenças crônicas.

Através dos dados obtidos, foi possível analisar que a utilização de medicamentos benzodiazepínicos não mostrou relação com demência, ou, os idosos que fazem uso de benzodiazepínicos não apresentaram declínio de cognição, diferente dos achados de Mawanda et al (2017), que obtiveram valores significativos entre demência e uso de benzodiazepínicos.

Mediante as análises observadas, o presente estudo não está livre de apresentar limitações que pudessem influenciar os resultados obtidos. O número de indivíduos que faziam uso de benzodiazepínicos não era expressivamente significativo para poder analisar as variáveis, nível cognitivo e ocorrência de doença crônica. Embora existam limitações, isso não inviabiliza a geração dos dados apresentados neste estudo.

3.7 Conclusão

Em suma, houve predomínio de idosos com declínio cognitivo, hipertensão arterial sistêmica, demências, dores crônicas, insônia e depressão. Concomitante a isso houve um alto índice de polifarmácia, relacionado aos problemas de saúde como a hipertensão arterial sistêmica, demência, depressão e doenças cardiovasculares. Dentre as classes medicamentosas mais predominantes destacam-se as relacionadas ao sistema cardiovascular e gastrointestinal, os suplementos vitamínicos, os antipsicóticos e os antidepressivos. Embora não tenham sido um número expressivo quanto aos anteriormente citados, os benzodiazepínicos relacionaram-se ao acidente vascular encefálico e à demência.

O desempenho dos profissionais da saúde deve estar ligado diretamente ao conhecimento da polifarmácia entre os idosos, promovendo formas de gerenciar o plano

BARBOSA, R. A. S. R. **Qualidade de vida, suporte familiar, comorbidades e polifarmácia em idosos institucionalizados com e sem sintomas de depressão.**

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde e Sociedade) Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio Grande do Sul. Mossoró, 2015.

BAZARGAN, M. et al. Non-adherence to medication regimens among older African-American adults. **BMC Geriatrics**, v. 17, n. 1, p. 163, 2017.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 27, n. 1, p. 232–235, 2010.

CINTRA, R. M. G. C.; OLIVEIRA, D.; SILVA-MASTELARI, L. Estado nutricional e ocorrência de hipertensão arterial e de diabetes em idosos residentes e não residentes em instituições geriátricas. **Alimentos e Nutrição**, v. 23, n. 4, p. 567-575, 2012.

CRUZ, D. T. et al. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 386–393, 2015.

DANTAS, C. M. H. L. et al. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 6, p. 914–920, 2013.

GLENZ, F. et al. The elderly patient: no reason to worry!?. **Swiss Dental Journal**, v. 125, n. 4, p. 427–431, 2015.

GUTHS, J. F. S et al. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 175-185, 2017.

FOCHAT, R. C. et al. Perfil de utilização de medicamentos por idosos frágeis institucionalizados na Zona da Mata Mineira, Brasil. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 33, n. 3, p. 447–454, 2012.

GÓMEZ, S. et al. Uso de benzodiazepinas en adultos mayores en América Latina. **Revista Médica de Chile**, v. 145, n. 3, p. 351–359, 2017.

JIMÉNEZ, R. M. R.; NAVARRO, C. O.; COMPÉS, C. C. La polifarmacia del paciente crónico complejo y la nutrición enteral. **Nutrición Hospitalaria**, v. 34, supl.1, p. 57–76, 2017.

LINI, E. V.; PORTELLA, M. R.; DORING, M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 1004–1014, 2016.

LUCCHETTI, G. et al. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 1, p. 51–58, 2010.

MAWANDA, F. et al. PTSD, Psychotropic Medication Use, and the Risk of Dementia Among US Veterans: A Retrospective Cohort Study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 65, n. 5, p. 1043–1050, 2017.

MCINTOSH, B.; CLARK, M.; SPRY, C. Benzodiazepines in Older Adults: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines. **Rapid Response Report: Peer-Reviewed Summary with Critical Appraisal**. 1st. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2011.

MELLO, J. G et al. Subjetividade e institucionalização no discurso de idosos. **Distúrbio comun**, v. 25, n. 1, p. 35-45, abril. 2013.

NORDON, D. G. et al. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 3, p. 152–158, 2009.

OLIVEIRA, M. P. F.; NOVAES, M. R. C. G. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1069–1078, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, p. 62, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 19 de outubro de 2017.

PRESTA, S. A. et al. Caracterização e condições de saúde dos idosos do município de Passo Fundo, no Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 9, n. 29, p. 31–38, 2011.

REIS, K. M. C.; JESUS, C. A. C. Relationship of polypharmacy and polypathology with falls among institutionalized elderly. **Texto e Contexto – Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. e03040015, 2017.

ROSA, P. V. et al. Perfil dos idosos residentes em instituições de longa permanência da região sul do país. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 8, n. 1, p. 38–47, 2012.

SALES, A. S.; SALES, M. G. S.; CASOTTI, C. A. Perfil farmacoterapêutico e fatores associados à polifarmácia entre idosos de Aiquara, Bahia, em 2014*. **Epidemiologia e Serviços Saúde**, v. 26, n. 1, p. 121–132, 2017.

SCHALLEMBERGER, J. B.; COLET, C. F. Assessment of dependence and anxiety among benzodiazepine users in a provincial municipality in Rio Grande do Sul, Brazil. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 38, n. 2, p. 63–70, 2016.

SICILIA, A. B. G. et al. Analisis de la prescripción farmacológica en pacientes institucionalizados. **Semergen – Medicina de Familia**, v. 41, n. 8, p. 413–420, 2015.

SILVA, J. et al. Impact of insomnia on self-perceived health in the elderly. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 75, n. 5, p. 277–281, 2017.

SMANIOTO, F. N.; HADDAD, M. C. L. Avaliação da farmacoterapia prescrita a idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 4, p. 523–527, 2013.

TRINDADE, A. P. N. T et al, Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Revista Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 2, p. 281-289, 2013.

WANG, M. T. et al. Benzodiazepine and Z-drug use and risk of pneumonia in patients with chronic kidney disease: A population-based nested case-control study. **PLoS One**, v. 12, n. 7, p. e0179472, 2017.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseado na análise dos resultados foi possível concluir que a maioria dos idosos institucionalizados eram mulheres, longevas, cor de pele branca, escolaridade baixa e com condições de viuvez. Em relação às condições de saúde, o estudo mostra a presença de declínio cognitivo e doenças crônicas como HAS, demências, dores crônicas, insônia e depressão. Os medicamentos mais utilizados foram os relacionados ao sistema cardiovascular, gastrointestinal, suplementos vitamínicos, antipsicóticos e antidepressivos. Os benzodiazepínicos são o grupo de psicotrópicos mais utilizados pelos residentes das ILPI. Ainda, foi evidenciada a alta prevalência de polifarmácia entre os idosos institucionalizados.

Os resultados encontrados devem colaborar para a construção de políticas públicas que visem às condições de saúde dos idosos e promovam bem estar, independência e vitalidade, assim como o desenvolvimento de estratégias com um olhar sobre a polifarmácia nesta população.

O desempenho dos profissionais da saúde deve estar ligado diretamente ao conhecimento da polifarmácia prevalente em idosos, promovendo formas de gerenciar o uso de fármacos de uso crônico na pretensão de minimizar os efeitos adversos, evitando ainda, internações desnecessárias, incapacitação progressiva diariamente e a perda da autonomia e independência.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, M. A et al. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 4, p. 785-796, 2012.

ALMEIDA, N. A. et al. Prevalence of and factors associated with polypharmacy among elderly persons resident in the community. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 1, p. 138–148, 2017.

ALVARENGA, J. M. et al. Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: The Bambuí Health and Aging Study (BHAS). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 1, n. 1, p. 7–11, 2007.

ALVARENGA, J. M. et al. Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de “jogar água no fogo”, não pensar e dormir. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 249–258, 2015.

ARAÚJO, A, M et al. Diferenças no perfil de pessoas idosas institucionalizadas, em lista de espera e que não desejam institucionalização. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 105-118, 2016.

ASSIS, D. L. et al. Polifarmácia e uso de medicamentos inapropriados em idosos institucionalizados: lições ainda não aprendidas. **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 3, p. 126–131, 2016.

ASSIS, F. S.; PARRA, C. R. Envelhecimento bem sucedido e a participação no serviços de convivência. **Psicologia.pt** p. 1–8, 2015.

AXMON, A et al. Use of antipsychotics, benzodiazepine derivatives, and dementia medication among older people with intellectual disability and/or autism spectrum disorder and dementia. **Research in Developmental Disabilities**, v. 62, p. 50-57, 2017.

AZEVEDO, L. F et al. Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. **Pain**, v. 13, n. 8, p. 773-83, 2012.

BAPTISTA, T. J. R. Corpo e envelhecimento: um estudo de caso em universidade aberta à terceira idade. **Estudo Interdisciplinar de Envelhecimento**, v. 19, n. 3, p. 723-741, 2014.

BARBOSA, R. A. S. R. **Qualidade de vida, suporte familiar, comorbidades e polifarmácia em idosos institucionalizados com e sem sintomas de depressão**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde e Sociedade) Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio Grande do Sul. Mossoró, 2015.

BAZARGAN, M. et al. Non-adherence to medication regimens among older African-American adults. **BMC Geriatrics**, v. 17, n. 1, p. 163, 2017.

BECKERT, M. et al. Qualidade de vida , cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. **Estudos de Psicologia**, v. 29, n. 2, p. 155-162, 2012.

BORGES, C. L et al. Características sociodemográficas e clínicas de idosos institucionalizados: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 23, n. 3, p. 381-7, mai./jun. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 2003. Disponível: <<http://bit.ly/1eNxxn3>>. Acesso em: 01 de agosto de 2017

FOCHAT, R. C. et al. Perfil de utilização de medicamentos por idosos frágeis institucionalizados na Zona da Mata Mineira, Brasil. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 33, n. 3, p. 447–454, 2012.

GAUTÉRIO, D. P et al. Caracterização dos idosos usuários de medicação residentes em instituição de longa permanência. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1394-1399, 2012.

GLENZ, F. et al. The elderly patient: no reason to worry!?. **Swiss Dental Journal**, v. 125, n. 4, p. 427–431, 2015.

GOMES, E. C. C et al. Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3543-3551, 2014.

GÓMEZ, S. et al. Uso de benzodiazepinas en adultos mayores en América Latina. **Revista Médica de Chile**, v. 145, n. 3, p. 351–359, 2017.

GONDIM, A. S et al Prevalence of functional cognitive impairment and associated factors in Brazilian community-dwelling older adults. **Journal Dementia & Neuropsychologia**, v. 11, n. 1, p. 32-39, 2017.

GURIAN, M. B. F et al. Rastreamento da função cognitiva de idosos não-institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 2, p. 275-284, 2012.

GUTHS, J. F. S et al. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 175-185, 2017.

JEREZ-ROIG, J et al. Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3367-3375, 2016.

JIMÉNEZ, R. M. R.; NAVARRO, C. O.; COMPÉS, C. C. La polifarmacia del paciente crónico complejo y la nutrición enteral. **Nutrición Hospitalaria**, v. 34, supl.1, p. 57-76, 2017.

KIM, H.S.; KIM, D.G. Effect of long-term resistance exercise on body composition, blood lipid factors, and vascular compliance in the hypertensive elderly men. **Journal of Exercise Rehabilitation**, v. 9, n. 2, p. 271, 2013.

KIVANÇ, S. A et al. Estado sociodemográfico de pacientes idosos com incapacidades graves e deficiência visual na Turquia. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**, v. 79, n. 1, p. 24-9, 2016.

LEONOR, O. L. I; ERNESTO, V. R. M. Drug related problems associated with the psychoactive drugs used on geriatric, hospitalized patients. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 48, n. 3, 2012.

LIMA, T. A. M et al. Acompanhamento farmacoterapêutico em idosos. **Arquivos de Ciência da Saúde**, v. 23, n. 1, p. 52-57, 2016.

LIMA, T. A. M et al. Análise de potenciais interações medicamentosas e reações adversas a anti-inflamatórios não esteroides em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 533-544, 2016.

LINI, E. V.; PORTELLA, M. R.; DORING, M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 1004-1014, 2016.

LUCCHETTI, G. et al. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 1, p. 51–58, 2010.

MACIEL, C. C. L et al. Evolução e envelhecimento humano. **Ciência da Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 619, 2015.

MASSA, K. H. C et al. Fatores associados ao uso de anti-hipertensivos em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 75, 2016.

MAWANDA, F. et al. PTSD, Psychotropic Medication Use, and the Risk of Dementia Among US Veterans: A Retrospective Cohort Study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 65, n. 5, p. 1043–1050, 2017.

MAHER, R. L et al. Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly. **Revista Expert Opinion of Drug Safety**, v. 13, n. 1, 2014.

MCINTOSH, B.; CLARK, M.; SPRY, C. Benzodiazepines in Older Adults: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines. **Rapid Response Report: Peer-Reviewed Summary with Critical Appraisal**. 1st. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2011.

MELLO, J. G et al. Subjetividade e institucionalização no discurso de idosas. **Distúrbio comun**, v. 25, n. 1, p. 35-45, abril. 2013.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 1ed. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saud_e.pdf>. Acesso em: 27 de junho de 2016.

MICHAEL, A. L. J; RAPP, K. K. Long-term use of benzodiazepines in older patients in Germany: a retrospective analysis. **Therapeutic Advances Psychopharmacology**, v. 7, n. 6-7, p. 191-200, 2017.

MOSCA, C; CORREIA, P. O medicamento no doente idoso. **Revista Acta Farmacêutica Portuguesa**, v. 2, n. 1, 2012.

NALOTO, D. C. C et al. Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 21, v. 4, p. 1267-1276, 2016.

NESPOLLO, A. M et al. Condições de saúde e desempenho da memória: um estudo com idosas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 668-74, 2017.

NETO, A. V. L et al. Considerações sobre o uso de medicamentos em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 16, n. 4, p. 48-53, 2014.

NEVES, S. J. F et al. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 759-68, 2013.

NORDON, D. G. et al. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 3, p. 152–158, 2009.

OLIVEIRA, M. P. F.; NOVAES, M. R. C. G. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1069–1078, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, p. 62, 2005. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 19 de outubro de 2017.

PRESTA, S. A. et al. Caracterização e condições de saúde dos idosos do município de Passo Fundo, no Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 9, n. 29, p. 31–38, 2011.

QUINTANA, M. I et al. Psychotropic Drug Use in São Paulo, Brazil – An Epidemiological Survey. **PLoS One**, v. 10, n. 8, 2015.

RAMOS, L, R et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 2, 2016.

REIS, K. M. C.; JESUS, C. A. C. Relationship of polypharmacy and polypathology with falls among institutionalized elderly. **Texto e Contexto – Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. e03040015, 2017.

RIMKUS, C. D. M et al. Causes , effects and connectivity changes in MS-related cognitive decline. **Revista Dementia e Neuropsychologia**, v. 10, n. 1, p. 2–11, 2016.

RODRIGUEZ, J. A. C et al. Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos. **Revista Médica Risaralda**, v. 22, n. 1, p. 52-57, 2016.

ROSA, P. V. et al. Perfil dos idosos residentes em instituições de longa permanência da região sul do país. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 8, n. 1, p. 38–47, 2012.

SALES, A. S.; SALES, M. G. S.; CASOTTI, C. A. Perfil farmacoterapêutico e fatores associados à polifarmácia entre idosos de Aiquara, Bahia, em 2014*. **Epidemiologia e Serviços Saúde**, v. 26, n. 1, p. 121–132, 2017.

SÁNCHEZ, M. P. V et al. Evolución de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos. **Revista Espana Salud Pública**, v. 87, p. 247-255, 2015.

SCHALLEMBERGER, J. B.; COLET, C. F. Assessment of dependence and anxiety among benzodiazepine users in a provincial municipality in Rio Grande do Sul, Brazil. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 38, n. 2, p. 63–70, 2016.

SICILIA, A. B. G. et al. Analisis de la prescripción farmacológica en pacientes institucionalizados. **Semergen – Medicina de Familia**, v. 41, n. 8, p. 413–420, 2015.

SILVA, A. G; GARBACCIO, J. L. Registro do uso de antimicrobianos em Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 2, p. 325-334, 2016.

SILVA, A. R. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, n. 66, v. 1, p. 45-51, 2017.

SILVA, E. A; MACEDO, L. C. Polifarmácia em idosos. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 6, n. 3, p. 477-486, 2013.

SILVA, J. et al. Impact of insomnia on self-perceived health in the elderly. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 75, n. 5, p. 277–281, 2017.

SILVA, N. M. N. Caracterização de uma instituição de longa permanência para idosos. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 9, n. 1, p. 159-166, 2017.

SILVA, R; SCHMIDT, O. F; SILVA, S. Polifarmácia em geriatria. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, v. 56, n. 2, p. 164-174, 2012.

SILVEIRA, M. M.; PORTUGUEZ, M. W. Analysis of life quality and prevalence of cognitive impairment, anxiety, and depressive symptoms in older adults. **Estudos de Psicologia**, v. 34, n. 2, p. 261-268, 2017.

SMANIOTO, F. N.; HADDAD, M. C. L. Avaliação da farmacoterapia prescrita a idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 4, p. 523–527, 2013.

TRINDADE, A. P. N. T et al, Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Revista Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 2, p. 281-289, 2013.

URRA, S; MELIZ, J. L. G. Polifarmacia en el adulto mayor. **Revista Habanera de Ciencias Médicas**, v. 12, n. 1, p. 142-151, 2013.

VERAS, R. P. Chronic disease management: mistaken approach in the elderly. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, dez. 2011.

VIANA, D. A et al. Educação em saúde como estratégia para promoção do envelhecimento saudável – revisão integrativa da literatura. **Jornal De Ciências Biomédicas e Saúde**, v. 1, n. 3, p. 50-58, 2016.

VIEL, A. M et al. Interações medicamentosas potenciais com benzodiazepínicos em prescrições médicas de pacientes hospitalizados. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 35, n. 4, p. 589-596, 2014.

ANEXOS

Anexo A. Questionário de coleta de dados



PROCAD: UNICAMP/UCB/UPF

Padrões de envelhecimento e longevidade: aspectos biológicos, educacionais e psicossociais de idosos institucionalizados.

CONTROLE, A SER PREENCHIDO PELO SUPERVISOR

STATUS DO PREENCHIMENTO DO PROTOCOLO	<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Retornar ao campo <input type="checkbox"/> Perdido	Data: __/__/____ Assinatura:
ENCAMINHADO PARA DIGITAÇÃO		Data: __/__/____ Assinatura
DIGITADO		Data: __/__/____ Assinatura:
DIGITAÇÃO CONFERIDA	<input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Retornou para digitação	Data: __/__/____ Assinatura:
DIGITAÇÃO FINALIZADA	<input type="checkbox"/> Com sucesso <input type="checkbox"/> Protocolo perdido	Data: __/__/____ Assinatura:

CONTROLE, ENTREVISTA

ILPI:		NÚMERO DO QUESTIONÁRIO:
INÍCIO DA ENTREVISTA: ____:____	TÉRMINO DA ENTREVISTA: ____:____	DURAÇÃO DA ENTREVISTA: _____ min.
ENTREVISTADOR 1:		
ENTREVISTADOR 2:		

BLOCO A - IDENTIFICAÇÃO

A 1. Nome ILPI:	
A 2. Rua/Av.:	
A 5. Bairro:	
A 6. Tipo de ILPI : 1. Privada com fins lucrativos (2) Filantrópicas	

BLOCO B - VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

1 NOME IDOSO:	
2 B 1. Idade: _____ anos	3 Data de nascimento: __/__/____
B 3. Sexo 1. Masculino 2. Feminino	
B 4. Cor/raça: 1. Branca 2. Preta 3. Parda 4. Amarelo 5. Indígena	
B 5. Estado civil: 1. Casado(a)/companheiro (a) 2. Solteiro(a) 3. Divorciado(a)	

4. Viúvo (a)	99. NR			
1.	B 6. Qual foi sua ocupação durante a maior parte de sua vida?			
2.	B.7. Tempo de internação na ILPI: _____anos _____ meses			
3.	B 7. Seu companheiro (a) mora na ILPI?			
4.	1. Sim	2. Não	3. Não se aplica	
5.	B 8. Recebe visita de familiares? 1. Sim 2. Não			
B 8a. Se sim, qual familiar visita com maior frequência?				
B 9. Marido/mulher / companheiro/a	1. Sim	2. Não	88. NA	
B 10. Filho/s ou enteado/s	1. Sim	2. Não	88. NA	
B 11. Neto/s	1. Sim	2. Não	88. NA	
B 12. Bisneto/s	1. Sim	2. Não	88. NA	
B 13. Outro/s parente/s	1. Sim	2. Não	88. NA	
B 14. Amigo	1. Sim	2. Não	88. NA	
B 15. Quantas pessoas dormem no mesmo quarto incluindo o (a) senhor (a)? _____				
B 16. De onde provém os recursos para o pagamento da ILPI				
1. Recursos próprios	1. Sim	2. Não	3. NA	
2. Recursos próprios + família	1. Sim	2. Não	3. NA	
3. Recursos próprios + verba pública	1. Sim	2. Não	3. NA	
4. Outros _____				
B17. De onde provém os recursos para o seu tratamento				
1. Recursos próprios	1. Sim	2. Não	3. NA	
2. Recursos SUS	1. Sim	2. Não	3. NA	
3. Recursos próprios + família	1. Sim	2. Não	3. NA	
4. Recursos próprios + verba pública	1. Sim Não	1. Sim	2. Não	3. NA
5. Via Judicial	1. Sim	2. Não	3. NA	
6. Outros _____				
B18. Se uso de nutrição, enteral de provém os recursos onde				
1. Recursos próprios	1. Sim	2. Não	3. NA	
2. Recursos SUS	1. Sim Não	1. Sim	2. Não	3. NA
3. Recursos próprios + família	1. Sim	2. Não	3. NA	
4. Recursos próprios + verba pública	1. Sim Não	1. Sim	2. Não	3. NA
5. Via Judicial	1. Sim	2. Não	3. NA	
6. Outros _____				
MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL				
Agora vou lhe fazer algumas perguntas que exigem atenção e um pouco de sua memória. Por favor, tente se concentrar para responde-las.			CERT O	ERRA DO
C 1. Que dia é hoje?			1	0
				99

C 2. Em que mês estamos?	1	0	99
C 3. Em que ano estamos?	1	0	99
C 4. Em que dia da semana estamos?	1	0	99
C 5. Que horas são agora aproximadamente? (Considere correta a variação de mais ou menos uma hora)	1	0	99
C 6. Em que local nós estamos? (dormitório, sala, apontando para o chão).	1	0	99
C 7. Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo)	1	0	99
C 8. Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?	1	0	99
C 9. Em que cidade nós estamos?	1	0	99
C 10. Em que estado nós estamos?	1	0	99
<p>Vou dizer 3 palavras, e o/a senhor/a irá repeti-las a seguir: CARRO, VASO, TIJOLO. (Falar as três palavras em seqüência. Caso o idoso não consiga, repita no máximo 3 vezes para aprendizado. Pontue a primeira tentativa)</p>			
C 11. Carro	1	0	99
C 12. Vaso	1	0	99
C 13. Tijolo	1	0	99
<p>Gostaria que o/a senhor/a me dissesse quanto é (Se houver erro, corrija e prossiga. Considere correto se o idoso espontaneamente se corrigir).</p>			
C 14. 100 - 7	1	0	99
C 15. 93 - 7	1	0	99
C 16. 86 - 7	1	0	99
C 17. 79 - 7	1	0	99
C 18. 72 - 7	1	0	99
<p>O/a senhor/a consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco? Atenção: o entrevistador não deve dizer as palavras.</p>			
C 19. Carro	1	0	99
C 20. Vaso	1	0	99
C 21. Tijolo	1	0	99
C 22. Mostre um RELÓGIO e peça ao entrevistado que diga o nome	1	0	99
C 23. Mostre uma CANETA e peça ao entrevistado que diga o nome	1	0	99
C 24. Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”. (Considere somente se a repetição for perfeita)	1	0	99
<p>Agora pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio e coloque-o no chão. (Falar todos os comandos de uma vez só)</p>			
C 25. Pega a folha com a mão correta	1	0	99
C 26. Dobra corretamente	1	0	99
C 27. Coloca no chão	1	0	99

C 28. Vou lhe mostrar uma folha onde está escrita uma frase. Gostaria que fizesse o que está escrito: “FECHE OS OLHOS”	1	0	99
C 29. Gostaria que o/a senhor/a escrevesse uma frase de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande. (Escrever a frase na próxima folha) (Oferecer esta folha ao idoso, cobrindo os itens até este ponto)	1	0	99
C 30. Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que o/a senhor/a copiasse, tentando fazer o melhor possível. (O idoso deverá desenhar na folha em branco depois desta. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados e 10 ângulos, formando uma figura com 4 lados e 2 ângulos)	1	0	99
C 31. Pontuação Total: _____			

Notas de corte para o Mini Exame do Estado Mental

Analfabetos: 17

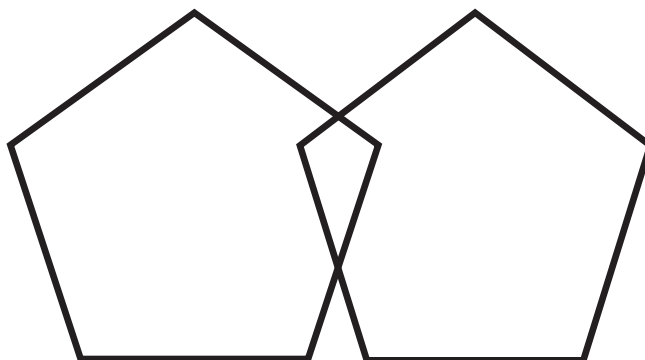
1 a 4 anos de escolaridade: 22

5 a 8 anos de escolaridade: 24

9 ou mais anos der escolaridade: 26

C 29. FRASE:

C 30. DESENHO:



C32. Orientação lateral: antes de começar a aplicar o Mini Addembrooke, observar/perguntar se o idoso é destro ou canhoto 1. Destro 2. Canhoto	
C33. Perguntar: Qual é sua profissão: _____ (não aceitar a resposta aposentado. Perguntar o que o idoso fazia antes de se aposentar).	

MINI-EXAME COGNITIVO DE ADDEMBROOKE

C34. Atenção

Perguntar: Qual é	o dia da semana? _____	o dia do mês? _____	o mês? _____	o ano? _____	Atenção [Escore 0-4] <input type="text"/>
-------------------	---------------------------	------------------------	-----------------	-----------------	---

C35. Memória

<p>Diga: “ Eu vou lhe dar um nome e um endereço e eu gostaria que você repetisse depois de mim. Nós vamos fazer isso três vezes, assim você terá a possibilidade de aprendê-los. Eu vou lhe perguntar mais tarde.”</p> <p>Pontuar apenas a terceira tentativa:</p>	<p>Memória [Escore 0 – 7]</p> <input data-bbox="1409 293 1485 331" type="text"/>
--	---

	1ª Tentativa	2ª Tentativa	3ª Tentativa
Renato Moreira	_____	_____	_____
Rua Bela Vista 73	_____	_____	_____
Carazinho	_____	_____	_____
Rio Grande do Sul	_____	_____	_____

6. C36. Fluência – animais

<p>7. Diga : “Agora o/a senhor/a dizer o maior número de animais que conseguir, começando com qualquer letra? O/a senhor/a tem um minuto. Pode começar.”</p>	<p>Fluência [Escore 0 – 7]</p> <input data-bbox="1294 943 1370 981" type="text"/>
---	--

				17-21	6
				14-16	5
				11-13	4
				9-10	3
				7-8	2
				5-6	1
				<5	0
				total	acertos

C37. DESENHO DO RELÓGIO

<p>Peça ao idoso para desenhar o mostrador de um relógio com os números dentro e os ponteiros marcando 5:10 (cinco e dez).</p>	<p>Visual espacial [Escore 0-5]</p>
<p>Para pontuar veja o manual de instruções: círculo = 1; números = 2; ponteiros = 2, se todos corretos)</p>	<input data-bbox="1370 1480 1447 1518" type="text"/>

C 38. RECORDAÇÃO

<p>Peça “Agora o/a senhor/a vai me dizer o que você se lembra daquele nome e endereço que nós repetimos no começo”.</p>

Renato Moreira Rua Bela Vista 73 Passo Fundo Rio Grande do Sul	Memória [Escore 0-7] <input type="text"/>
ESCORE TOTAL		/ 30

BLOCO G
VARIÁVEIS DE SAÚDE

De um ano para cá, algum médico disse que o/a senhor/a tem as seguintes doenças?	Diagnósticos			
G 1. Doença do coração, como angina, infarto do miocárdio ou ataque cardíaco	1.Sim	2.Não	99. NR	
G 2. Pressão alta / hipertensão	1.Sim	2.Não	99. NR	
G 3. Derrame / AVC / Isquemia	1.Sim	2.Não	99. NR	
G 4. Diabetes Mellitus	1.Sim	2.Não	99. NR	
G 5. Tumor maligno / Câncer	1.Sim	2.Não	99. NR	
G 6. Artrite ou reumatismo	1.Sim	2.Não	99. NR	
G 7. Doenças do pulmão, por exemplo bronquite e enfisema.	1.Sim	2.Não	99. NR	
G 8. Depressão	1.Sim	2.Não	99. NR	
G 9. Osteoporose	1.Sim	2.Não	99. NR	
G 9a Demência	1.Sim	2.Não	99. NR	
G9b Parkinson	1.Sim	2.Não	99. NR	
Problemas de saúde				
Nos últimos 12 meses o/a senhor/a teve algum destes problemas?	1.Sim	2.Não	99.NR	
G 10. Incontinência urinária (ou perda involuntária da urina)?	1.Sim	2.Não	99.NR	
G 11. Incontinência fecal (ou perda involuntária das fezes)?	1.Sim	2.Não	99.NR	
G 14. Perda de apetite?	1.Sim	2.Não	99.NR	
G 25. Teve dificuldade de memória, de lembrar-se de fatos recentes?	1.Sim	2.Não	99.NR	
G101. Lesões de pele, feridas ou escaras?	1.Sim	2.Não	99.NR	

G102. Internação hospitalar?	1.Sim	2.Não	99.NR	
Se sim, quantas vezes? _____				
G104. Dificuldade para mastigar alimentos sólidos?	1.Sim	2.Não	99.NR	
G105. Dificuldade para engolir alimentos?	1.Sim	2.Não	99.NR	
I 614. Sensação de alimento parado ou entalado na garganta?	1.Sim	2.Não	99.NR	
I 615. Retorno do alimento pela garganta ou pelo nariz?	1.Sim	2.Não	99.NR	
Dor crônica				
I 616. Nos últimos 6 meses o/a senhor/a tem tido alguma queixa dor crônica (que não passa), contínua (a maior parte do tempo) ou intermitente (ela vai e vem)?	1.Sim	2.Não	99.NR	
Insônia				
G 601. Acorda de madrugada e não pega mais no sono?	1.Sim	2.Não	99.NR	
G 602. Fica acordado/a a maior parte da noite?	1.Sim	2.Não	99.NR	
G 603. Leva muito tempo para pegar no sono?	1.Sim	2.Não	99.NR	
G 604. Dorme mal à noite?	1.Sim	2.Não	99.NR	
G605. Total = (pontuação > 1 → insônia)	1.Sim	2.Não	99.NR	
SONO OU COCHILO DURANTE O DIA				
F39. Dorme ou cochila durante o dia?		1.Sim 2.Não	99.NR	
USO DE MEDICAMENTOS				
G 28. Nos últimos 3 meses o/a senhor/a vem tomando algum medicamento receitado por algum médico?		1.Sim 2.Não	88.NA	
G 28a Se sim quantos _____				
D8. Faz uso de algum medicamento para hipertensão (pressão alta)?		1.Sim 2.Não	99.NR	
G 201. Faz uso de insulina? /		1.Sim 2.Não	88. NA	
G 201a. Faz uso de medicamento para diabetes?		1.Sim 2.Não	88. NA	
G 202. Faz uso de alguma vitamina?		1.Sim 2.Não	88. NA	
G 203. Faz uso de algum remédio para depressão?		1.Sim 2.Não	88. NA	
G 28b Liste os medicamentos usados			88. NA	
1.	5.	9.		
2.	6.	10.		
3.	7.	11.		
4.	8.	12.		
TABAGISMO				
G 39. O/a senhor/a fuma atualmente?	1. Sim	2. Não (ir para a questão G41)	99. NR	
G 40. Para os que responderam <u>SIM</u> à questão G39, perguntar:				

Há quanto tempo o/a senhor/a é fumante? ” _____ ano/s _____ mes/es	
G 41. Para os que responderam NÃO à questão G39 , perguntar: “Já fumou e largou?”	
1.Sim 2.Não 99. NR	
AVALIAÇÃO SUBJETIVA DA SAÚDE	
G 45. De um modo geral, como o/a senhor/a avalia a sua saúde no momento atual?	
1.Muito ruim 2. Ruim 3. Regular 4. Boa 5.Muito boa 99. NR	
G 46. Como o/a senhor/a avalia sua saúde em comparação com a de outras pessoas da sua idade?	
1.Muito pior 2. Pior 3.Igual 4. Melhor 5. Muito Melhor 99. NR	
G 47. Como o/a senhor/a avalia a sua saúde hoje, em comparação com a de 1 ano atrás	
1.Muito pior 2. Pior 3. Igual 4. Melhor 5. Muito Melhor 99. NR	
G 48. Como o/a senhor/a avalia o cuidado que dedica à sua saúde?	
1.Muito pior 2. Pior 3. Igual 4. Melhor 5. Muito Melhor 99. NR	
G 49. Como o/a senhor/a avalia o seu nível de atividade em comparação com o de 1 ano atrás.	
1 Melhor 2 Igual 3 Pior 88. NA 99. NR	

APÊNDICES

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Padrões de envelhecimento e longevidade: aspectos biológicos educacionais e psicossociais

Pesquisador: Marilene Rodrigues Portella

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60015816.1.0000.5342

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.097.278

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa em parceria com instituições de ensino superior, a Unicamp (Programa de pós-graduação em gerontologia), a Universidade Católica de Brasília (Programa de pós-graduação em gerontologia) e Universidade de Passo Fundo (Programa de pós-graduação em envelhecimento Humano) financiado pela Capes, edital ProcaD No 71/2013. Será realizado estudo de corte transversal, de base populacional, com idosos residentes em ILPI no município de Passo Fundo, com o objetivo de identificar relações entre variáveis de risco de natureza demográfica e socioeconômica, clínicas, eventos estressantes vividos na infância e na velhice, indicadores de reserva cognitiva, saúde física, recursos sociais e elementos de resiliência psicológica. Serão incluídos todos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, independente de sexo. Serão excluídos, aqueles idosos que estiverem hospitalizados no dia da entrevista, não compreenderem a língua portuguesa. Serão consideradas perdidas os indivíduos elegíveis que se recusarem a participar, não assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, não forem encontrados na ILPI após três tentativas dos entrevistadores, em dias e horários alternados. A coleta de dados se constituirá a partir de um questionário com 23 Blocos contemplando as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, situação conjugal, escolaridade, renda, local onde vive), as relacionadas a saúde em geral (doenças crônicas, dependência para atividades de vida

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo

Bairro: Divisão de Pesquisa / São José **CEP:** 99.052-900

UF: RS **Município:** PASSO FUNDO

Telefone: (54)3316-8157

E-mail: cep@upf.br

Continuação do Parecer: 2.097.278

diaria e estado cognitivo), saúde bucal, saúde dos pés, fragilidade, nutrição, religiosidade, felicidade. Os dados serão analisados por meio do software Stata V.10. Serão utilizados testes paramétricos ou não paramétricos para analisar as relações de dependência entre as variáveis pesquisadas. Para comparar os grupos, serão empregados os testes qui-quadrado de Pearson e a tendência linear na análise bruta e o modelo de regressão logística binária na análise ajustada, com medidas de efeito expressas em odds ratio. Os dados serão analisados para um nível de significância de 5%. Para entrada no modelo múltiplo, serão consideradas as variáveis com $p < 0,20$. A intenção com esse projeto (guarda-chuva) é permitir a realização de subprojetos pelos alunos do Mestrado em Envelhecimento Humano, da Especialização *latu sensu* e da graduação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Comparar amostras de idosos com 60 anos e mais, residentes em instituições de longa permanência, com relação a sexo, idade, renda, exposição a eventos de vida estressantes na adultez e na velhice, condições de saúde física, fragilidade, sintomas depressivos, cognição e elementos de resiliência psicológica e identificar relações entre essas variáveis.

Objetivo Secundário:

a. Caracterizar idosos com 60 anos e mais, residentes em ILPIs de Passo Fundo, com relação a variáveis socioeconômicas e demográficas, a experiência de eventos de vida, as condições de saúde, a reserva cognitiva e a indicadores de resiliência psicológica. b. Investigar relações entre as variáveis de risco de natureza demográfica e econômica e as condições de saúde, relações essas mediadas por aspectos de resiliência psicológica e por recursos sociais. c. Avaliar as condições de saúde bucal e função mastigatória. d. Identificar as alterações podológicas presentes nos pés de idosos institucionalizados no município de Passo Fundo, RS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A entrevista a ser realizada com o idoso, nessa pesquisa, não oferece risco, o que poderá ocorrer e o cansaço da pessoa em função do tempo de atenção dispensado, previsto de aproximadamente uma hora para a realização do questionário. No caso de manifestação de cansaço ou indisposição a entrevista será interrompida imediatamente e a pesquisadora agendará outra data para a continuação da atividade.

Benefícios:

Acredita-se que a participação da pessoa nesse estudo se reveste de benefícios, pois permitirá

Endereço: BR 285- Km 292 Câmpus I - Centro Administrativo

Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.052-900

UF: RS Município: PASSO FUNDO

Telefone: (54)3316-8157

E-mail: cep@upf.br

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-



Continuação do Parecer: 2.097.278

delinear as condições de saúde das pessoas institucionalizadas. Da mesma forma, pontua-se como benefício que revertera no cuidado do idoso, o fato de que ao término do estudo será entregue, para a Instituição participante, um "Manual de atenção a pessoa idosa" um guia prático que abordará os principais problemas e agravos relacionado a saúde dos idosos e as medidas práticas de cuidados. Um material de fácil compreensão para ser utilizados na capacitação dos cuidadores.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de corte transversal, de base populacional, com idosos residentes em ILPI no município de Passo Fundo, Carazinho e Bento Gonçalves, no estado do Rio Grande do Sul. Serão incluídos todos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, independente de sexo. Serão consideradas perdidas os indivíduos elegíveis que se recusarem a participar, não assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, não forem encontrados na ILPI após três tentativas dos entrevistadores, em dias e horários alternados. Para determinar o tamanho da amostra será utilizado como base as prevalências encontradas na literatura conforme desfecho a ser investigado em cada subprojeto. A coleta de dados se constituirá a partir de um questionário com 23 Blocos contemplando as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, situação conjugal, escolaridade, renda, local onde vive), as relacionadas a saúde em geral (doenças crônicas, dependência para atividades de vida diária e estado cognitivo), saúde bucal, saúde dos pés, fragilidade, nutrição, religiosidade, felicidade. (ANEXO A) O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) será utilizado para avaliar o estado mental/cognitivo. Dependendo das condições dos idosos, incapacidade de fala ou algum problema físico que o impeça de desempenhar o MEEM, utilizar-se-á o questionário de PFEFFER (QPAF), com questões direcionadas ao acompanhante ou cuidador do idoso sobre a capacidade deste em desenvolver determinadas funções. Para verificar o nível de dependência para realizar as atividades de vida diária, será utilizado o Índice de Katz. No caso de impossibilidade do idoso em responder o MEEM, será utilizado o PFEFFER, instrumento destinado ao cuidador ou responsável pelo idoso. Com o objetivo de avaliar a personalidade, os recursos psicológicos para lidar com adversidades, e verificar a validade Concorrente/discriminante dos instrumentos de investigação, serão utilizados dois instrumentos: o Rorschach Performance Assessment System (R-PAS) e o Zulliger-Otimizado. Serão recrutados mestrandos e acadêmicos da área da saúde, bolsistas PIVIC/PIBIC, bolsistas Fapergs, CNPq e colaboradores para fazerem parte da equipe de entrevistadores. Deverão ter idade mínima de 18 anos e estarem matriculados em cursos da área da saúde. Todos os componentes da equipe passarão por um treinamento no qual será apresentado o projeto de pesquisa; receberão orientações quanto a abordagem ao idoso no

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.052-900
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8157

E-mail: cep@upf.br

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-



Continuação do Parecer: 2.097.278

domicílio e na instituição; informações sobre o questionário, com instruções e eliminação das dúvidas. A aplicação do questionário entre os pesquisadores também será realizada, como prática para familiarização dos procedimentos de coleta de dados. Todas as etapas serão supervisionadas e coordenadas pela equipe de pesquisa. Depois de revisados e codificados, os questionários serão liberados para digitação no Software SPSS V. 18. Dois digitadores serão responsáveis por essa tarefa, para identificar possíveis erros de digitação e imediata correção dessas informações. Posteriormente, o banco de dados será importado para o Software Stata V.10 para análise. Para a execução do projeto serão respeitadas as diretrizes da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das normas regulamentadoras e dos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Sugere-se prever no TCLE, além da interrupção da pesquisa em caso de indisposição do participante, que seja previsto também um encaminhamento a um profissional capacitado em caso de desconforto mais severo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_935054 E1.pdf	01/06/2017 15:41:40		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MRP.pdf	01/06/2017 15:40:13	Mariene Rodrigues Portella	Aceito
Brochura Pesquisa	projeto.pdf	01/06/2017 15:21:02	Mariene Rodrigues Portella	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/06/2017 15:03:03	Mariene Rodrigues Portella	Aceito
Outros	SVP_CA.pdf	01/06/2017 14:57:46	Mariene Rodrigues Portella	Aceito

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.052-900
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8157

E-mail: cep@upf.br

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-



Continuação do Parecer: 2.097.278

domicílio e na instituição; informações sobre o questionário, com instruções e eliminação das dúvidas. A aplicação do questionário entre os pesquisadores também será realizada, como prática para familiarização dos procedimentos de coleta de dados. Todas as etapas serão supervisionadas e coordenadas pela equipe de pesquisa. Depois de revisados e codificados, os questionários serão liberados para digitação no Software SPSS V. 18. Dois digitadores serão responsáveis por essa tarefa, para identificar possíveis erros de digitação e imediata correção dessas informações. Posteriormente, o banco de dados será importado para o Software Stata V.10 para análise. Para a execução do projeto serão respeitadas as diretrizes da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das normas regulamentadoras e dos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Sugere-se prever no TCLE, além da interrupção da pesquisa em caso de indisposição do participante, que seja previsto também um encaminhamento a um profissional capacitado em caso de desconforto mais severo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_935054 E1.pdf	01/06/2017 15:41:40		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MRP.pdf	01/06/2017 15:40:13	Mariene Rodrigues Portella	Aceito
Brochura Pesquisa	projeto.pdf	01/06/2017 15:21:02	Mariene Rodrigues Portella	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/06/2017 15:03:03	Mariene Rodrigues Portella	Aceito
Outros	SVP_CA.pdf	01/06/2017 14:57:46	Mariene Rodrigues Portella	Aceito

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo

Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.052-900

UF: RS Município: PASSO FUNDO

Telefone: (54)3316-8157

E-mail: cep@upf.br



PPGEH

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEF