

# A POPULAÇÃO IDOSA DE GURUPI: AVALIAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, DE SAÚDE E DO USO DE MEDICAMENTOS

Érica Eugênio Lourenço Gontijo<sup>1</sup>, Marcos Gontijo da Silva<sup>2</sup>, Ana Flavia Eugênio Lourenço<sup>3</sup>, Nancy Julieta Inocente<sup>4</sup>

Este estudo se propõe a avaliar o perfil sociodemográfico, as principais doenças e os principais medicamentos usados pelos idosos atendidos no ambulatório do centro universitário UNIRG de Gurupi, Tocantins. Realizou-se uma pesquisa usando como ferramenta, questionários de identificação da amostra e classificação econômica com 217 idosos. A maior parte dos idosos pesquisados (65,90%) estava inserida na faixa etária entre 60 e 70 anos, 61,80% eram do sexo feminino, 95,10% pertenciam às classes sociais C e D, 31,30% eram analfabetos, 42,40% apresentavam hipertensão, 26,27% problemas na coluna e 23,04% diabetes. Os principais medicamentos usados foram captopril, usado por 27,65%, hidroclorotiazida por 27,19% e ácido acetil salicílico por 15,67% dos pesquisados. O principal efeito adverso ao uso de medicamentos foi sonolência, presente em 27,50% dos idosos.

**Palavras-chave:** Idosos, medicamentos, doenças.

This study aims to evaluate the socio-demographic profile, major diseases and the main drugs used by the elderly outpatient clinic of the university center UNIRG Gurupi, Tocantins. We conducted a survey using a questionnaire applied to 217 elderly for identification and economic classification. Most of the elderly respondents (65.90%) were inserted between the ages of 60 and 70 years, 61.80% were female, 95.10% belonged to social classes C and D, 31.30% were illiterate, 42.40% had hypertension, spinal problems 26.27% and 23.04% diabetes. The main used drugs were captopril, 27.65%, hydrochlorothiazide by 27.19% and acetylsalicylic acid by 15.67% of respondents. The main adverse addicted to drug use were somnolence, present in 27.50% of the elderly.

**Keywords:** Elderly, medications, diseases.

---

<sup>1</sup> Professora auxiliar do curso de Análises clínicas do Centro Universitário UNIRG, Av. Rio de Janeiro entre ruas 9 e 10, Centro, Gurupi - TO, CEP: 77435-100, Fone: (63) 8438-1391. E-mail: Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional E-mail: [ericagontijo1@yahoo.com.br](mailto:ericagontijo1@yahoo.com.br).

<sup>2</sup> Professor adjunto de Parasitologia do Centro Universitário UNIRG, Av. Rio de Janeiro entre ruas 9 e 10, Centro, Gurupi - TO, CEP: 77435-100, Laboratório de Parasitologia, Fone: (63) 8438-1391. E-mail: [gontijobio@yahoo.com.br](mailto:gontijobio@yahoo.com.br).

<sup>3</sup> Farmacêutica, e Mestre em medicina Tropical e professora do curso de Farmácia da Faculdade Estácio de Sá.

<sup>4</sup> Orientadora - Professora do Programa de Pós-graduação em Gestão e Desenvolvimento Regional - PPGDR - Universidade de Taubaté - Rua Visconde do Rio Branco, 210 Centro - 12020-040 - Taubaté/SP - Brasil - [nancyinocente@gmail.com](mailto:nancyinocente@gmail.com)

## 1. INTRODUÇÃO

O rápido envelhecimento da população que vem sendo observado recentemente em nosso meio tem requerido novas políticas e programas para os idosos, fazendo-se necessário conhecer as características dessa população nas diferentes regiões do Brasil (BENADETTI, 2006).

Nas últimas 4 décadas, o Brasil mudou o seu perfil de mortalidade deixando o seu perfil de população jovem para quadro constituído por doenças problemáticas e onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas. Esse envelhecimento da população tem como resultado, nos próximos anos, desafios cada vez maiores aos serviços de saúde (VERAS, 2003).

Em um quadro apresentado por grandes diferenças regionais e sociais, as pessoas acima dos sessenta anos não encontram amparo apropriado no sistema público de saúde e previdência, armazenando sequelas das doenças crônico-degenerativas, adquirindo incapacidades e perdendo independência, bem como qualidade de vida (BENADETTI, 2006).

Em termos de utilização dos serviços de saúde, o aumento dos idosos na população implica no maior número de problemas de longa duração que, frequentemente, exigem intervenções custosas (VERAS, 2003).

Com relação à saúde Buss (2000), concluiu que esta contribui de forma importantíssima à qualidade de vida de indivíduos ou populações. Do mesmo modo, é conhecido que várias partes da vida social contribuem para elevação da qualidade de vida, é de grande relevância para a população alcançar um perfil de saúde elevado. É importante ter não apenas acesso a serviços médicos de qualidade, mas é necessário defrontar os fatores determinantes da saúde em todo o seu aspecto, o que exige políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação

intersectorial do poder público e a mobilização da população.

Por isso, é de fundamental importância esboçar políticas específicas, sendo muito importante o conhecimento das necessidades e condições de vida desse segmento etário (VERAS, 2003).

Fundamentado nessa realidade esse trabalho se propõe a avaliar o perfil dos idosos atendidos no Ambulatório do Centro Universitário UNIRG em Gurupi.

## 2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O presente estudo, quanto ao objetivo, caracteriza-se como pesquisa do tipo descritiva e delineamento de levantamento de dados, com abordagem quantitativa, usando como ferramenta, um Questionário de Identificação da Amostra adaptado do questionário de Inocente, (2005). O questionário visa obter dados demográficos dos pesquisados, bem como dados sobre a saúde, bem-estar, qualidade e expectativa de vida dos idosos. O questionário contém dados sociodemográficos e classificação econômica.

Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), é um instrumento que avalia a classificação econômica no Brasil através da avaliação do poder de compra das pessoas sem utilizar a classificação em termos de "classes sociais".

O CCEB utiliza algumas características, como por exemplo, a presença e quantidade de posse de itens domiciliares (como: televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista (aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana), máquina de lavar, videocassete ou DVD, geladeira e freezer), utiliza também como critério de classificação econômica o grau escolaridade do chefe de família para diferenciar a população.

Esse critério utiliza o sistema de pontos de acordo com a característica do domicílio, quanto maior a quantidade de

posse de itens domiciliar maior a somatória de pontos. Essa somatória varia de 0 a 4 de acordo com a quantidade de itens na casa. O único critério diferente em relação aos pontos e quanto ao grau de instrução do chefe de família, que varia de 0 a 8 pontos, sendo que, quanto maior a instrução do chefe de família maior será a pontuação.

O CCEB realiza uma correspondência entre faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica, definidos por A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E.

A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

A pesquisa foi realizada com idosos, com idade superior a 60 anos, de ambos os sexos, que procuraram o ambulatório da cidade de Gurupi, estado do Tocantins no período compreendido entre maio de 2011 a agosto de 2012.

Para calcular o grupo amostral do respectivo trabalho foram realizados os seguintes procedimentos (SPIEGEL, 1999): verificação da população (500); variância S (0,25); margem de segurança Z = 1,96; margem de erro = 0,05. Assim, a amostra mínima será:  $n = 217$  de idosos.

Foram incluídos no estudo os idosos que concordaram em responder aos questionários e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) elaborado de acordo com a resolução 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta os protocolos de pesquisa com seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté e aprovado através do protocolo CEP/UNITAU no 108/11.

Os dados obtidos foram tratados quantitativamente por meio de uma planilha Excel e do software Minitab® v15. Foi utilizado o programa Excel 2007 para a tabulação e para a análise dos dados utilizou-se o programa Minitab®, utilizando estatística descritiva (média, desvio padrão, valor mínimo e máximo). Para a análise da consistência interna foi utilizado o índice de confiabilidade Alpha Cronbach. Foram aceitos como válidos na consistência interna o índice Alpha Cronbach > 0,6. O Teste Qui-Quadrado verificou a relação entre as variáveis e foi adotado um nível de significância de 5%.

### 3. RESULTADOS

Os 217 idosos pesquisados apresentavam idade entre 60 e 95 anos sendo que a faixa etária mais representativa foi a de 60 a 65 anos correspondendo a 42,40% do total de idosos (Tabela 1).

Tabela 1. Frequência relativa e absoluta da faixa etária dos idosos pesquisados em Gurupi, Tocantins, Brasil, 2012.

FAIXA ETÁRIA	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
60-65	92	42,40%
66-70	51	23,50%
71-75	37	17,05%
76-80	25	11,52%
81-85	6	2,77%
86-90	5	2,30%
91-95	0	0%
< 95	1	0,46%
	217	100,00%

Quanto ao estado civil 130 (59,9%) eram casados, 58 (26,7%) eram viúvos e 15 (6,90%) eram solteiros. Dos casados 58 estão juntos há mais de 36 anos. Quanto à idade do cônjuge 55 (24,35%) estão entre 71 e 80 anos e 74 (34,10%) idosos afirmam viver apenas com uma pessoa na casa.

Quanto à Classificação Econômica 107 (49,3%) pertenciam a classe C e 95 (45,8%) a classe D (Gráfico 1).

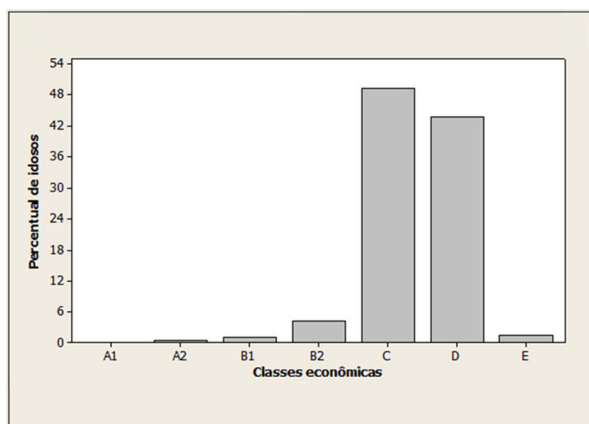


Gráfico 1. Classificação econômica dos idosos pesquisados em Gurupi, Tocantins, 2012.

- É possível observar uma maior predominância de idosos inseridos na classe C e D mostrando um baixo nível social destes.
- Destes, 31,3% dos pesquisados eram analfabetos e 68,7% sabiam ler e escrever. Em relação ao sexo dos idosos pesquisados, 61,8% eram do sexo feminino e 38,2% do sexo masculino.

Em relação à escolaridade, 38,2% desses idosos não possuíam nenhuma escolaridade, 39,6% possuíam apenas o ensino fundamental completo, 39,6% possuíam o ginásio completo e apenas 1,8% possuíam o ensino superior completo.

Quanto à região de origem, 38,2% são do Nordeste. Com relação ao estado de origem, 29,0% são do Tocantins, 18,9% do estado de Goiás e 17,5% vieram do Maranhão.

Em relação a filhos, 94,5% dos idosos possuem filhos, sendo que a quantidade média de filho por idoso é de 5,0 filhos. 57,5% dos filhos eram do sexo masculino e 42,5% do sexo feminino.

Em se tratando de ajuda, 97 (44,7%) responderam que são os filhos que mais

ajudam diariamente, 91 (41,9%) dos idosos entrevistados responderam que o esposo/a, 84(38,7%) as filhas e 45 (20,7%) disseram serem os netos as pessoas que mais auxiliam diariamente (Gráfico 2).

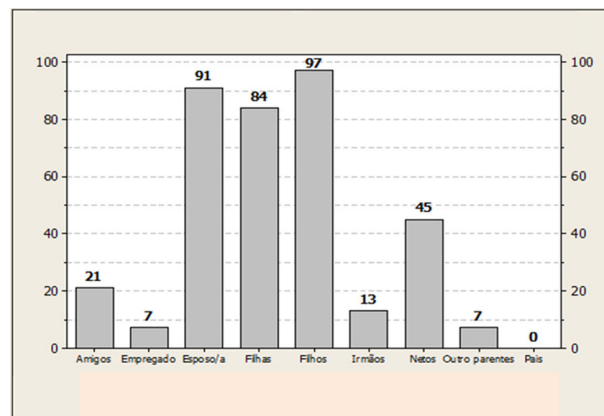


Gráfico 2. Quanto à ajuda recebida pelos idosos pesquisados em Gurupi, Tocantins, 2012.

Quanto ao hábito dos idosos, 93,1% dos idosos não fumam e 90,8% não ingerem bebida alcoólica (Gráfico 3).

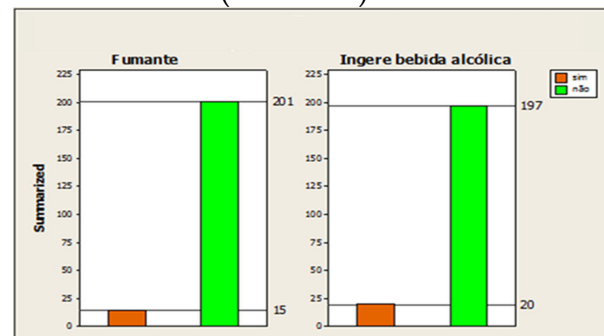


Gráfico 3. Quanto aos hábitos dos idosos pesquisados em Gurupi, Tocantins, 2012.

Em relação ao uso de apoio, 60,4% utilizam ponte ou dentadura, 59,0% utilizam óculos, 8,8% bengala e apenas 2,3% necessitam de cadeira de rodas (Gráfico 4).

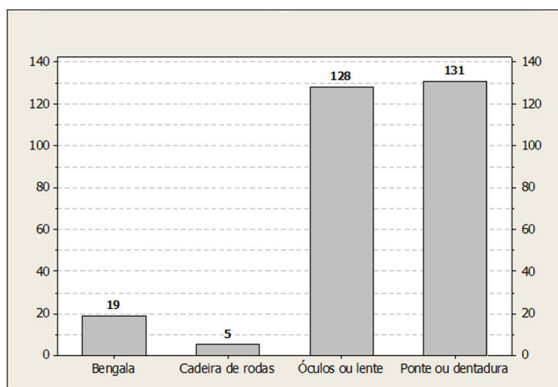


Gráfico 4. Quanto ao tipo de apoio usado pelos idosos pesquisados em Gurupi, Tocantins, 2012.

Em relação aos serviços de saúde mais usados, os valores mais significativos encon-

trados foram: consulta médica 94,9%, exames clínicos 56,2% e recebimento de medicação 46,5% (Gráfico 5).

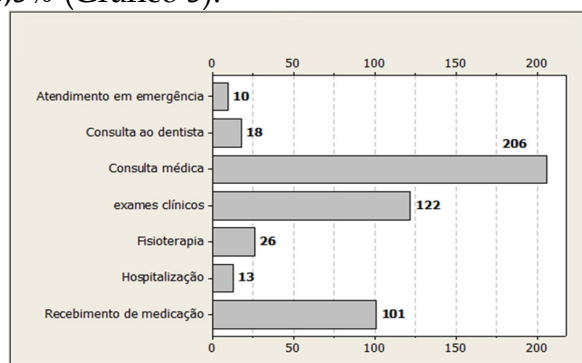


Gráfico 5. Quanto aos serviços de saúde mais usados pelos idosos pesquisados em Gurupi, Tocantins, 2012.

Tabela 2. Distribuição dos principais problemas de saúde em idosos pesquisados distribuídos por grupos nos idosos pesquisados em Gurupi, Tocantins, 2012.

Freq. Absoluta	Freq. relativa	Doença	Frequência Absoluta	Frequência relativa
<b>Problemas nas pernas</b>				
66	30,41%	Dor	26	39,39%
		Problemas no joelho	10	6,60%
		Formigamento	6	2,76%
<b>Problemas de visão</b>				
151	69,58%	Enxerga pouco	92	60,93%
		Catarata	32	21,19%
		Cego	8	3,69%
<b>Problemas de audição</b>				
55	25,34%	Dificuldade de escutar	50	90,90%
		Surdo	5	9,10%
<b>Problemas nos dentes</b>				
79	36,40%	Falta de dentes	76	96,20%
		Cáries	3	3,80%
<b>Incontinência urinária</b>				
50	23,04%	Descontrole na micção	50	100%

Quanto a problemas corriqueiros de saúde que causam incômodo, 30,4% afirmaram ter problemas que dificultam andar, 69,6% afirmam enxergar pouco, 25,3% afirmam que possuem dificuldade de escutar, 63,6% apresentam problemas nos dentes e 23,0% tem descontrolado miccional. Quanto aos problemas que dificultam enxergar 60,1% responderam possuir vista fraca, enquanto que 20,9% afirmam possuírem catarata. Em relação à dificuldade que possuem, 90,9% afirmam possuírem um pouco de dificuldade para escutar, enquanto que 9,1% disseram serem surdos de um ouvido. Quanto aos problemas nos dentes, a maioria (95,7%) dos idosos disse que possui o problema de faltar dentes e apenas 4,3% afirmaram que o problema que possuem nos dentes é a cárie (Tabela 2).

Aproximadamente 30,4% dos idosos afirmaram ter problemas que dificultam andar. Sendo que os problemas com maior prevalência foram principalmente dores (55,31%) e problemas no joelho (21,27%) (Tabela 3).

Quanto aos principais medicamentos utilizados pelos idosos, foi observado que 60 (27,65%) faziam uso de captopril, 59 (27,19%) faziam uso de hidroclorotiazida e 34 (15,67%) usavam ácido acetil salicílico (Gráfico 7). Desses 80 (36,87%) relataram sentir algum efeito adverso ao medicamento, o principal problema apresentado foi sonolência em 22 (27,50%) idosos.

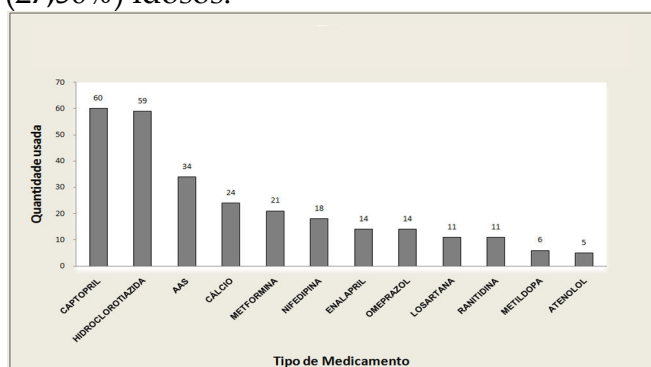


Gráfico 7. Principais medicamentos usados pelos idosos pesquisados em Gurupi, Tocantins, Brasil, 2012.

#### 4. DISCUSSÃO

O processo de envelhecer é um método corriqueiro em quase todos os seres vivos que, no seu decorrer, tem como resultado mudanças de modo somático e psíquico que estabelecem modificações da ligação do indivíduo com o meio que o cerca. Confort em 1979, refere-se ao processo de envelhecer como “a diminuição dos mecanismos que mantém a em condição de sobrecarga funcional”.

Esse processo de envelhecimento, em síntese, pode ser compreendido como um método de diminuição da reserva funcional, sem comprometimento, na maioria dos mecanismos, a função importante para exercer as atividades do cotidiano. A presença de um limite nas funções de maneira evidente, mesmo em um idoso de 90 anos, deve ser compreendida, portanto, como a resposta de um processo fisiopatológico, logo de uma doença, mais do que uma resposta atribuída ao processo natural de envelhecimento (senescência ou envelhecimento primário).

A amostra estudada mostra similaridade com os idosos do restante do Brasil onde a maior parte está inserida entre 60 e 65 anos, dado esse semelhante ao desse inquérito que encontrou cerca de 42,40% nessa mesma faixa etária, cerca de 31,30% dos pesquisados eram analfabetos, enquanto no Brasil, aproximadamente 32,20% dos idosos não sabem ler (IBGE, 2010).

A maior parte dos entrevistados pertence à classe C 107 (49,3%), seguidos da classe D 95 (45,8%), dados semelhantes aos encontrados a nível nacional. O método de classificação econômica Brasil dá ênfase à capacidade de comprar dos indivíduos, deixando de lado pretensão de classificar os indivíduos em termos de classes sociais. A repartição de mercado definida é apenas de classes econômicas (ABEP, 2003).

Os indivíduos classificados entre as classes C e D apresentaram somatória de 8 a 22 pontos em uma escala que utiliza o sistema de pontos de acordo com a característica do domicílio, quanto maior a quantidade de posse de itens domiciliar, maior a somatória de pontos. Essa somatória varia de 0 a 4 de acordo com a quantidade de itens na casa. E o grau de instrução do chefe de família, que varia de 0 a 8 pontos, sendo que, quanto maior a instrução do chefe de família maior foi a sua pontuação.

Em relação ao sexo dos idosos pesquisados, 61,8% era do sexo feminino para 38,2% do sexo masculino, dado esse concordante com os indicadores nacionais. No Brasil em 2009, havia 94,8 homens no país para cada 100 mulheres. É conhecido como razão de sexo, que vem diminuindo devido à mortalidade masculina mais alta. Entre as grandes capitais, a menor porcentagem de sexo encontrada estava em Recife (85 pessoas do sexo masculino para cada cem do sexo feminino) e a maior, em Curitiba (94,6) (IBGE, 2010).

Moreira (2002), afirma que o envelhecimento incide diferencialmente por sexo. As do sexo feminino, beneficiadas que são por índices diminuídos de mortalidade, apesar da porcentagem de sexo ao nascer ser favorável aos indivíduos do sexo masculino, passam a ser mais numerosas do que estes na velhice, aproximadamente. Usualmente as razões de sexo bastante baixas localizam-se nas idades mais avançadas, onde se tem a presença dos efeitos cumulativos da maior mortalidade do sexo masculino são mais intensos. Pode-se esperar que, pelo menos num horizonte amplo temporal, os esperados aumentos da expectativa de vida do brasileiro se darão sustentando constante o significativo diferencial de mortalidade por sexo, espera-se com isso uma crescente feminização do envelhecimento nacional.

Quanto ao hábito de fumar e beber dos idosos, 6,90% dos idosos fumava e 9,20% ingeriam bebida alcoólica, dado esse inferior aos encontrados no Brasil onde, cerca de 12% dos idosos bebem e 15,4% tem hábito de fumar (GOULART, 2010; IBGE, 2010).

Como o envelhecimento da população, que atualmente já representa mais de 21 milhões de idosos com idade superior a 60 anos existe um aumento também de mais doenças crônicas, conseqüentemente o número de consultas aumenta. É, sabido que mais consultas desencadeiam um maior consumo de medicamentos, exigem mais exames complementares e hospitalizações. As necessidades em saúde passam a ter um padrão de distribuição, de acordo com a idade (em "J"), isto é, indivíduos na fase inicial, e na fase final da vida, apresentam muito mais problemas de saúde (IBGE, 2009).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostras em Domicílio (PNAD) de 2008, 22,6% dos idosos afirmaram não possuir doenças, dado esse diferente deste trabalho que apresentou apenas 6,5% sem nenhuma doença crônica, sendo que 84,4% dos idosos apresentavam mais de uma doença simultaneamente. A doença que apresentou uma alta representatividade foi a hipertensão (53,3% dos casos), posteriormente apresentou dores de coluna com 35,1%, valores inferiores ao deste inquérito que encontrou 60% de hipertensos e 45% de idosos com dores na coluna (IBGE, 2010).

A respeito das doenças mais prevalentes foi observado que 92 (42,40%) apresentavam Hipertensão, 57 (26,27%) problemas na coluna e 50 (23,04%) diabetes, dados esses com similaridade aos encontrados na literatura brasileira onde as principais doenças crônicas que afetam os idosos são as doenças cardiovasculares, como: depressão, arteriosclerose, dislipidemias, demência hipertensão arterial, diabetes mellitus, câncer, artrite, derrame e doenças pulmonares (IBGE, 2010).

Hoje no Brasil a Hipertensão Arterial é classificada como um dos principais agravos à saúde. Isto se dá por causa das suas conseqüentes complicações, como AVC (acidente vascular cerebral), doenças arteriais de extremidades, além de deficiências cardíacas e insuficiência renal crônica. A pressão alta aumenta o custo médico-social no Brasil (IBGE, 2010).

O Ministério da Saúde calcula que aproximadamente 22% dos indivíduos com idade superior a 20 anos sejam portadores de hipertensão arterial. A pressão alta é a grande responsável por 80% dos casos de acidente vascular cerebral, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio, e 40% das aposentadorias prematuras, levando a saúde pública um gasto de 475 milhões de reais anuais (IBGE, 2010).

A pressão alta é conhecida como um vilão silencioso, pois em várias vezes pode não possuir sintomas por vários anos, a pressão alta não diagnosticada pode acarretar em um ataque do coração fatal ou levar ao AVC (acidente vascular cerebral). Mesmo sendo considerada uma patologia incurável, um correto tratamento e a prevenção diminuem a incidência de hipertensão e suas sequelas. As mudanças no estilo de vida e na alimentação possuem um papel de destaque na prevenção primária e no tratamento da HAS.

Dores na coluna e artrite ou reumatismo também são frequentes e atingem 35,1% e 24,2% dos idosos acima de 60 anos (IBGE, 2010).

A respeito da diabetes, neste estudo, a prevalência de diabetes mellitus foi estimada em 23,04%. Em pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), realizada em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, foi encontrado resultado inferior para esse mesmo segmento populacional, com prevalência de 14% (FRANCISCO, et al., 2010). De acordo com

Alves (2010) a prevalência de diabetes em idosos do Rio de Janeiro é de 12,9%.

É simples perceber que conforme o homem vai envelhecendo, acumula patologias crônicas que provavelmente farão parte, com grande frequência, do seu patrimônio pessoal durante toda a existência. Porém é absolutamente notório que as patologias crônicas causem problemas maiores quando ocorrem de modo descontrolado.

Existe uma diferença significativa entre o indivíduo que possui a hipertensão arterial sistêmica (HAS) tratada de forma devida, daquele indivíduo que não a trata.

Assim, visando distinguir estas duas condições, a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de quarenta e sete, definiu "saúde como um estado repleto de bem estar físico, psíquico e social" (OMS, 1947). Resume, portanto, nesta frase, as condições adequadas de vida para um indivíduo, estando ele em qualquer idade, possuindo qualquer cultura ou perfil socioeconômico.

O termo saudável atributo de quem tem saúde, termo ainda entendido como "ausência de doenças". Assim fosse, contando com as técnicas diagnósticas atuais e com a elevação da expectativa de vida da população, seríamos todos "sentenciados" a não possuir saúde, portanto poderíamos ser considerados insanos já nas primeiras décadas de vida. Em relação ao idoso, fica evidente que este estado de saúde deve conviver juntamente com a existência de uma ou mais doenças crônicas.

Foi possível observar a existência de correlação entre a idade e a quantidade de doenças pelo teste de qui-quadrado onde foi encontrado ( $\chi^2 = 5,437$ ;  $P > 0,05$ ), comprovando assim a necessidade direta de medicamentos com o acréscimo da idade.

Dos pesquisados, 83,4% faziam uso de medicamentos diariamente, sendo que 69,12% usam mais de um medicamento. Desses, 44,40% relataram sentir algum efeito adverso



ao medicamento, o principal problema apresentado foi sonolência em 22 idosos.

Acredita-se que os idosos tenham que tomar muito medicamento. Existem pessoas que creem que quanto maior o número de medicamentos ingeridos maior a possibilidade de saúde. Contrariando essa ideia, dentre os processos de maior importância para o comprometimento da saúde de quem está envelhecendo, está a polifarmácia (que é o uso de 3 ou mais drogas concomitantemente), é um dos mais influentes. Em praticamente todas as pesquisas de risco para avaliação do prognóstico da quantidade de medicamentos ingeridos mostra correlação com os piores resultados (FILHO, 2009).

As reações adversas a medicamentos (RAMs) são os principais responsáveis por agravarem a saúde da pessoa idosa, constituindo um dos principais motivos de internação por um longo período e também responsável pela mortalidade entre pessoas idosas. Em geral, um melhor olhar para as possíveis causas responsáveis por cada manifestação clínica e da variabilidade de opções não medicamentosas disponíveis para controlá-las acaba se traduzindo por uma prescrição de poucos medicamentos muitas vezes retirando os excessos previamente utilizados.

Ao contrário do que muito se advoga em relação à dificuldade que as pessoas idosas possuem em mudar seus usos e costumes, as retiradas de uma grande parte dos medicamentos traz não apenas benefícios farmacodinâmicos, mas traz também benefícios financeiros e bem-estar individual.

Espera-se que qualquer profissional da saúde utilize seus conhecimentos para mobilizar o idoso a falar sobre a verdadeira necessidade dos medicamentos com quem os prescreveu. Todos (exceto talvez a indústria farmacêutica) terão resultados positivos com atitudes como esta. Deve-se dar uma atenção

diferenciada ao uso de medicamentos que retardam ou inibem o processo de envelhecimento. Atingem o ápice ao preconizar a “medicina antienvelhecimento”. Não existe, até o momento, nenhum indício convincente de que alguma substância possa interferir nessa evolução. Torna-se então importante argumentar enfaticamente contra estas propostas porque, além de maléfica à saúde e aos recursos financeiros de quem as utiliza, desviam muitas vezes os seus recursos financeiros necessários ou a credibilidade das outras ações que, corroboram para o envelhecimento saudável.

Dos principais medicamentos utilizados pelos idosos, se destaca o captopril que foi usado por 27,65%, hidroclorotiazida por 27,19% e ácido acetil salicílico por 15,67%. Esses dados são parecidos ao encontrado por Silva (2010), em pesquisa feita em Montes Claros, Minas Gerais, quanto aos medicamentos de uso comum entre os idosos entrevistados, os mais utilizados foram: Captropil (39%), Hidroclorotiazida (29,4%), Nifedipina (16,6%), Propranolol (15,5) e AAS (9,1%).

### 3. CONCLUSÃO

A pesquisa identificou que a maior parte dos idosos pesquisados possuía as seguintes características: estavam inseridos na faixa etária entre 60 e 70 anos, eram do sexo feminino, pertenciam às classes sociais C e D, eram alfabetizados, apresentavam hipertensão, problemas na coluna e diabetes e tiveram como principal efeito adverso ao uso de medicamentos, a sonolência.

Quanto às correlações entre as diferentes variáveis testadas foi observado que: quanto maior a idade, mais problemas de saúde foram encontrados; quanto melhor a saúde, mais felizes os pesquisados eram; quanto mais dor eles sentiam, mais infelizes se

encontravam e que quanto mais velhos, pior a sua classe social.

O reconhecimento de que a população idosa está cada vez maior é imprescindível e a necessidade da melhoria do seu capital social tem levado essa geração a repensar o modo como se relacionar com esse segmento. Alguma coisa já tem sido feita pelo poder público e por entidades particulares, públicas e filantrópicas: atendimento médico especializado, atendimento psicológico/psiquiátrico, atividades lúdicas e espaços de interação social direcionados a idosos.

Mas há um enorme potencial de contribuição positiva que está ainda por ser explorado. Nesse contexto, identificam-se indivíduos que buscam relacionar de forma diferente com os outros e a comunidade em geral. Esse processo inclui a busca do equilíbrio entre as necessidades individuais e as necessidades sociais nas etapas do relacionamento e forma de encarar a vida. Nesse sentido, o idoso passa a considerar os aspectos da comunidade e o impacto sobre a vida de cada membro.

Para que ocorra o desenvolvimento, é necessário retirar as essenciais fontes que impedem o processo do desenvolvimento, como por exemplo, a pobreza, escassez de oportunidades financeiras e a tirania. Muitas das vezes mundo atual tem recusado em promover a liberdade substancial a um grande número de indivíduos. Esse fato pode ser associado à insuficiência de recursos financeiros que privam a população de possuir alimentação necessária para suprir todas as suas necessidades, ou até mesmo medicamentos para o tratamento de doenças tratáveis, moradia adequada, terem acesso ao saneamento básico e à água tratada.

O presente trabalho não se propõe a exaurir o assunto proposto, mas sim utilizar o mesmo como referencial inicial para instigar

novos questionamentos que causem inquietações indutoras de novas pesquisas sobre o assunto na região em estudo. A riqueza de informações e as dúvidas geradas permitem o levantamento de novas questões de pesquisa.

#### 4. REFERÊNCIAS

ALVES, L.C; LEITE, I.C; MACHADO, C.J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev Saúde Pública** 2010;44(3):468-78.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP (2003). Critério de Classificação Econômica Brasil. Retirado em 16/03/2012, de [http://www.abep.org.br/codigosguias/ABEP\\_CCEB.pdf](http://www.abep.org.br/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf).

BENADETTI, T.B; PETROSKI, E.L; GONÇALVES, L.T. Condições de Saúde dos Idosos de Florianópolis: **Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 35**, no. 1, de 2006, pag. 45.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.5, n.1, 2000, pp. 163-177.

CONFORT, A. **The biology of senescence**. Third Edition. New York, Elsevier, 1979. p. 27-42.

FILHO, W.J. Fatores determinantes do envelhecimento saudável. **Boletim Instituto de Saúde**. Nº 47 - Abril de 2009. ISSN 1518-1812.

FRANCISCO, P.M.S.B; BELON, A.P.; BARROS, M.B.A; CARANDINA, L; ALVES, M.C.G.P; GOLDBAUM, M; CESAR, C.L.G. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(1):175-184, jan, 2010.

GOULART, D et al. Tabagismo em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** [online]. 2010, vol.13, n.2, pp. 313-320. ISSN 1809-9823.

INOCENTE, N.J. Síndrome de Burnout em professores universitários do Vale do Paraíba, (SP). 2005. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade de Campinas, 2005.

MOREIRA, M.M. **Mudanças Estruturais na distribuição etária brasileira: 1950-2050.** Trabalhos para discussão. N° 117/2002, Maio 2002. <http://www.fundaj.gov.br/tpd/117a.html>, Acessado em <19 de novembro de 2011>.

Organização Mundial de Saúde (OMS), 1947. OMS. Active Ageing: A Policy Framework. **Geneva: World Health Organization**, 2002.

REVISTA BRASILEIRA DE GEOGRAFIA. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009.** site: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/indic\\_saude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude.pdf) (acesso 15 de março de 2011).

REVISTA BRASILEIRA DE GEOGRAFIA. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. **Síntese de indicadores**

**sociais:** Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf) (acesso em 15 de março de 2011).

SILVA, Carla Silvana Oliveira; PEREIRA, Maria Ivanilde; YOSHITOME, Aparecida Yoshie; RODRIGUES NETO, João Felício; BARBOSA, Dulce Aparecida. Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. SCIELO, Esc. Anna Nery vol.14, no. 4, Rio de Janeiro, Oct./Dec., 2010.

SPIEGEL, M.R. Manual de fórmulas e tabelas matemáticas. Porto Alegre: Bookman, 1999.

VERAS, R. A novidade da agenda social contemporânea: a inclusão do cidadão de mais idade. **A Terceira idade**, v.14, n.28, p.6-29, 2003.