



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM
SAÚDE

AVALIAÇÃO DO USO DE MEDICAMENTOS ENTRE OS PARTICIPANTES DA
UNIVERSIDADE DO ENVELHECER (UNISER) – BRASÍLIA/DF

ANTONIO LEONARDO DE FREITAS GARCIA

BRASÍLIA, 2018

Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

AVALIAÇÃO DO USO DE MEDICAMENTOS ENTRE OS PARTICIPANTES DA
UNIVERSIDADE DO ENVELHECER (UNISER) – BRASÍLIA/DF

ANTONIO LEONARDO DE FREITAS GARCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção de título de mestre em Ciências e Tecnologias em Saúde.

Área de concentração: Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde

Linha de investigação: Estratégias Interdisciplinares em Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde

Temática: Acesso e uso de medicamentos

Orientadora: Profa. Dra. Dayani Galato

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

dG216a de Freitas Garcia, Antonio Leonardo
Avaliação do uso de medicamentos entre os participantes
da Universidade do Envelhecer (Uniser) - Brasília/DF /
Antonio Leonardo de Freitas Garcia; orientador Dayani
Galato. -- Brasília, 2018.
102 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Ciências e
Tecnologias em Saúde) -- Universidade de Brasília, 2018.

1. Uso de Medicamentos. 2. Envelhecimento. 3.
Automedicação. 4. Adesão ao tratamento. 5. Doenças crônicas.
I. Galato, Dayani, orient. II. Título.

ANTONIO LEONARDO DE FREITAS GARCIA

**AVALIAÇÃO DO USO DE MEDICAMENTOS ENTRE OS PARTICIPANTES DA
UNIVERSIDADE DO ENVELHECER (UNISER) – BRASÍLIA/DF**

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Dayani Galato (Presidente)
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Letícia Farias Gerlack
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Micheline M. M. de Azevedo Meiners
Universidade de Brasília

Brasília, julho de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, em especial aos meus pais, Antonio José e Márcia e minha irmã Alessandra; e a minha mulher Alice, por estar sempre ao meu lado quando mais precisei e por todo apoio dado.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer inicialmente à Deus, pela força e por estar sempre presente diante dos desafios impostos pela vida;

Aos meus pais, Antonio José e Márcia, por acreditarem no meu potencial, e proporcionarem tudo que fosse necessário para me tornar o que sou hoje;

À minha família, em especial à minha irmã Alessandra, pelo incentivo e carinho;

À minha esposa, Alice, minha maior fonte de inspiração, pelo companheirismo, paciência e motivação nos momentos mais difíceis;

À minha orientadora, Dayani Galato, por sua paciência, por compartilhar seu conhecimento, e principalmente por acreditar em mim e no nosso trabalho. Sem você nada teria acontecido;

Ao grupo de entrevistadores (alunos de graduação da FCE), que me ajudaram com a coleta de dados e pela amizade;

À UniSer e seus participantes, por participarem do trabalho, e pelas lições de vida;

Às professoras da banca examinadora, por aceitarem o convite e pelas contribuições dadas para o aprimoramento deste trabalho.

A educação é a arma mais poderosa que você pode usar para mudar o mundo.

(Nelson Mandela)

RELAÇÃO DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1 – Síntese de conceitos e fatores relacionados com a automedicação.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos participantes da UniSer, Brasília, DF, 2017.

Tabela 2 – Problemas de Saúde autorrelatados e medicamentos mais utilizados para tratamento de problemas crônicos pelos participantes da UniSer, Brasília, DF, 2017.

Tabela 3 – Caracterização da automedicação realizada nos últimos sete dias dos participantes da UniSer, Brasília, DF, 2017.

Tabela 4 – Medicamentos mais utilizados para a prática de automedicação pelos participantes da UniSer, Brasília, DF, 2017.

Tabela 5 – Análise de possível associação entre a automedicação considerando a última semana e variáveis de perfil sociodemográfico e de saúde dos participantes da UniSer, Brasília, DF, 2017.

Tabela 6 – Comparação da prática de automedicação considerando a última semana entre não idosos e idosos participantes da UniSer, Brasília, DF, 2017.

Tabela 7 – Análise de associação entre a não aderência ao tratamento farmacológico avaliada pela Escala MGL e variáveis de perfil sociodemográfico e de saúde dos participantes da UniSer, Brasília, DF, 2017.

Tabela 8 – Análise de associação entre a não aderência ao tratamento farmacológico avaliado pelo BMQ domínio Regime adaptado e variáveis de perfil sociodemográfico e de saúde dos participantes da UniSer, Brasília, DF, 2017.

Tabela 9 – Comparação dos relatos de problemas de saúde, uso de medicamentos e adesão ao tratamento farmacológico entre os participantes da UniSer, Brasília, DF, 2017.

RELAÇÃO DE ANEXOS E APÊNDICES

Anexo 1 – Notificação de aceite para apresentação no XIII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia, Lisboa, Portugal.

Anexo 2 – Certificado de Menção Honrosa para o trabalho: “Universidade do Envelhecer: comparação do uso de medicamentos entre adultos e idosos participantes do projeto”, apresentado no Congresso Internacional de Tecnologia e Inovação em Gerontologia (CITIG), Brasília, DF.

Anexo 3 – Certificado de Menção Honrosa para o trabalho: “Uso de medicamentos e adesão à medicação dos participantes da Universidade do Envelhecer, Brasil”, apresentado no Congresso Internacional de Tecnologia e Inovação em Gerontologia (CITIG), Brasília, DF.

Anexo 4 – Documento de aprovação do projeto por Comitê de Ética em Pesquisa.

Anexo 5 – Comprovação de submissão do artigo.

Anexo 6 – Extrato de comprovação Qualis Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Anexo 7 – Normas para submissão Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Apêndice A – Manual do Colaborador.

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Apêndice C – Roteiro de entrevista.

RELAÇÃO DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ATC	<i>Anatomic Therapeutic Chemistry</i>
BMQ	<i>Brief Medication Questionnaire</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DF	Distrito Federal
FCE	Faculdade de Ceilândia
FIP	Federação Internacional dos Farmacêuticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MIP	Medicamento isento de prescrição
MGL	Escala Morisky-Green-Levine
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
PPGCTS	Programa de Pós-graduação em Ciência e Tecnologias em Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RP	Razão de prevalência
SPSS	<i>Statistical Package of Social Science</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNISER	Universidade do Envelhecer

RESUMO

Avaliação do uso de medicamentos entre os participantes da Universidade do Envelhecer (UniSer) – Brasília/DF

Introdução: A Universidade do Envelhecer (UniSer) propõe ações que estimulam a promoção da saúde a idosos e não idosos com mais de 45 anos. Conhecer o perfil de saúde e de uso de medicamentos nestes grupos se mostra importante, principalmente devido às alterações da própria senescência. **Objetivo:** Avaliar o uso de medicamentos (de uso contínuo e por automedicação) e a adesão ao tratamento medicamentoso entre os participantes da UniSer. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, realizado por meio de entrevistas com 215 participantes. Considerou-se não idosos aqueles entre 45 e 59 anos, e idosos aqueles com 60 anos ou mais. A coleta de variáveis sociodemográficas, de saúde, uso de medicamentos e automedicação nos últimos sete dias foi realizada por meio de instrumento semi-estruturado, e as informações sobre a adesão ao tratamento medicamentoso foram obtidas utilizando a Escala de Morisky-Green-Levine (MGL), de 1986, e o *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) domínio Regime adaptado. Para análise das associações foi realizado o teste de qui-quadrado ($p < 0,05$). **Resultados:** Os entrevistados eram majoritariamente mulheres (87,9%), com média de idade de 61,3 anos ($\pm 8,61$), pardos (46,5%), ensino médio completo (50,7%), renda familiar acima de quatro salários mínimos (40,0%) e aposentados (56,3%). A maioria dos entrevistados eram idosos (59,1%), com média de idade de 66,7 anos ($\pm 6,25$). Hipertensão foi o problema de saúde mais relatado. A utilização de medicamentos de uso contínuo foi reportada por 71,6% dos entrevistados, sendo Losartana a principal representante. A prevalência de automedicação nos últimos sete dias foi de 22,3% no grupo, e prescrições antigas foi o principal motivador para a prática. Dor (59,2%) foi o problema de saúde que mais motivou a automedicação e medicamentos analgésicos e antipiréticos os mais utilizados. A prática de automedicação foi considerada irracional, em especial para os não idosos (55,6%) e pouco menos para os idosos (45,8%). Ao analisar a adesão ao tratamento medicamentoso, 76,1% dos não idosos e 78,8% dos idosos não foram aderentes segundo a Escala MGL; já pelo BMQ domínio Regime adaptado, 41,1% dos não idosos e 36,7% dos idosos não foram aderentes. Não foram identificadas diferenças significativas quanto ao perfil de uso de medicamentos entre os não idosos e idosos. **Conclusão:** A prática de automedicação foi considerada irracional no grupo estudado e há prevalência de baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Estes resultados reforçam a necessidade de ações em educação em saúde, principalmente com ênfase nas orientações sobre adesão e uso racional de medicamentos.

Palavras-chave: Envelhecimento. Uso de medicamentos. Automedicação. Adesão ao tratamento. Doenças crônicas.

ABSTRACT**Evaluation of medicines use among participants of Universidade do Envelhecer (UniSer) – Brasília/DF**

Introduction: The Universidade do Envelhecer, a program of the Universidade de Brasília, proposes health promotion activities for the elderly and adults over 45 years old. Knowing the health and medicines profile in these groups is important, mainly due to changes in senescence itself. **Objectives:** To evaluate the use of medicines (of continuous use and by self-medication) and adherence to medicine treatment among UniSer participants. **Method:** Transversal research, carried out at UniSer with 215 subjectives. Participants aged 60 or over were considered elderly, and those between 45 and 59 years old were considered non-elderly. A semi-structured instrument was used for the sociodemographic, health, medicines use variables and self-medication's collection, and the Morisky-Green-Levine Scale (MGL), of 1986, and the Brief Medication Questionnaire (BMQ), with adapted Regimen Screen for adherence analysis. A chi-square test was used to analyze the associations ($p < 0,05$). **Results:** Of the participants, the majority were women (87,9%), with a mean age of 61,3 years ($\pm 8,61$), brown-skinned (46,5%), with complete high school level (50,7%), family income over four minimum wages (40,0%) and retired (56,3%). 59,1% were elderly, with mean age of 66,7 years ($\pm 6,25$). Hypertension was the most commonly reported health problem. The use of medicines for continuous use was reported by 71.6% of the participants, with Losartan being the main representative. The prevalence of self-medication in the last seven days was 22.3% in the group, and old prescriptions were the main motivator for the practice. Pain (59.2%) was the main motivator of self-medication, and analgesics/ antipyretics the most commonly used medicines. The practice of self-medication was considered irrational, especially for the non-elderly (55.6%) and slightly less for the elderly (45.8%). 76,1% of not-elderly and 78,8% of the elderly were not adherent to the treatment, according to the MGL; the BMQ, with adapted Regimen Screen, showed that 41,1% of not-elderly and 36,7% of the elderly were not adherent. There were no significant differences in the profile of medicines use among adults and the elderly. **Conclusion:** The practice of self-medication was considered irrational in the studied group and there is a prevalence of low adherence to medicines treatment. These results reinforce the necessity for actions in health education, mainly with emphasis on the guidelines on adherence and rational use of medicines.

Keywords: Aging. Drug utilization. Self-medication. Treatment adherence and compliance. Chronic disease.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	15
1.1 Sobre o trabalho	15
1.2 Sobre a trajetória acadêmica	16
2 INTRODUÇÃO	18
2.1 Universidade do Envelhecer	19
2.2 Uso racional de medicamentos.....	20
2.3 Automedicação	21
2.4 Medicamentos de uso contínuo e adesão ao tratamento farmacológico	25
2.5 Justificativa	28
3 OBJETIVOS	29
3.1 Objetivo Geral.....	29
3.2 Objetivos Específicos.....	29
4 MÉTODOS	30
4.1 Tipo de estudo	30
4.2 Local de estudo e população	30
4.2.1 Local de estudo	30
4.2.2 População do estudo e amostra.....	30
4.3 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados	30
4.4 Variáveis	32
4.5 Análise e organização dos dados	34
4.6 Considerações éticas.....	35
5 RESULTADOS	36
6 DISCUSSÃO	46
7 CONCLUSÃO.....	54
8 REFERÊNCIAS.....	56
ANEXOS	64
Anexo 1 – Notificação de aceite para apresentação no XIII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia, Lisboa, Portugal.	64
Anexo 2 – Certificado de Menção Honrosa para o trabalho: “Universidade do Envelhecer: comparação do uso de medicamentos entre adultos e idosos participantes do projeto”, apresentado no Congresso Internacional de Tecnologia e Inovação em Gerontologia (CITIG), Brasília, DF.	65
Anexo 3 – Certificado de Menção Honrosa para o trabalho: “Uso de medicamentos e adesão à medicação dos participantes da Universidade do Envelhecer, Brasil”, apresentado no Congresso Internacional de Tecnologia e Inovação em Gerontologia (CITIG), Brasília, DF.	66
Anexo 4 – Documento de aprovação do projeto por Comitê de Ética em Pesquisa.....	67

Anexo 5 – Comprovante de submissão de artigo.....	68
Anexo 6 – Extrato de comprovação Qualis Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.....	69
Anexo 7 – Normas para submissão de artigo para Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia .	70
APÊNDICES.....	78
Apêndice A – Manual do Colaborador.....	78
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	95
Apêndice C – Roteiro de entrevista.....	97

1 APRESENTAÇÃO

1.1 Sobre o trabalho

A presente dissertação de mestrado foi desenvolvida entre os anos de 2016 e 2018, junto ao Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde (PPGCTS) da Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília (FCE/UnB), na linha de pesquisa Acesso e Uso de medicamentos. A dissertação foi elaborada na modalidade convencional, conforme as normas do PPGCTS.

Na introdução é apresentado um histórico a respeito do envelhecimento populacional brasileiro, a sua evolução, e influências tanto na saúde quanto na qualidade de vida dos idosos. Além disso, é apresentado como o uso racional de medicamentos é importante para o cuidado da saúde, principalmente quando utilizados os de uso contínuo ou aqueles por meio da prática de automedicação. Ainda na introdução, é feito um aprofundamento a respeito da automedicação, seus conceitos e fatores relacionados, além dos pontos positivos e negativos relacionados a esta prática. Também é abordada a adesão ao tratamento com medicamentos de uso contínuo, os fatores que a influenciam, seus determinantes e como está a situação no Brasil atualmente. Na introdução ainda pode ser encontrada a justificativa da realização do presente trabalho. Subsequente, são apresentados os objetivos do trabalho, e posteriormente os métodos utilizados e os resultados do trabalho.

Importante ressaltar que o presente trabalho teve alguns de seus resultados submetidos e aprovados para apresentação em congresso que será realizado em setembro de 2018, em Portugal (XIII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia, Lisboa, Portugal), conforme a notificação que se encontra no Anexo 1 desta dissertação. Além disso, outros resultados do presente trabalho foram apresentados no Congresso Internacional de Tecnologia e Inovação em Gerontologia (CITIG), realizado em Brasília, DF, em maio de 2018, recebendo duas Menções Honrosas para os trabalhos apresentados (os certificados podem ser encontrados nos Anexos 2 e 3). Como pré-requisito do PPGCTS, foi elaborado e submetido à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia o artigo originado da dissertação e espera-se obter outras publicações a partir da defesa.

1.2 Sobre a trajetória acadêmica

Durante a minha formação acadêmica, o curso de Ciências Farmacêuticas da Universidade de Brasília (UnB) proporcionou contato com diversas áreas do conhecimento, sendo que desde os primeiros semestres havia o estímulo para o aluno ter contato com a área assistencial. Ao final do curso, com os estágios obrigatórios (que eram realizados em farmácia comunitária e hospital universitário, além de indústria farmacêutica), a vontade de trabalhar nesta área foi se tornando maior, culminando com a minha nomeação para farmacêutico na Secretária de Saúde do Distrito Federal (SESDF) em 2013. Trabalhei em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na cidade satélite de Samambaia, e foi um período do muito aprendizado. Apesar das dificuldades encontradas dentro do sistema público de saúde (que vão desde a falta de medicamentos até a ausência de mão de obra qualificada), o farmacêutico era bastante valorizado no ambiente, participando de reuniões constantes para definição dos rumos da atenção à saúde dos usuários, além de grupos de trabalho e atualizações.

Na mesma época, eu já era farmacêutico na Universidade de Brasília (UnB), lotado na Faculdade de Ceilândia (FCE). Vi surgir o Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde (PPGCTS), e também a possibilidade de realizar um sonho: de me tornar um pós-graduado pela UnB. Estou na UnB desde 2004 (fui discente, professor substituto e hoje servidor público), e trabalho no curso de Farmácia da FCE, que apesar de ser generalista, possui o ramo assistencial bastante ativo, com muitos pesquisadores e professores qualificados. Com isso, iniciei no PPGCTS como aluno especial no primeiro semestre 2015, pois a carga horária dos dois empregos era grande, impossibilitando fazer todas disciplinas do programa. Entretanto, com a minha saída da SESDF no segundo semestre de 2015, pude me dedicar mais ao programa de pós-graduação, e assim concluir meu projeto de pesquisa. Procurei a profa. Dra. Dayani, que além de farmacêutica também tem uma vida dedicada na área que eu desejava trabalhar. Conversamos bastante, mudamos um pouco a direção do projeto, e logo que fui aprovado no PPGCTS começamos a pesquisa propriamente dita.

Durante o mestrado, participei do grupo de pesquisa AMUR (grupo de pesquisa sobre acesso a medicamentos e uso responsável), além de participar da elaboração do projeto maior intitulado “Avaliação do perfil dos participantes da Universidade do

Envelhecer – UniSer: Determinantes sociais de saúde, alimentação, prática de atividade física e consumo de medicamentos”.

Durante as aulas do PPGCTS, houve uma disciplina que me ajudou muito a definir qual seria realmente o tema que eu deveria trabalhar. A disciplina “Envelhecimento e Saúde” era ministrada dentro da Universidade do Envelhecer (UniSer), programa de extensão da UnB voltado para ao público adulto, e principalmente idoso. Com esta disciplina, tive o contato com diversas pessoas, e a questão do envelhecimento realmente fez com que eu enxergasse os idosos outros olhos. Mudamos o nosso projeto, sentamos e discutimos os dados de forma exaustiva, e como conclusão deste processo obtivemos o presente trabalho.

2 INTRODUÇÃO

A população brasileira, assim como a de outros países, passa por um processo de envelhecimento, e conseqüentemente aumento do número de idosos. Entretanto, este fenômeno é diferenciado quando comparado Brasil com países desenvolvidos, onde o envelhecimento populacional ocorreu em um contexto socioeconômico mais favorável. O processo de envelhecimento da população brasileira vem acontecendo de forma acelerada, o que acaba por impor desafios aos sistemas relacionados à saúde do idoso e outras barreiras para que estes envelheçam com qualidade de vida¹⁻⁴.

Existem diversas formas de conceituar a velhice, sendo que Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que a definição de idoso se inicia aos 65 anos de idade nos países desenvolvidos, e aos 60 anos nos países em desenvolvimento. No Brasil, de acordo com o Estatuto do Idoso⁵, o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos é reconhecido como idoso.

A população idosa brasileira passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões, em 1975 e superando a marca de 30 milhões em 2017⁶. Além disso, possui projeções importantes, sendo que o contingente de idosos pode chegar a 60 milhões entre 2020 e 2045, tornando assim o Brasil um dos países com maior quantidade de idosos no mundo⁶⁻⁹.

Em relação aos países desenvolvidos, tem-se que o número absoluto de idosos está em franca ascensão, sendo que projeções mostram que em 2030 os Estados Unidos tenham 20% de sua população formada por idosos. O número de idosos em países como a China e a Índia excedem o de países desenvolvidos¹⁰.

Contudo, o processo de envelhecimento pode ser traduzido numa maior carga de doenças na população, mais incapacidades, aumento no número e tempo de internações e aumento do uso dos serviços de saúde². Isso é decorrente do fato de ocorrerem alterações fisiológicas no idoso, como por exemplo redução de mecanismos homeostáticos e função hepática, o que pode contribuir com o aumento da prevalência de doenças crônicas. Além disso, essas alterações fazem com o que o organismo do idoso fique mais sobrecarregado, principalmente porque os órgãos nesta faixa etária possuem atividade diminuída, e serão utilizados medicamentos que antes não eram necessários. Um dos principais parâmetros farmacocinéticos que sofre alteração é o clearance renal, sendo que sua redução provoca aumento

plasmático dos fármacos e conseqüentemente eleva o risco de toxicidade. Ou seja, essas modificações que ocorrem com a senescência provocam mudanças na farmacocinética e farmacodinâmica de vários medicamentos¹¹⁻¹³, levando a dificuldades de eliminação de metabólitos, acumulação de substância tóxicas no organismo (aumentando o risco de interações medicamentosas) e conseqüentemente o abandono do tratamento farmacológico¹⁴. Ações interdisciplinares são importantes e podem contribuir para melhorar a qualidade de vida da população idosa, principalmente aquelas focadas na educação e promoção da saúde.

A senescência não traz apenas perdas. O envelhecimento com saúde permite que muitos idosos em plena capacidade física, mental e social possam fazer coisas que antes não conseguiam ou não eram permitidos, como por exemplo, voltar aos estudos. Sendo assim, grupos de convivência se tornam uma boa alternativa como forma de interação, inclusão social e de resgatar a autonomia e dignidade do idoso, pois promovem a qualidade de vida por meio de diversos tipos de atividades, tornando este participante mais ativo na sociedade¹⁵.

2.1 Universidade do Envelhecer

Com a diminuição da taxa de fecundidade, a longevidade contribui para o aumento da população idosa brasileira. Considerando que esse é o estrato populacional que mais cresce no país, ações devem ser incentivadas para promover um envelhecimento saudável, independentemente do nível socioeconômico dos partícipes^{1,16}.

A Universidade do Envelhecer (UniSer) é um programa de extensão da Universidade de Brasília que propõe ações que estimulam a cidadania e a promoção da saúde de idosos e não idosos com mais de 45 anos de idade. O objetivo do programa é promover uma educação que amplie o sentido de qualidade de vida, agregando conhecimento, experiência e a participação dos participantes do programa na melhoria da qualidade de vida e envelhecimento saudável¹⁷.

Apesar da UniSer não ser de fato uma universidade e sim um curso de extensão que leva três semestres para ser concluído (com carga horária de 720 horas), ela possui em seu conteúdo programático disciplinas que promovem o debate e a reflexão dos discentes nas áreas de saúde (como por exemplo Autocuidado, Corpo e Movimento, Envelhecimento e Saúde, entre outras) e até aquelas que abordam o

Direito do Idoso. Com isso, ocorre o estímulo à participação dos discentes em grupos que estimulem as experiências novas e as já vividas, contribuindo para que os mesmos tenham noção de suas responsabilidades e direitos¹⁷.

Atualmente, o programa já contemplou diversas Regiões Administrativas do Distrito Federal (DF), como: Ceilândia, Taguatinga, Estrutural, Candangolândia, Riacho Fundo I e Plano Piloto e têm-se o intuito de ampliação para outras regiões de Brasília.

A UniSer possui uma característica única de integração e participação ativa do aluno, permitindo que o mesmo construa relações interpessoais com professores, alunos de pós-graduação e a comunidade em geral. Isso permite a valorização do aprendizado, além da integração entre a comunidade acadêmica e os idosos inseridos no âmbito do programa, permitindo assim uma maior permeabilidade dos conceitos de promoção da saúde e envelhecimento com qualidade de vida¹⁷.

2.2 Uso racional de medicamentos

O uso indiscriminado de medicamento deve sempre ser prevenido, independentemente do medicamento ser isento de prescrição (MIP) ou não. Muitos usuários possuem uma visão equivocada de que medicamentos devem agir de forma rápida, sem conhecer ao certo as suas características, fazendo com que os mesmos sejam utilizados indiscriminadamente¹⁸.

Segundo a OMS, há uso racional de medicamentos quando o paciente recebe o medicamento apropriado para as suas condições clínicas, nas doses adequadas, por um período adequado e menor custo para si e para a sociedade^{19,20}.

Além disso, a automedicação, a polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos simultaneamente) e a falta de adesão aos tratamentos farmacológicos prescritos, em especial aos medicamentos de uso contínuo, são situações importantes quando considera-se o uso racional de medicamentos^{19,21,22}, pois erros podem acontecer no processo de utilização, colocando assim a saúde dos usuários em risco. Os idosos que utilizam medicamentos de uso contínuo são particularmente vulneráveis aos eventos adversos aos medicamentos; e não apenas às alterações orgânicas oriundas da própria senescência como comentado anteriormente, como também ao consumo de múltiplos regimes farmacológicos¹⁴.

O uso racional de medicamentos se faz necessário, pois está vinculado às questões de segurança do usuário no que diz respeito a ocorrência de efeitos adversos com doses normalmente prescritas. Além disso, outros problemas podem surgir do uso irracional, desde falta do efeito esperado até intoxicações, principalmente em idosos; assim como o aumento de complicações e do tempo de internação, podendo afetar de forma global os serviços prestados pelo sistema de saúde²³.

2.3 Automedicação

Como abordado anteriormente, com o envelhecimento da população tem-se um maior número de doenças associadas e maior procura pelos serviços de saúde. Além disso, temos também aumento no número de medicamentos utilizados pelos usuários e ainda a prática da automedicação¹¹.

No Brasil, automedicação é realizada por diversos estratos da população, e esta prática é definida pelo Ministério da Saúde (MS) como o uso de medicamentos pelos próprios usuários, sem prescrição, orientação ou acompanhamento médico ou odontológico, para a prevenção ou tratamento de doenças ou sintomas autorreferidos²⁴. É considerada uma forma de autocuidado, podendo utilizar não apenas medicamentos industrializados, mas também remédios caseiros e plantas medicinais²⁵⁻²⁷. Neste contexto, o autocuidado é compreendido como a capacidade do indivíduo em cuidar de si próprio, bem como desempenhar atividades a fim de alcançar, manter ou promover sua saúde^{28,29}. O Quadro 1 apresenta diversas definições de automedicação utilizadas no Brasil e alguns fatores descritos na literatura como relacionados a esta prática²⁷.

Segundo alguns estudos, a prevalência de automedicação na população adulta geral no Brasil pode variar de 16,1% até 38,8%, com diferenças principalmente em relação ao período recordatório de análise (que variam de sete a 30 dias entre os estudos) e quando são consideradas as regiões brasileiras, pois a maioria dos estudos relacionados à esta prática foram realizados no Nordeste e Sudeste^{32,34,35}. A extensão da automedicação em idosos não é conhecida com precisão, sendo que a sua prevalência em estudos nacionais é variável (8,9% em Campinas, São Paulo; 60% em Salgueiro, Pernambuco; 36,9% em Marília, São Paulo; 80,5% em Tubarão, Santa Catarina, 69,3% em Almenara, Minas Gerais; 65,5% em Rondonópolis, Mato Grosso

25,31,36-39. Os estudos sobre prevalência da automedicação em idosos no DF são escassos, sendo assim importante a sua avaliação.

Quadro 1 - Síntese de conceitos e fatores relacionados com a automedicação. (Continua)

Artigo/Instituição	Conceito de automedicação citado pelos autores	Alguns fatores relacionados
Vilarino et al., 1998 ³⁰	Uso de medicamentos sem prescrição médica, onde o próprio paciente decide qual fármaco utilizar.	Maior escolaridade, Maior idade e acesso aos serviços de saúde.
Loyola Filho et al., 2002 ²⁷	Forma comum de auto atenção à saúde, consistindo no consumo de um produto com o objetivo de tratar ou aliviar sintomas percebidos ou doenças.	História de algumas doenças (hipertensão arterial, doença coronariana, diabetes, Chagas, artrite ou reumatismo) e percepção da saúde; Dificuldade de acesso à serviços de saúde.
Sá et al., 2007 ³¹	Procedimento caracterizado pela iniciativa do doente ou de seu responsável em obter ou utilizar um produto que acredita que lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas.	Propaganda de medicamentos, baixo poder aquisitivo da população, precariedade dos serviços de saúde, facilidade na obtenção de medicamentos.
Oliveira et al., 2012 ²⁵	Seleção e uso de medicamentos para manutenção da saúde, prevenção de enfermidades, tratamento de doenças ou sintomas percebidos pelas pessoas, sem a prescrição, orientação ou o acompanhamento do médico ou dentista.	Familiaridade com o medicamento, experiências positivas anteriores, função simbólica que os medicamentos exercem sobre a população, dificuldades de acesso aos serviços de saúde.
Arrais et al., 2016 ³²	Seleção e uso de medicamentos sem prescrição ou supervisão de um médico ou dentista.	Dificuldade de acesso, demora no atendimento nos serviços de saúde, propaganda de medicamentos, farmácia domiciliar, crença que medicamentos resolvem tudo.

Quadro 1 - Síntese de conceitos e fatores relacionados com a automedicação. (Conclusão)

Artigo/Instituição	Conceito de automedicação citado pelos autores	Alguns fatores relacionados
Domingues et al., 2017 ³²	Seleção e uso de medicamentos para tratar sintomas e doenças autorreferidas sem o aconselhamento do profissional de saúde qualificado para determinada função.	Venda indiscriminada de medicamentos, dificuldades de acesso ao sistema de saúde, custos de plano de saúde, custos de consultas médicas.
MS (1998) ²⁴	Uso de medicamento sem a prescrição, orientação e/ou acompanhamento do médico ou dentista.	-

Fonte: Próprio autor

Diversos fatores que influenciam esta prática, como por exemplo acesso aos serviços de saúde, além do grau de informação que cada indivíduo possui sobre medicamentos. Alguns estudos apontam que uma melhor percepção de acesso aos serviços de saúde (como por exemplo facilidade de obter uma consulta médica e menor tempo de espera para atendimento) está negativamente associada à automedicação. Ou seja, indica que o consumo de medicamentos sem receita médica poderia representar um substituto à atenção formal à saúde nos locais onde foram realizados os estudos, e que o maior acesso aos serviços médicos pode reduzir a prática de automedicação^{25,27,32}.

Questões financeiras, comodidade e a não necessidade de buscar cuidados médicos pelo problema ser identificado como simples foram apontados como influenciadores da automedicação. Podem ser citados também familiares, propaganda de medicamentos, amigos, prescrições antigas (aquelas utilizadas na aquisição de medicamentos para tratamento de uma determinada doença ou sintoma anteriormente referidos) e até mesmo outros profissionais da área da saúde não autorizados legalmente a exercer a prescrição de medicamentos⁴⁰.

Outro problema importante a ser considerado é a “farmácia doméstica ou domiciliar” a qual está relacionada ao estoque domiciliar de medicamentos. Esta muitas vezes é formada a partir de sobras de tratamentos anteriores; neste caso, o usuário não utiliza todo o medicamento adquirido para determinado tratamento, e com

isso armazena para uso posterior. Esta prática é perigosa, pois grande parte destes estoques domiciliares não possuem caixa ou bulas dos medicamentos, podendo levar à automedicação irracional⁴¹⁻⁴³. Além disso, questões como as condições de armazenagem dos medicamentos (seja pelo local, exposição ao calor excessivo e condições climáticas, provocando assim alterações físico-químicas nos produtos) e presença de medicamentos fora do prazo de validade são problemas frequentes quando considerado o estoque domiciliar de medicamentos, representando um risco à saúde dos usuários por ineficácia terapêutica, intoxicações e possíveis reações adversas quando ocorre o consumo destes^{43,44}. Neste sentido, é importante dar orientações aos pacientes a respeito do descarte de medicamentos, pois os mesmos não podem ser descartados em lixo comum, e devem ser devolvidos aos serviços de saúde para posterior descarte⁴³. Também pode ser citado a presença de antibióticos nos estoques domiciliares, o que representa um grande perigo para a saúde dos usuários, pois o seu uso indevido ou não adesão ao tratamento pode favorecer o surgimento de resistência microbiana^{43,44}.

A automedicação, quando realizada de forma racional e responsável, pode ser aceitável, sendo vista como eficaz e até incentivada pela própria OMS e pela Federação Internacional dos Farmacêuticos (FIP)^{45,46}. Podem ser citadas como implicações positivas da automedicação a autossuficiência no alívio de sintomas, diminuição do número de consultas médicas, redução da abstenção no trabalho, maior conhecimento dos medicamentos, conveniência, e para o sistema público de saúde, diminuição com gastos governamentais^{23,45,46,47}.

Entretanto, existem algumas implicações negativas da automedicação que devem ser ressaltadas, como por exemplo o autodiagnóstico incorreto de sintomas e doenças, intoxicações (por dose inadequada ou excessiva), risco de dependência e abuso, resistência bacteriana e interações medicamentosas. Estas implicações negativas devem ser consideradas um risco principalmente quando são considerados os idosos, que normalmente são polimedicados e possuem múltiplos problemas de saúde^{25,48}. Apesar da OMS incentivar a automedicação, é necessário estar atento aos riscos de sua prática, principalmente quando o usuário não possui habilidade de identificar os seus sintomas ou escolher a terapia adequada, o que pode ser agravado por não buscar orientação de profissionais habilitados para tais procedimentos.

Quando considerado seu uso racional e adequado, a automedicação pode trazer benefícios para o sistema público de saúde. Dentre estes podem ser citados a

economia ao usuário e ao sistema público de saúde, além de evitar o congestionamento dos serviços (diminuição das filas) e melhor uso dos profissionais de saúde (focando em problemas mais graves). Deve-se pensar nesta prática como um instrumento de promoção à saúde, desde que devidamente inserida por meio de programas governamentais⁴⁷.

2.4 Medicamentos de uso contínuo e adesão ao tratamento farmacológico

Com o envelhecimento ocorre aumento da prevalência de uso de medicamentos, principalmente daqueles de uso contínuo^{3,4}. Idosos são os principais consumidores de medicamentos, sendo que, no Brasil, 80% dos indivíduos com 60 anos ou mais usam pelo menos um ao dia^{49,50}.

Com o aumento de prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as terapias medicamentosas devem ser racionais, principalmente entre idosos, devido esta faixa etária estar sujeita à polifarmácia com medicamentos de uso contínuo. As DCNTs mais prevalentes neste grupo populacional são: hipertensão, diabetes, doença cardíaca, dislipidemia, acidente vascular cerebral, doença pulmonar, reumatismo e depressão⁵¹. Apesar de não haver um consenso a respeito do conceito, a polifarmácia é definida como utilização concomitante e contínua de cinco ou mais fármacos diversos^{3,51}. Já os medicamentos de uso contínuo são aqueles que o indivíduo necessita utilizar todos os dias, ou quase todos, sem data para término de uso^{52,53}. Entre os medicamentos mais utilizados nessa população, podemos citar aqueles para tratamento de doenças do sistema cardiovascular (por exemplo, Losartana e Hidroclorotiazida), diabetes (Metformina) e dislipidemia (Sinvastatina).

A polifarmácia está associada a diversos problemas, como o aumento do risco de efeitos adversos e interação medicamentosas indesejáveis, diminuição da capacidade funcional, não adesão ao tratamento e principalmente aumento da mortalidade, principalmente em idosos^{54,55,56}. A deprescrição de medicamentos é a análise de benefícios e malefícios que cada medicamento pode trazer para a saúde do paciente, como foco na capacidade funcional, expectativa de vida, situação atual de saúde e preferências^{54,55,56}. É baseada na revisão de todos os medicamentos utilizados pelo usuário, desde aqueles com prescrição médica até os medicamentos isentos de prescrição (MIPs) e os tratamentos alternativos, como fitoterapia. A partir da identificação dos medicamentos, é analisado quais poderiam ser interrompidos,

substituídos ou teriam suas doses reduzidas^{54,55,56}. Com este processo, a retirada de medicamentos que seriam desnecessários, ineficazes ou inapropriados promove redução dos riscos relacionados à polifarmácia, melhorando os resultados dos tratamentos e a qualidade de vida dos idosos^{54,55,56}.

Para os medicamentos de uso contínuo é importante a análise da adesão ao tratamento farmacológico, pois é um dos principais determinantes para a efetividade das terapias prescritas. Alguns estudos populacionais no Brasil apontam que a idade avançada é um dos fatores de risco que tornam os idosos grandes utilizadores de medicamentos de uso contínuo^{57,58}.

A adesão é definida como o grau de concordância entre o comportamento do usuário que utiliza o medicamento de uso contínuo em relação às orientações do médico ou de outro profissional prescritor^{49,50}. Também pode ser definida como o grau de conformidade de um indivíduo tomar medicamentos, seguir e executar orientações além de mudança no estilo de vida ao que foi recomendado pelo provedor de saúde⁵⁹.

Uma pesquisa de âmbito nacional demonstrou que a prevalência de baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil é de 30,8%, e apenas 2,6% dos participantes foram classificados como aderentes ao tratamento prescrito⁵⁰. Assim como na automedicação, os dados para a prevalência de baixa adesão ao tratamento farmacológico na população idosa são variáveis, sendo encontrados valores como 35,4% em Blumenau, Santa Catarina, 62,9% em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 53% em Juiz de Fora, Minas Gerais e 28,7% em Bagé Rio Grande do Sul^{49,60,61,62}, com diferenças nos instrumentos utilizados na coleta de dados e também nas regiões onde foram realizados. Grande parte dos estudos são realizados nas regiões Sul e Sudeste do Brasil.

A baixa efetividade dos tratamentos pode ser explicada muitas vezes por alguns fatores, como por exemplo dificuldades financeiras e de acesso aos serviços de saúde, falta de efeito do medicamento utilizado, efeitos adversos, e também pela baixa adesão à terapia. Esta pode variar dentro de grupos populacionais, geograficamente, além de que hábitos e condições de saúde interferem na adesão⁶³. A não aderência pode provocar um aumento da mortalidade e redução da qualidade de vida, além de repercussões financeiras para o Estado, pois a falta de efetividade do tratamento pode causar agudização de doenças crônicas, aumento no tempo de internação e uso de medicamentos para tratar destes novos problemas⁶⁴.

Outros fatores podem ser considerados determinantes para a não adesão ao tratamento farmacológico, como por exemplo a duração da terapia, custo do tratamento, polifarmácia, falta de medicamentos nas redes fornecedoras, assim como uso contínuo abaixo da dose prescrita e a interrupção por conta própria do tratamento⁶⁵. Nos idosos, a gravidade dos sintomas, o nível de incapacidade física, mental, social e profissional, a velocidade de progressão das doenças crônicas e disponibilidade de tratamento são os principais fatores associados a adesão ao tratamento⁴⁹. A questão da dependência e autonomia na administração de medicamentos é muito importante, pois idosos com maior capacidade funcional e que utilizam medicamentos de forma independente compreendem melhor o tratamento medicamentoso, possibilitando assim uma melhor adesão à farmacoterapia⁶⁶ quando comparada aos pacientes com problemas de dependência e autonomia.

Para a avaliação da adesão ao tratamento farmacológico, o ideal seria que o método utilizado para tal propósito fosse do tipo não invasivo, objetivo, confiável, prático e barato. Um estudo na Austrália demonstrou que existem pelo menos 43 escalas diferentes para a medida de adesão⁶⁷.

Estas escalas podem ser divididas em técnicas diretas e indiretas, sendo que as diretas, apesar de conseguir excelentes resultados na medida de adesão, possuem limitações que diminuem seu uso, como por exemplo serem invasivas, terem custo elevado e necessitar de aparato logístico⁶⁴.

Já as técnicas indiretas subjetivas são mais comentadas e aplicadas, pois são relativamente simples, além de não serem onerosas. Elas são baseadas em entrevistas e questionários, com potencial para identificar as razões específicas para a não adesão⁶⁷. Entre estas, estão incluídas a Escala de Morisky-Green-Levine (MGL), de 1986, e suas atualizações, além do *Brief Medication Questionnaire* (BMQ), que serão melhor detalhadas posteriormente. Apesar dos benefícios citados anteriormente, estes questionários podem ter problemas de viés recordatório, além dos entrevistados responderem as perguntas de acordo com o que é esperado pelo seu entrevistador⁶⁷.

2.5 Justificativa

Como visto, os benefícios do uso racional de medicamentos são enormes, promovendo assim resultados positivos de ordem tanto pessoal quanto governamental. O processo de envelhecimento no Brasil é uma realidade, e a sua tendência é aumentar nos próximos anos. Sendo assim, entender os mecanismos que influenciam o uso de medicamentos, principalmente entre idosos, se mostram necessários para que os profissionais de saúde possam melhor auxiliar esta população e seus cuidados com a saúde. Os idosos são os maiores consumidores de medicamentos quando comparados a adultos jovens, além de terem maior propensão de desenvolver doenças crônicas. Ou seja, trabalhos voltados para essa temática são importantes, buscando assim estratégias que estimulem os idosos a utilizar os medicamentos de forma racional.

No Brasil são escassos os estudos que apresentam o comportamento de consumo de medicamentos, automedicação e adesão ao tratamento farmacológico em idosos, principalmente no DF.

Atualmente, apesar de ser mais comum o início ou retorno aos estudos na fase adulta, são poucas as informações obtidas relacionadas ao estado de saúde deste público. Neste cenário, a realização deste trabalho se mostra importante, pois além de conhecer o comportamento relacionado ao uso de medicamentos, os resultados obtidos podem subsidiar a criação de ações voltadas à educação em saúde, promoção do uso racional de medicamentos e prevenção a intoxicação entre os participantes do programa de extensão, bem como em outros indivíduos de mesma idade da comunidade. Além disso, este estudo pode funcionar como um diagnóstico, permitindo assim a possibilidade de intervenções na matriz curricular da UniSer, além de agregar outros projetos que possam mudar a vida dos participantes deste programa de extensão.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o uso de medicamentos entre participantes idosos e não idosos da Universidade do Envelhecer (UniSer).

3.2 Objetivos Específicos

- a. Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes do programa de extensão UniSer;
- b. Descrever os medicamentos mais utilizados para o tratamento de doenças crônicas;
- c. Analisar a prevalência de uso de medicamentos sem prescrição médica (automedicação), bem como a sua racionalidade;
- d. Avaliar a adesão ao tratamento farmacológico com medicamentos de uso contínuo;
- e. Comparar a automedicação e a adesão ao tratamento farmacológico entre os grupos de não idosos (entre 45 e 59 anos) e os idosos (com 60 ou mais anos).

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo observacional de abordagem quantitativa do tipo transversal, com emprego da técnica de entrevista por roteiro semi-estruturado.

4.2 Local de estudo e população

4.2.1 Local de estudo

O presente estudo foi realizado em Brasília, DF, no programa de extensão da Universidade de Brasília denominado Universidade do Envelhecer (UniSer). Foram inclusos participantes de várias Regiões Administrativas do DF, onde a UniSer possui polos, sendo elas: Ceilândia, Taguatinga, Candangolândia, Riacho Fundo, Estrutural e Plano Piloto.

4.2.2 População do estudo e amostra

Para o cálculo amostral foi utilizado a totalidade de participantes da UniSer no ano de 2017 (420 discentes). A amostra foi selecionada por conveniência. Para o cálculo do tamanho desta foi considerado uma prevalência de desfecho de 50% para maximizar a amostra, com intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%, chegando-se à uma amostra mínima de 201 participantes. Como critério de inclusão foram considerados serem participantes do programa de extensão UniSer.

4.3 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

Previamente a coleta de dados, o roteiro de entrevista semi-estruturado foi testado em um estudo piloto com 50 participantes para se verificar a adequação da coleta de informações e para treinamento dos entrevistadores. Foram realizados alguns ajustes nas ordens das questões e na forma de abordagem das perguntas, o que não inviabilizou a inclusão dos dados do piloto no presente trabalho.

A coleta de dados foi realizada no período entre abril e dezembro de 2017 nos polos onde ocorriam as aulas do programa de extensão. As entrevistas supervisionadas foram realizadas por grupos de entrevistadores calibrados, que passaram por treinamento durante o estudo piloto e por meio de um manual do colaborador (Apêndice A), elaborado especificamente para este trabalho, além reuniões periódicas para elucidação de quaisquer questionamentos durante as entrevistas.

O procedimento de coleta de dados era iniciado com o agendamento prévio das visitas nos polos onde ocorriam as aulas da UniSer. Após esta etapa, o grupo de entrevistadores treinados deslocavam-se para o polo e pediam permissão ao professor que estava ministrando a aula naquele momento para poder inicialmente dar explicações sobre a pesquisa, quais procedimentos seriam feitos, objetivos, benefícios e riscos. Concluída esta etapa, os discentes que desejassem participar das entrevistas eram deslocados para áreas mais tranquilas, com cadeiras e mesas, para se sentirem mais confortáveis para a coleta de informações. Antes da entrevista em si, era aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), onde novamente eram passadas informações detalhadas sobre a pesquisa. Apenas após a assinatura do TCLE era iniciada a coleta de dados.

Durante a entrevista, era avisado ao participante que ele poderia interromper a coleta a qualquer tempo, e caso também desejasse não responder qualquer uma das perguntas não acarretaria problemas em sua participação. A coleta de dados durava em média de 20 a 30 minutos por participantes, e eram realizadas no período que ocorriam aulas da UniSer. Após a entrevista, era recomendado ao grupo de entrevistadores que agradecessem a participação, e explicasse que ao final da pesquisa haveria a devolutiva dos dados, ou seja, a apresentação do resultado final para os discentes da UniSer.

Após as coletas agendadas, os roteiros de entrevistas eram posteriormente conferidos e depois lançados em banco de dados. Caso ocorresse alguma inconsistência de resposta ou esquecimento, os participantes eram contatados via telefone.

4.4 Variáveis

O roteiro de entrevista semi-estruturado foi desenvolvido para este trabalho pois, apesar de haver estudos sobre o tema, não foram identificados questionários validados. O mesmo (Apêndice C) permitiu a obtenção de informações sobre variáveis sociodemográficas, dentre as quais citam-se sexo, idade, cidade satélite de procedência, raça/cor, estado civil, escolaridade, estado ocupacional e renda familiar. Entre as variáveis relacionadas à saúde foram: relatos de problemas de saúde, possuir plano de saúde e se possui algum familiar que atue dentro da área da saúde. Também foram consideradas variáveis de uso de medicamentos, ou seja, aquelas relacionadas à utilização de medicamentos de uso contínuo, automedicação, adesão ao tratamento farmacológico e acesso aos medicamentos (forma de aquisição de medicamentos de uso contínuo).

Considerando a análise de racionalidade da automedicação, foram adotados os seguintes critérios: o medicamento utilizado para a prática ser isento de prescrição (MIP); o problema de saúde para o qual foi utilizado o medicamento deve ser autolimitado (agudo); e o tempo de persistência dos sintomas ser menor que 15 dias⁶⁸. Foi considerada racional aquela prática que atendeu todos os critérios listado anteriormente. O período recordatório utilizado neste trabalho para avaliação da automedicação foi sete dias anteriores ao dia da entrevista, na tentativa de se minimizar o possível viés recordatório causado pela idade dos participantes da UniSer, em especial dos idosos^{25,32,33}.

No presente trabalho não foram considerados para a análise de automedicação medicamentos caseiros, chás e fitoterápicos. Durante a entrevista era explicado para os participantes o que era a automedicação e suas variáveis, para se tentar obter o máximo de informações possíveis. A definição utilizada foi àquela preconizada pelo Ministério da Saúde (MS), sendo o uso de medicamentos pelos próprios usuários, sem prescrição, orientação ou acompanhamento médico ou odontológico²⁴, para a prevenção ou tratamento de doenças ou sintomas autorreferidos. Além disso, foi perguntado para aos entrevistados se esta prática poderia trazer algum perigo para a sua saúde, e os mesmos consideravam automedicação perigosa aquela que traria algum risco para a sua saúde, desde ficar mais doente até perigo de morte.

Para a análise dos medicamentos de uso contínuo, foi utilizada a definição que são aqueles os quais os participantes deveriam tomar todos os dias, ou quase todos

os dias, sem data de término de utilização^{52,53}. Os medicamentos de uso contínuo mais utilizados pelos participantes da UniSer foram classificados segundo a *Anatomic Therapeutic Chemistry (ATC)*⁶⁹.

Para avaliação dos resultados da prática de automedicação e sua adequação, além da análise de adesão ao tratamento farmacológico, foi realizada uma comparação entre o grupo de idosos e não idosos. Foram considerados para o grupo de não idosos aqueles entrevistados com idade entre 45 e 59 anos; já para o grupo de idosos, estavam inclusos aqueles com idade igual ou superior a 60 anos.

Os dados referentes à adesão ao tratamento farmacológico foram obtidos por meio de dois questionários previamente validados em outros estudos: a Escala de Morisky-Green-Levine (MGL), de 1986⁷⁰, com versão de livre tradução, e o *Brief Medication Questionnaire (BMQ)*, domínio Regime adaptado, em sua versão em português⁷¹.

A Escala MGL, apesar da data a qual foi publicada, ainda é mundialmente utilizada no meio científico, e é caracterizada pela sua simplicidade de aplicação. Ela é composta de quatro perguntas, e indica o uso inadequado de medicamentos por um ou todos os motivos a seguir: interrupção do tratamento quando o usuário se sente melhor ou pior, esquecimento e/ou descuido. As quatro perguntas são: “Você às vezes se esquece de tomar seus medicamentos?”; “Às vezes você é descuidado para tomar seus medicamentos?”; “Quando se sente melhor, você às vezes deixa de tomar seus medicamentos?”; e “Quando você se sente mal ao tomar os medicamentos, você às vezes para de tomá-los?”. Para o trabalho foram consideradas pontuações, onde a resposta SIM valeria 1 ponto, e para NÃO 0 pontos. Se o participante respondesse as quatro perguntas de forma negativa, somando 0 pontos, seria considerado “aderente ao tratamento farmacológico”. Foram considerados “não aderentes ao tratamento farmacológico” aqueles participantes que obtiveram pontuação entre 1 e 4 pontos^{64,70}.

O BMQ é constituído de três domínios: Regime, Crença e Recordação. No presente trabalho foi utilizada a versão em português do BMQ domínio Regime para a análise da adesão ao tratamento farmacológico⁷¹, pois é o domínio que avalia o comportamento dos participantes em relação ao tratamento e medicamentos prescritos. O mesmo foi adaptado por Ben e colaboradores⁷¹, com a simplificação do relato de dosagem de medicamentos durante a tradução da versão inglês para português. No questionário, as perguntas estavam relacionadas ao nome do medicamento (desconsiderando a dosagem como falha), quantos dias na última

semana tinha tomado o medicamento, quantas vezes por dia tomava o medicamento, quantos comprimidos eram tomados por vez, quantas vezes na última semana tinha esquecido de tomar o medicamento, e como funciona o medicamento (funciona bem, regular ou não funciona bem)⁷¹. O participante que tivesse pontuação positiva (isto é, ≥ 1 ponto) em qualquer uma das perguntas já seria considerado “não aderente ao tratamento farmacológico”.

4.5 Análise e organização dos dados

Os dados das entrevistas foram organizados em um banco de dados no programa EpiData 3.1 e posteriormente analisados no *Statistical Package of Social Science* (SPSS) versão 23.0 e EpiInfo 7.2. Inicialmente os dados foram analisados utilizando estatística descritiva.

As variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico e de saúde foram posteriormente re-categorizadas para análise de possível associação destas com a automedicação e a não adesão ao tratamento farmacológico. As variáveis re-categorizadas foram raça/cor (brancos e não brancos), estado civil (possui companheiro e não possui companheiro), escolaridade (menor escolaridade - <11 anos de estudo - e maior escolaridade - >11 anos de estudo), cidade satélite (ou do entorno) de procedência (periferia e centro, quando considerada a proximidade à cidade satélite de Plano Piloto), renda (até três salários mínimos e quatro ou mais) e estado ocupacional (aposentado e não possui aposentadoria).

As prevalências relacionadas ao perfil dos participantes foram estimadas com Intervalo de Confiança (IC) de 95%. As variáveis categóricas foram apresentadas em números absolutos e proporções e as variáveis numéricas em medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (amplitude e desvio padrão).

Foi realizada análise bivariada utilizando o Teste de qui-quadrado para avaliar associações entre as variáveis re-categorizadas de perfil sociodemográfico e de saúde com a automedicação e a não adesão ao tratamento farmacológico, assim como a comparação entre os grupos de não idosos e idosos, e foram apresentadas Razões de Prevalência (RP). Foi considerado como nível de significância 5% ($p < 0,05$) e IC de 95% para as análises comparativas.

4.6 Considerações éticas

O presente trabalho faz parte de um projeto maior intitulado: “ Avaliação do perfil dos participantes da Universidade do Envelhecer – UniSer: Determinantes sociais de saúde, alimentação, prática de atividade física e consumo de medicamentos”, e foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ceilândia (FCE/UnB), tendo sido aprovado com o CAAE 65095717.1.000.8093 (Anexo 4). Durante as entrevistas eram apresentados os objetivos da pesquisa, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Também eram esclarecidas quaisquer dúvidas a respeito do processo de coleta de dados, e somente após a assinatura do TCLE que foram realizadas as entrevistas.

5 RESULTADOS

Dos 420 discentes participantes do programa de extensão, 215 foram incluídos neste trabalho. Foi observado que a amostra era formada majoritariamente pelo sexo feminino (189; 87,9%), com média de idade de 61,3 anos ($\pm 8,61$) e mediana de 61 anos. Da amostra total, 88 (40,9%) eram não idosos entre 45 e 59 anos de idade, com média de idade de 53,6 anos ($\pm 4,88$) e mediana de 55 anos, e 127 (59,1%) eram idosos (com idade igual ou superior a 60 anos), com média de idade de 66,7 anos ($\pm 6,25$) e mediana de 65 anos. Além disso, quase metade dos entrevistados era parda (100; 46,5%); 40% possuíam renda familiar de quatro ou mais salários mínimos (86; 40,0%) e 50,7% (n=109) afirmaram ter o ensino médio completo como escolaridade. A maior parte dos entrevistados eram aposentados (121; 56,3%). A Tabela 1 apresenta os dados do perfil sociodemográfico dos participantes da UniSer.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos participantes da UniSer, Brasília, DF, 2017. (Continua)

Variáveis sociodemográficas	n (%)	IC95%**
Sexo (n=215)		
Feminino	189 (87,9)	82,9-91,6
Masculino	26 (12,1)	8,4-17,1
Raça/Cor (n=215)		
Parda	100 (46,5)	40,0-53,1
Branco	72 (33,5)	27,5-40,0
Preto	37 (17,2)	12,7-22,8
Indígena	4 (1,9)	0,7-4,7
Amarelo	2 (0,9)	0,2-3,3
Estado Civil (n=213)		
Casado	83 (38,6)	32,7-45,7
Desquitado/Divorciado	52 (24,2)	19,1-30,6
Solteiro	37 (17,2)	12,9-23,0
Viúvo	34 (15,8)	11,6-21,5
União Estável	7 (3,3)	1,6-6,6
Não declarou	2 (0,9)	0,2-3,3
Escolaridade (n=215)		
Fundamental incompleto	11 (5,1)	2,9-8,9
Fundamental completo	15 (7,0)	4,3-11,2
Ensino médio incompleto	8 (3,7)	1,9-7,2
Ensino médio completo	109 (50,7)	44,1-57,3
Ensino superior incompleto	17 (7,9)	5,0-12,3
Ensino superior completo	48 (22,3)	17,3-28,3
Semianalfabeto	1 (0,5)	0,08-2,6
Não saber ler/escrever	3 (1,4)	0,5-4,0
Não declarou	3 (1,4)	0,5-4,0

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos participantes da UniSer, Brasília, DF, 2017. (Conclusão)

Variáveis sociodemográficas	n (%)	IC95%**
Cidade Satélite (ou do Entorno) de Procedência (n=215)		
Taguatinga	61 (28,4)	22,8-34,7
Candangolândia	27 (12,6)	8,8-17,6
Ceilândia	24 (11,2)	7,6-16,1
Estrutural	16 (7,4)	4,6-11,7
Guará	15 (7,0)	4,3-11,2
Outros	72 (33,4)	27,5-40,0
Renda Familiar (n=215)		
Até 1 salário mínimo*	30 (14,0)	10,0-19,2
Entre 1 e 2 salários mínimos	26 (12,1)	8,4-17,1
Entre 2 e 3 salários mínimos	33 (15,3)	11,1-20,8
Entre 3 e 4 salários mínimos	35 (16,3)	11,9-21,8
Acima de 4 salários mínimos	86 (40,0)	33,7-46,7
Não sabe dizer	4 (1,9)	0,7-4,7
Não declarado	1 (0,5)	0,08-2,6
Estado ocupacional (n=215)		
Aposentado	121 (56,3)	49,6-62,7
Recebe auxílio doença	2 (0,9)	0,3-3,3
Desempregado	13 (6,0)	3,6-10,1
Do lar	39 (18,1)	13,6-23,8
Trabalho autônomo	24 (11,2)	7,6-16,1
Empregado	14 (6,5)	3,9-10,6
Não declarado	2 (0,9)	0,2-3,3

Fonte: próprio autor. *Salário mínimo correspondente ao período de 2017 (R\$937,00); **IC95%: Intervalo de confiança de 95%.

Foi relatado por 163 (75,8%; IC:69,7%-81,0%) entrevistados a ocorrência de problemas de saúde na época da pesquisa, sendo que 154 (71,6%; IC: 65,3%-77,2%) entrevistados utilizam medicamentos de uso contínuo. Destes, 83 (53,9%; IC:46,0%-61,6%) adquirem seus medicamentos com recursos próprios, 52 (33,8%; IC:26,8%-41,5%) em Unidades de Saúde do DF e 19 (12,3%; IC:8,0%-18,5%) em Farmácia Popular. A Tabela 2 detalha as doenças mais relatadas e os medicamentos utilizados para o tratamento de problemas crônicas, além da classificação dos medicamentos utilizados segundo a *Anatomic Therapeutic Chemistry* (ATC).

Tabela 2. Problemas de Saúde autorrelatados e medicamentos mais utilizados para tratamento de problemas crônicos pelos participantes da UniSer, Brasília, DF, 2017.

Variáveis	n (%)	IC95%
Problemas de saúde mais relatados*		
Hipertensão	92 (42,8)	36,4-49,5
Diabetes	30 (14,0)	9,9-19,2
Hipercolesterolemia	29 (13,5)	9,6-18,7
Hipotireoidismo	15 (7,0)	4,3-11,2
Depressão	14 (6,5)	3,9-10,6
Outros	125 (58,1)	51,5-64,3
Distribuição da Polifarmácia entre os participantes (n=147)		
Não faz uso de polifarmácia	127 (86,4)	79,9-91,0
Faz uso de polifarmácia	20 (13,6)	9,0-25,1
Medicamentos mais utilizados**		
Losartana	41 (19,0)	14,4-24,5
Sinvastatina	30 (13,9)	9,9-19,2
Metformina	29 (13,5)	9,6-18,7
Levotiroxina	22 (10,2)	6,8-15,0
Ácido Acetilsalicílico	18 (8,4)	5,4-12,8
Outros	141 (65,6)	59,0-71,6
Classificação ATC - Grupo anatômico principal		
Grupo C – Sistema cardiovascular	196 (50,7)	45,7-55,6
Grupo A – Trato alimentar e metabólico	71 (18,3)	14,8-22,5
Grupo N – Sistema Nervoso	38 (9,8)	7,2-13,2
Grupo B – Sangue e órgãos hematopoiéticos	29 (7,5)	5,3-10,5
Grupo H – Preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulinas	23 (5,9)	4,0-8,8
Outros	30 (7,8)	5,5-10,8

Fonte: Próprio autor. *O somatório ultrapassa 100% uma vez que um mesmo entrevistado pode relatar mais de um problema de saúde. **O somatório ultrapassa 100% uma vez que um mesmo entrevistado pode utilizar mais de um medicamento para uso contínuo.

Dentre os participantes que utilizam medicamentos de uso contínuo, foi observado o uso entre um e dez medicamentos, com média de 2,6 ($\pm 1,6$), e mediana de dois, sendo que o uso mais prevalente foi de apenas um medicamento relatado por 45 participantes (30,6%; IC:23,7%-38,5%).

Além dos dados a respeito de medicamentos, obteve-se informações junto aos entrevistados a respeito de plano de saúde particular e se em suas famílias haviam alguma pessoa que fossem da área de saúde. Destes, 111 (51,6%; IC:45,0%-58,2%) possuem plano de saúde e 135 (62,8%; IC:56,2%-69,0%) tem algum profissional ou estudante da área de saúde em sua família.

Em relação à automedicação, a prevalência no grupo entrevistado foi de 188 discentes (87,4%; IC:82,3%-91,2%) para aqueles que realizaram a prática alguma vez na vida. Dentre estes, 42 discentes (22,3%; IC:17,0%-28,8%) realizaram automedicação nos sete dias anteriores à entrevista. Os dados a respeito da

automedicação realizada nos últimos sete dias do grupo de alunos da UniSer estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Caracterização da automedicação realizada nos últimos sete dias dos participantes da UniSer, Brasília, DF, 2017.

Variáveis	n (%)	IC95%
Fatores que motivaram a automedicação (n=42)		
Prescrições antigas	15 (35,7)	23,0-50,3
Conhecimento próprio	8 (19,0)	10,0-33,3
Facilidade/Comodidade	7 (16,7)	8,3-30,6
Indicação de amigos/vizinhos	6 (14,3)	6,7-27,8
Outros	6 (14,3)	6,7-27,8
Fatores relacionados ao conhecimento próprio (n=8)		
Utilizou o medicamento com êxito anteriormente	8 (100,0)	67,6-100,0
Procurou assistência antes de se automedicar (n=42)		
Sim	8 (19,0)	10,0-33,3
Não	34 (81,0)	66,7-90,0
Motivos para não procurar assistência (n=34)		
Não considera o problema de saúde grave	14 (41,2)	26,4-57,8
Demora no atendimento	8 (23,5)	12,4-40,0
Facilidade na compra do medicamento	5 (14,7)	6,5-30,1
Outros	7 (20,6)	10,3-36,8

Fonte: Próprio autor.

Entre os problemas de saúde que motivaram a prática de automedicação destacam-se aqueles relacionados à dor (59,2%; IC:44,5-73,0), sendo os mais citados dor de cabeça, dor no corpo, dor nas costas e dor muscular. Os medicamentos mais relatados pelos participantes da UniSer que foram utilizados na prática de automedicação nos últimos sete dias antes da entrevista estão dispostos na Tabela 4. A maior parte destes medicamentos estavam sempre disponíveis na casa dos entrevistados (73,8%; IC:58,9-84,7).

Tabela 4. Medicamentos mais utilizados para a prática de automedicação pelos participantes da UniSer, Brasília, DF, 2017.

Medicamento	n (%)*
Dipirona monohidratada + citrato de orfenadrina + cafeína anidra	10 (23,8)
Dipirona + mucato de isometepteno + cafeína	4 (9,5)
Dipirona monohidratada	4 (9,5)
Paracetamol	4 (9,5)
Paracetamol + maleato de clorfeniramina + cloridrato de fenilefrina	3 (7,1)
Salbutamol	1 (2,4)
Dimenidrinato	1 (2,4)
Diclofenaco sódico	1 (2,4)
Amitriptilina	1 (2,4)
Ciprofloxacino	1 (2,4)
Derivados de Di-hidroergotamina	1 (2,4)
Outros	15 (36,0)

Fonte: Próprio autor. *O somatório ultrapassa 100% uma vez que os entrevistados podem ter usado mais de um medicamento.

Importante ressaltar que foram relatados pelos discentes o uso de medicamentos de venda sob prescrição médica e de controle especial durante a prática de automedicação, como por exemplo Salbutamol, derivados de Di-hidroergotamina, Dimenidrinato, Diclofenaco sódico e Amitriptilina, além de uso de antibiótico (Ciprofloxacino).

Em relação à possíveis influências de variáveis de saúde e perfil sociodemográfico na automedicação realizada na última semana, não houve diferença significativa entre as variáveis analisadas (Tabela 5).

Tabela 5. Análise de possível associação entre a automedicação considerando a última semana e variáveis de perfil sociodemográfico e de saúde dos participantes da UniSer, Brasília, DF, 2017. (Continua)

Variáveis	Automedicação n (%)	RP*(IC95%)	p**
Sexo (n=42)			0,347
Feminino	39 (92,9)	1,059 (0,955-1,175)	
Masculino	3 (7,1)	1	
Raça/cor (n=42)			0,605
Não Brancos	27 (64,3)	0,938 (0,730-1,206)	
Brancos	15 (37,5)	1	
Estado civil (n=42)			0,766
Não possui companheiro	25 (59,5)	1,045 (0,785-1,393)	
Possui companheiro	17 (40,5)	1	
Escolaridade (n=42)			0,458
Menor escolaridade	31 (73,8)	1,089 (0,881-1,346)	
Maior escolaridade	11 (26,2)	1	

Tabela 5. Análise de possível associação entre a automedicação considerando a última semana e variáveis de perfil sociodemográfico e de saúde dos participantes da UniSer, Brasília, DF, 2017. (Conclusão)

Variáveis	Automedicação n (%)	RP*(IC95%)	p**
Cidade satélite (ou do entorno) de procedência*** (n=42)			0,560
Periferia	37 (88,1)	0,967 (0,856-1,093)	
Centro	5 (11,9)	1	
Renda familiar (n=42)			0,167
Até 3 salários mínimos	22 (52,4)	1,296 (0,914-1,838)	
Acima de 3 salários mínimos	20 (47,6)	1	
Estado ocupacional (n=42)			0,136
Aposentado	19 (45,2)	0,777 (0,542-1,114)	
Não possui aposentadoria	23 (54,8)	1	
Relatos de problemas de saúde (n=42)			0,399
Sim	34 (81,0)	1,084 (0,911-1,291)	
Não	8 (19,0)	1	
Plano de saúde (n=42)			0,934
Sim	23 (54,8)	0,987 (0,723-1,347)	
Não	19 (45,2)	1	
Profissional da área da saúde na família (n=42)			0,880
Sim	27 (64,3)	1,020 (0,789-1,320)	
Não	15 (35,7)		

Fonte: Próprio autor. *RP: Razão de prevalência; ** $p < 0,05$: qui-quadrado. *** Quando considerada a proximidade com a cidade satélite de Plano Piloto.

Após a comparação entre os grupos de não idosos (entre 45 e 59 anos) e idosos (≥ 60 anos), não foram encontradas diferenças significativas entre a avaliação dos resultados da automedicação e adequação da prática (Tabela 6). Apesar da leitura de bulas de medicamento e de considerar a prática de automedicação “perigosa”, os resultados para a adequação da automedicação não foram satisfatórios, onde 55,6% dos não idoso e 45,8% dos idosos a realizaram de forma irracional.

Tabela 6. Comparação da prática de automedicação considerando a última semana entre não idosos e idosos participantes da UniSer, Brasília, DF, 2017.

Variáveis	Não idosos n (%)	Idosos n (%)	RP*(IC95%)	p**
Automedicação (n=188)				
Sim	18 (21,7)	24 (22,9)	0,949 (0,553-1,627)	0,848
Não	65 (78,3)	81 (77,1)	1	
Resultado da automedicação (n=42)				
Resolução do problema de saúde	18 (100,0)	20 (83,3)	1,200 (1,003-1,435)	0,069
Não resolução/Manutenção	0 (0,0)	4 (16,7)	1	
Adequação da prática de automedicação (n=42)				
Automedicação Racional	8 (44,4)	13 (54,2)	0,821 (0,425-1,547)	0,533
Automedicação Irracional	10 (55,6)	11 (45,8)	1	
Consideram perigosa a automedicação (n=215)				
Sim	85 (96,6)	120 (94,5)	1,022 (0,965-1,083)	0,472
Não	3 (3,4)	7 (5,5)	1	
Referem leitura de bulas de medicamentos				
Sim	65 (73,9)	90 (70,9)	1,042 (0,882-1,232)	0,630
Não	23 (26,1)	37 (29,1)	1	
Referem seguir orientações contidas nas bulas de medicamentos				
Sim	62 (70,5)	84 (66,1)	1,065 (0,886-1,280)	0,505
Não	26 (29,5)	43 (33,9)	1	

Fonte: Próprio autor. *RP: Razão de prevalência; **p<0,05: qui-quadrado.

Em relação à adesão ao tratamento farmacológico, apenas 22,1% (29; n=131) dos participantes foram considerados aderentes ao tratamento quando analisados pela Escala MGL⁷⁰; já o BMQ domínio Regime adaptado⁷¹ considerou aderentes 61,6% (90; n=146) dos entrevistados.

Assim como para a automedicação, foi feita a análise de possíveis associações entre variáveis relacionadas à saúde e perfil sociodemográfico que estejam influenciando a não adesão ao tratamento farmacológico. Não foram encontradas diferenças significativas entre as variáveis analisadas, tanto para a Escala MGL quanto para o BMQ domínio Regime adaptado (Tabelas 7 e 8).

Tabela 7. Análise de associação entre a não aderência ao tratamento farmacológico avaliada pela Escala MGL e variáveis de perfil sociodemográfico e de saúde dos participantes da UniSer, Brasília, DF, 2017.

Variáveis	Não aderente (MGL) n (%)	RP*(IC95%)	p**
Sexo (n=102)			
Feminino	85 (83,3)	1,117 (0,979-1,275)	0,187
Masculino	17 (16,7)	1	
Raça/cor (n=99)			
Não Brancos	65 (65,7)	1,103 (0,845-1,439)	0,496
Brancos	34 (34,3)	1	
Estado civil (n=101)			
Não possui companheiro	55 (54,5)	1,203 (0,875-1,655)	0,289
Possui companheiro	46 (45,5)	1	
Escolaridade (n=102)			
Menor escolaridade	73 (71,6)	1,012 (0,783-1,307)	0,929
Maior escolaridade	29 (28,4)	1	
Cidade satélite (ou do entorno) de procedência (n=102)			
Periferia***	94 (92,2)	1,010 (0,901-1,132)	0,865
Centro****	8 (7,8)	1	
Renda familiar (n=102)			
Até 3 salários mínimos	47 (46,1)	0,748 (0,434-1,289)	0,266
Acima de 3 salários mínimos	55 (53,9)	1	
Estado ocupacional (n=102)			
Aposentado	60 (58,8)	1,231 (0,933-1,624)	0,184
Não possui aposentadoria	42 (41,2)	1	
Relatos de problemas de saúde (n=102)			
Sim	100 (98,0)	0,985 (0,915-1,061)	0,637
Não	2 (2,0)	1	
Plano de saúde (n=102)			
Sim	57 (55,9)	0,987 (0,682-1,430)	0,946
Não	45 (44,1)	1	
Profissional da área da saúde na família (n=102)			
Sim	62 (60,8)	1,191 (0,906-1,566)	0,251
Não	40 (39,2)	1	

Fonte: Próprio autor. *RP: Razão de prevalência; **p<0,05: qui-quadrado.

Tabela 8. Análise de associação entre a não aderência ao tratamento farmacológico avaliado pelo BMQ domínio Regime adaptado e variáveis de perfil sociodemográfico e de saúde dos participantes da UniSer, Brasília, DF, 2017.

Variáveis	Não aderente (BMQ) n (%)	RP*(IC95%)	p**
Sexo (n=56)			
Feminino	51 (91,1)	0,927 (0,822-1,046)	0,247
Masculino	5 (8,9)	1	
Raça/cor (n=54)			
Não Brancos	36 (65,7)	1,011 (0,797-1,282)	0,926
Brancos	18 (34,3)	1	
Estado civil (n=56)			
Não possui companheiro	33 (58,9)	0,953 (0,717-1,268)	0,745
Possui companheiro	23 (41,1)	1	
Escolaridade (n=56)			
Menor escolaridade	41 (73,2)	0,956 (0,776-1,178)	0,677
Maior escolaridade	15 (26,8)	1	
Cidade satélite (ou do entorno) de procedência (n=56)			
Periferia***	51 (92,2)	1,000 (0,901-1,110)	0,993
Centro****	5 (7,8)	1	
Renda familiar (n=56)			
Até 3 salários mínimos	24 (42,9)	1,063 (0,729-1,550)	0,750
Acima de 3 salários mínimos	32 (57,1)	1	
Estado ocupacional (n=56)			
Aposentado	34 (60,7)	0,952 (0,723-1,253)	0,726
Não possui aposentadoria	22 (39,3)	1	
Relatos de problemas de saúde (n=56)			
Sim	54 (96,4)	0,991 (0,926-1,060)	0,796
Não	2 (3,6)	1	
Plano de saúde (n=56)			
Sim	36 (64,3)	0,743 (0,555-1,009)	0,052
Não	20 (35,7)	1	
Profissional da área da saúde na família (n=56)			
Sim	34 (60,7)	1,043 (0,802-1,357)	0,751
Não	22 (39,3)	1	

Fonte: Próprio autor. *RP: Razão de prevalência; **p<0,05: qui-quadrado.

Quando comparadas as variáveis relacionadas aos relatos de problemas de saúde e uso de medicamentos entre os grupos de não idosos e idosos, não foram observadas diferenças significativas entre as idades, sendo observado uma tendência de aumento de problemas de saúde e uso de medicamentos entre os idosos.

A avaliação da adesão também foi realizada por meio de comparação entre os grupos de não idosos e idosos participantes da UniSer. Não foi encontrada diferença significativa entre as idades, ou seja, de acordo com os dados obtidos ambos os grupos não são aderentes aos tratamentos. Quando analisada a adesão por meio da Escala MGL⁷⁰, 35 não idosos (n=46; 76,1%) e 67 idosos (n=85; 78,8%) foram considerados não aderentes ao tratamento medicamentoso. Já pelo BMQ domínio Regime adaptado⁷¹, 23 não idosos (n=56; 41,1%) e 33 idosos (n=90; 36,7%) foram considerados não aderentes ao tratamento (Tabela 9).

Tabela 9. Comparação dos relatos de problemas de saúde, uso de medicamentos e adesão ao tratamento farmacológico entre os participantes da UniSer, Brasília, DF, 2017.

Variáveis	Não idosos n (%)	Idosos n (%)	RP*(IC95%)	p**
Relatos de problemas de saúde (n=215)				0,064
Sim	61 (69,3)	102 (80,3)	0,863 (0,733-1,016)	
Não	27 (30,7)	25 (19,7)	1	
Utilização de medicamentos de uso contínuo (n=215)				0,063
Sim	57 (64,8)	97 (76,4)	0,848 (0,707-1,017)	
Não	31 (35,2)	30 (23,6)	1	
Adesão ao tratamento farmacológico				
Escala MGL (n=131)				0,719
Sim	11 (23,9)	18 (21,2)	1,129 (0,584-2,182)	
Não	35 (76,1)	67 (78,8)	1	
BMQ (Domínio Regime adaptado) (n=146)				0,595
Sim	33 (58,9)	57 (63,3)	0,930 (0,711-1,128)	
Não	23 (41,1)	33 (36,7)	1	

Fonte: Próprio autor. *RP: Razão de prevalência; **p<0,05: qui-quadrado.

6 DISCUSSÃO

São poucos os estudos no Brasil que apresentam dados a respeito do comportamento de consumo de medicamentos em adultos jovens e idosos, mesmo que exista a consciência de que o uso de medicamentos em idosos deva ser realizado com cautela, tanto pelas alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas relacionadas ao envelhecimento, quanto em função da polifarmácia, a qual estão normalmente sujeitos esse estrato populacional. A UniSer busca a formação de seus participantes já na fase adulta, o que difere este programa de extensão de outros projetos nacionais. Trabalhos a respeito do comportamento medicamentoso em grupos formados por indivíduos que voltaram aos estudos de forma tardia são ainda mais escassos, o que torna o presente estudo importante para conhecer de forma aprofundada o perfil de uso de medicamentos deste público.

A maior parte dos frequentadores da UniSer foi composto por mulheres, pardos, e aposentados, sendo dados condizentes com alguns estudos a respeito de uso de medicamentos realizados em localidades das regiões Nordeste, Sul e Sudeste^{31,38,72,73,74}. A maior participação do sexo feminino na UniSer está de acordo com outros estudos, onde apontam que frequentadores de universidades abertas para a terceira idade são em sua maioria mulheres^{75,76}. Associado a isso, temos a feminização da velhice, ou seja, predomínio de mulheres na população idosa⁷⁷. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o quantitativo de mulheres de mais de 60 anos passou de 2,2% em 1940 para 6% em 2010, sendo que em 2017 esse valor chegou à 8,2%⁶. Pode-se explicar esse fenômeno de algumas formas, como por exemplo a maior longevidade do sexo feminino, aliado ao fato de que as mulheres procuram mais os serviços de saúde, e assim possuem maior possibilidade de tratar seus problemas e também pelo papel tradicional atribuídos a elas, de serem responsáveis pelos cuidados da casa e da família (e consequentemente prover saúde)⁷⁸.

Alguns dados obtidos neste trabalho possuem características diferentes quando comparado a outros estudos nacionais. No Brasil, em média, 38,3% dos idosos possuem renda familiar entre meio e um salário mínimo⁷⁹, e os resultados para o grupo analisado neste trabalho mostrou-se diferente. Este fato pode ser explicado devido o Distrito Federal apresentar o maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil, sendo que a maior diferença entre este parâmetro quando comparado DF e

outros Estados está no componente Renda e Educação⁸⁰. Além disso, o grupo estudado são de participantes de um programa de extensão dentro da Universidade de Brasília, e que para participar do mesmo é necessário possuir mobilidade e disponibilidade de tempo, o que torna este grupo ainda mais seletivo nos quesitos relacionados ao critério IDH.

Cabe destacar que a renda familiar é um fator que influencia na questão de acesso aos serviços de saúde, e conseqüentemente, no estado geral de saúde do idoso. Nesse ponto, um tratamento efetivo e acesso adequado aos medicamentos devem ser prioridades nas ações públicas de saúde.

Além da renda familiar, ter um companheiro se torna importante no cuidado da saúde, sendo que muitas vezes o cuidador é o próprio cônjuge do idoso, e seu envolvimento poderá contribuir para a adesão aos tratamentos propostos, principalmente por meio do auxílio na ingestão de medicamentos e no acompanhamento aos serviços de saúde^{3,81}. Quando avaliada a questão de situação conjugal, o presente trabalho demonstrou que grande parte dos participantes não possuem companheiro, o que pode ser tornar um risco para estes participantes.

O presente estudo demonstrou que 51,6% dos participantes possuíam plano de saúde, resultado diferente do apontado em um estudo nacional⁵¹, onde, na média, 27,0% dos idosos possuem plano de saúde. Novamente, essa diferença pode ser explicada pela maior renda dos participantes do projeto de extensão, proporcionando assim a possibilidade de contratação de planos de saúde. Se a utilização de plano de saúde privado for entendida como um marcador socioeconômico, temos que os mesmos possuem maior capacidade de custeio com medicamentos e consultas médicas, ao passo que idosos sem planos de saúde dependeriam mais da assistência pública⁷².

Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de não idosos e idosos para as variáveis utilizadas na comparação de relatos de problemas de saúde e utilização de medicamentos de uso contínuo. Dentre os frequentadores da UniSer, 71,6% utilizam medicamentos deste tipo, e 76,4% dos idosos também o fazem. Segundo a Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), esse valor pode chegar a 95,0% dentro da população idosa⁵¹. O resultado obtido com o estudo é compatível com outros trabalhos de âmbito local, que demonstraram variações que vão de 75,7% até 85,5%^{58,82}. O resultado de menor prevalência de utilização de medicamentos de uso contínuo pode estar

relacionado às características do grupo entrevistado, pois para frequentar a UniSer o participante deve ter uma maior independência e autonomia, o que pode refletir em um menor uso de medicamentos⁶⁶. A vulnerabilidade dos idosos em relação aos efeitos adversos é alta, principalmente devido à polifarmácia e as alterações próprias da senescência. Discussões a respeito de educação em saúde se mostram necessárias, ajudando assim na tentativa de minimizar os efeitos adversos que uso inadequado de medicamentos pode causar na população idosa⁸².

Os problemas de saúde mais relatados dentro do grupo de entrevistados foram hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia, o que pode ser encontrado em outros estudos nacionais^{51,83,84}. Os medicamentos mais utilizados foram Losartana, seguido de Sinvastatina e Metformina. Todos estes medicamentos estão na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), e podem ser obtidos sem custos pela população por meio de políticas públicas na área farmacêutica⁵¹. A população entrevistada se enquadra no contexto de ampla utilização de medicamentos para o sistema cardiovascular, em consonância com o padrão de doenças crônicas não transmissíveis entre idosos^{51,85}. O perfil dos participantes mostrou que esta população apresenta vários problemas de saúde que necessitam de medicamentos de uso contínuo, com prevalência de problemas cardiovasculares, principalmente hipertensão, assim como visto em outros trabalhos^{3,85}. Com isso, deve-se levar em conta a importância de desenvolver estratégias educativas que visem o uso racional e a adesão ao tratamento para o tratamento destes problemas de saúde.

Quando considerada a automedicação durante toda a vida, a prevalência foi de 87,4% para o grupo analisado. Quando analisado apenas a prática nos últimos sete dias anteriores a entrevista, a prevalência foi de 22,3%. São encontrados trabalhos que apresentam valores que variam de 14,9% a 35,0%^{32,33,34}. O valor obtido no presente trabalho difere de alguns trabalhos nacionais, e pode ser explicado primeiramente por diferenças metodológicas, como por exemplo o período recordatório de sete dias enquanto outros estudos utilizam recordatório de 15 dias. Além disso, as características da população investigada, como diferença de idade e renda pode influenciar esta diferença. Importante ressaltar que a automedicação pode aumentar com um maior nível de escolaridade e melhor nível socioeconômico^{32,86}. Quanto mais o indivíduo estuda e melhora a sua situação financeira, mais confiante ele fica para se automedicar. Entretanto, este processo deve ocorrer de forma

racional, não devendo ser adotado para doenças crônicas ou uso de medicamentos de venda sob prescrição médica ou de controle especial⁵¹.

Entre os fatores que motivaram a automedicação no grupo analisado, as prescrições antigas foram as que mais influenciaram a seleção de medicamentos para a prática. Dos entrevistados, 35,7% reutilizaram prescrições médicas que foram prescritas anteriormente. O resultado é compatível com outros estudos^{87,88} e esse resultado demonstra que o maior problema relacionado ao uso de prescrições antigas é que apesar dos sintomas serem parecidos com os anteriormente referidos, os mesmos podem ser advindos de outras doenças, não aquela à qual o medicamento foi prescrito. O estoque domiciliar também é um agente influenciador da automedicação. Considerando que 73,8% dos medicamentos consumidos por esta prática já estavam disponíveis em casa, existe a necessidade de uma revisão periódica do que está armazenado nos estoques domiciliares de medicamentos, pois na maioria das vezes estes estoques (normalmente originados de sobras de tratamentos anteriores) não possuem bulas de medicamentos ou embalagens com as suas validades, o que se torna um risco e levam também a automedicação irracional^{43,44}.

Em relação aos medicamentos utilizados na prática de automedicação, destacam-se aqueles para uso na dor (dor de cabeça, muscular, entre outras), sendo mais utilizados analgésicos contendo Paracetamol e associações com Dipirona. Este resultado é compatível com estudos sobre automedicação^{25,31,33}, além de estar consoante com um trabalho de âmbito nacional³², onde mostra que analgésicos e relaxantes musculares são os grupos terapêuticos mais utilizados para alívio da dor.

Contudo, o sintoma “dor” nos grupos analisados (idosos e não idosos) necessita de uma investigação mais aprofundada, pois o mesmo pode ter origem em uma doença crônica, ao invés de ser autolimitada. Sendo assim, deve-se buscar formas alternativas de tratamento da dor mais adequadas e seguras, principalmente quando considerado o público idoso. Além disso, estas classes de medicamentos devem ser ingeridas com cautela, devido principalmente aos seus efeitos adversos, como por exemplo problemas gástricos e renais e do mascaramento de doenças que provocam dor e que podem estar em progressão.

Outro fato importante a se destacar em relação aos medicamentos utilizados na automedicação seria a presença de medicamentos de venda sob prescrição médica e de controle especial. Foram relatados, por exemplo, o uso de Salbutamol,

Diclofenaco Sódico e Amitriptilina, além de antibióticos. A utilização indiscriminada destes tipos de medicamentos sem prescrição médica acarreta em aumento do risco à saúde dos usuários, e conseqüentemente no número de internações e mortalidade devido a intoxicações e efeitos adversos⁸⁹.

Quando considerada a automedicação nos últimos sete dias realizadas pelo grupo de idosos, não houve diferenças significativas quando comparado ao grupo de não idosos, isto é, ambos estão utilizando medicamentos para a prática de forma inadequada. 22,9% dos idosos realizaram a automedicação dentro do período recordatório analisado, o que é compatível com valores encontrados em estudos específicos para esta faixa etária, variando de 8,9% até 70,8%^{25,31,73,90}. Esta diferença pode ser explicada devido às características dos participantes, diferentes tipos de definição de automedicação que possam ter sido utilizados e novamente pelo período recordatório. Além disso, também não houve diferenças significativas quando analisadas as variáveis de perfil sociodemográfico e de saúde em relação à automedicação realizada na última semana.

Em relação a análise de adequação da automedicação nos últimos sete dias, 50% (21; n=42) dos entrevistados a realizaram de forma irracional, assim como 55,6% dos não idosos. Quando considerado apenas o grupo de idoso, 45,8% também a fizeram irracionalmente, ou seja, não atenderam aos critérios racionalidade definidos pelo estudo (o medicamento ser isento de prescrição; o problema de saúde ser autolimitado; tempo de persistência dos sintomas)⁶⁸, mesmo que 70,9% destes leiam as bulas dos medicamentos, 66,1% dizer seguir as orientações contidas nas bulas, e 94,5% achar a prática perigosa para à saúde. A automedicação pode ser realizada de forma racional quando é selecionado um medicamento isento de prescrição para o tratamento de doenças agudas (autolimitadas), podendo trazer diversos benefícios, como evitar danos à saúde e poupar recursos financeiros para tratamento de doenças mais graves⁹¹.

Apesar disso, a automedicação dentro da população idosa possui diversas desvantagens, como o mascaramento de doenças mais graves e eventos adversos. Como já comentado, essa faixa etária está mais propensa a utilizar polifarmácia, que associada à automedicação por ocasionar interações medicamentosas indesejáveis, aumentando assim os riscos de intoxicação^{25,33}. Sendo assim, a automedicação realizada por idosos deve ser feita com cautela, de forma racional, na tentativa de minimizar os danos causados de possíveis problemas relacionados aos

medicamentos. Além disso, precisa ser auxiliada por profissionais capacitados, pois os riscos da automedicação estão associados ao nível de instrução e informações sobre medicamentos por parte dos usuários⁹².

Quando analisado e comparado o perfil de adesão ao tratamento farmacológico entre os participantes da UniSer, não houve diferença significativa entre os grupos analisados, e a prevalência tanto de não idosos quanto idosos não aderentes ao tratamento com medicamentos de uso contínuo foi considerada alta. Utilizando a Escala MGL, 76,1% dos não idosos e 78,8% dos idosos entrevistados foram considerados não aderentes, o que se mostra compatível com outros estudos que utilizaram o mesmo método da análise^{62,63,93,94}. Segundo a OMS, em países desenvolvidos a aderência ao tratamento contínuo é na faixa de 50,0%, sendo que em países em desenvolvimento esse valor pode ser muito menor⁵⁹.

Utilizando BMQ domínio Regime adaptado, a prevalência de não adesão ao tratamento com medicamentos de uso contínuo foi de 36,7% para o grupo de idosos e 41,1% para os não idosos. O resultado se mostrou diferente daquele obtido por meio da Escala MGL, e alguns fatores podem explicar essa diferença, como por exemplo o estado de saúde e a origem da população estudada⁶³. Além disso, os instrumentos de coleta de dados possuem diferenças em seus questionamentos, principalmente quando considerado o tempo de avaliação em relação ao uso de medicamentos (a Escala MGL considera um tempo mais longo; já o BMQ domínio Regime adaptado considera os dados da última semana)⁹⁵. Com isso pode ocorrer uma restrição em relação ao esquecimento.

No presente trabalho foi utilizada uma versão adaptada do BMQ domínio Regime, com pequena alteração no quesito dosagem. Esta adaptação foi realizada por Ben e colaboradores⁷¹, pois foi observado no estudo piloto de validação do BMQ versão em português que os participantes não conseguiam se recordar da concentração exata dos medicamentos utilizados por eles em seus tratamentos. Com isso foi sugerida a simplificação do BMQ domínio Regime, onde seria considerada falha o esquecimento do nome ou classe do medicamento, desconsiderando a dosagem. Este detalhe pode ter contribuído para a diferença de resultados entre os instrumentos de coleta de dados.

Assim como para a automedicação, não houve diferenças significativas quando analisadas as variáveis de perfil sociodemográfico e de saúde em relação aos resultados da Escala MGL e BMQ domínio Regime adaptado para não adesão ao

tratamento farmacológico. Isto demonstra um perfil muito semelhante deste comportamento (adesão ao tratamento) no grupo investigado.

No presente trabalho, para a análise de adesão ao tratamento farmacológico em idosos, a Escala MGL se mostrou um instrumento de melhor aplicação na população investigada, pois sua facilidade (quando comparado ao BMQ domínio Regime adaptado, que exige conhecimento mais profundo por parte do entrevistado sobre o seu tratamento) e menor custo (quando comparado com instrumentos pagos e métodos diretos) faz com que esta escala seja eficaz para este tipo de análise.

A não adesão ao tratamento farmacológico pode acarretar uma série de problemas para a saúde dos usuários de medicamentos de uso contínuo, entre eles falha no controle das enfermidades, aumento no número de hospitalizações e aumento da mortalidade^{63,64,96}. É um problema que ainda recebe pouca atenção, mas que traz consequências tanto clínicas como econômicas. Sendo assim, sua avaliação é importante, e modificar essa taxa de não adesão depende de um esforço, não apenas da população analisada em si, mas também de políticas de saúde adequadas.

Algumas limitações do presente trabalho podem ser citadas, como por exemplo o absenteísmo durante as aulas e a recusa em participar das entrevistas, o que diminuiu o número de participantes da pesquisa, cabendo salientar que o quantitativo de entrevistados é maior que a amostra mínima exigida. Além disso, a amostragem foi feita por conveniência, não aleatória, o que caracteriza outra limitação.

Outra limitação refere-se ao fato de que a maioria das informações obtidas foram autorreferidas, ou seja, há possibilidade de viés de memória entre os participantes devido a avaliação ser do tipo recordatória

No presente trabalho foi avaliado o estado civil dos participantes, ou seja, se possuía companheiro ou não, e não se os mesmos moravam sozinho ou com alguém. Este é um dado que deve ser averiguado, principalmente para se avaliar a influência do mesmo no estado geral de saúde dos participantes, bem como sua contribuição na adesão ao tratamento.

Os resultados obtidos por meio dos instrumentos de análise de adesão se mostraram diferentes, como visto anteriormente. Isso deve-se ao fato de os instrumentos remeterem a um período recordatório diferente para análise (o MGL possui um período maior, enquanto o BMQ domínio Regime adaptado analisa a última semana antes da entrevista). Além disso, como foi utilizada uma versão adaptada do BMQ domínio Regime⁷¹, os resultados obtidos para adesão utilizando este

instrumento podem estar sobrestimados. É importante realizar uma análise completa por meio do BMQ para se avaliar a adesão e assim observar se os valores entre BMQ e MGL se aproximam.

Existe uma atualização para a Escala de Morisky-Green-Levine, onde são feitas oito perguntas ao invés de quatro⁹⁷, o que pode também levar à resultados diferentes do obtido no presente trabalho. Entretanto, este instrumento é pago, e deve ser adquirida uma licença para o seu uso acadêmico. Também não houve acesso às prescrições médicas dos participantes, o que poderia influenciar nos resultados de adesão ao tratamento, pois não se sabe ao certo se a quantidade de medicamentos referidos é a mesma daquela prescrita.

Apesar das limitações, os instrumentos utilizados para coleta de dados são reconhecidos por sua validade, bem como o período recordatório de sete dias utilizado na pesquisa está compatível com diversos estudos para esta faixa etária. Sendo assim, os resultados obtidos são pertinentes e colaboram para a organização das ações de educação em saúde para os usuários do programa de extensão, bem como auxiliam na compreensão de como é o comportamento de uso de medicamentos entre os participantes da UniSer.

Uma das perspectivas do trabalho é que após a defesa seja feito um evento de devolução dos dados aos participantes do programa de extensão, para poder sensibilizá-los da importância do uso racional de medicamentos. Também é importante levantar este problema nas instituições de ensino e nos estabelecimentos que prestam assistência à saúde, para que os profissionais estejam mais preparados no momento de passar informações tanto para os idosos quanto para os seus cuidadores a respeito dos tratamentos medicamentosos.

Também deve ser pensado na possibilidade de realizar visitas domiciliares para revisão de estoques de medicamentos, e com isso orientar a respeito do armazenamento adequado e descarte correto das sobras. Além disso, existe o intuito de realizar a comparação dos presentes dados com outro grupo de idosos e não idosos externos a UniSer para se identificar as possíveis diferenças de perfis de saúde, automedicação e adesão ao tratamento.

7 CONCLUSÃO

A maioria dos entrevistados foi do sexo feminino, tinham ensino médio completo (pelo menos 11 anos de estudo), renda familiar acima de quatro salários mínimos e eram aposentados. Mais da metade dos participantes da UniSer foram idosos (com idade igual ou superior a 60 anos). Além disso, grande parte dos entrevistados possuíam plano de saúde particular e foi observado alta prevalência de problemas de saúde, sendo a hipertensão a mais relatada.

A maioria dos entrevistados utiliza medicamentos de uso contínuo, sendo que os mais utilizados foram aqueles destinados para doenças do sistema cardiovascular e a Losartana foi o mais utilizado pelos entrevistados, provavelmente pela sua presença na Rename e no Programa Farmácia Popular.

A automedicação, apesar de grande parte considerá-la perigosa para saúde, foi frequente. Os medicamentos mais utilizados pelos entrevistados durante a automedicação foram da classe dos analgésicos e antipiréticos, sendo dor o sintoma mais relatado como motivador para esta prática. Prescrições antigas foi o principal fator que influenciou a automedicação no grupo, podendo também ser citado o conhecimento próprio relacionado à esta prática e a facilidade de obtenção dos medicamentos.

Não foram encontradas diferenças significativas no comportamento da utilização de medicamentos de uso contínuo e de automedicação entre os grupos de não idosos e idosos da UniSer. Também não houve diferença significativa entre os grupos quando avaliada a racionalidade da automedicação. Esse resultado se torna muito importante quando considerado que mais da metade dos participantes do programa de extensão são idosos, mais vulneráveis e sensíveis aos efeitos adversos provocados pelo uso inadequado de medicamentos, aumentando assim o risco à saúde nessa faixa etária.

Quando analisada a adesão ao tratamento farmacológico, não houve diferença significativa entre os grupos analisados, sendo que os resultados, obtidos por diferentes instrumentos para avaliação de adesão, não foram adequados. Ou seja, a prevalência de baixa adesão foi alta tanto para não idosos quanto para idosos. Esse resultado aumenta o risco à saúde, principalmente devido a ineficácia dos medicamentos de uso contínuo utilizados.

Todavia, os resultados obtidos no presente trabalho reforçam a importância de ações de educação em saúde que devem ser continuamente estimuladas e debatidas no programa de extensão UniSer, principalmente com ênfase nas orientações sobre adesão e uso racional de medicamentos, objetivando a melhora na qualidade de vida e no perfil de saúde de seus participantes idosos e adultos (não idosos).

8 REFERÊNCIAS

1. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública* 2003;19(3): 735-733.
2. Vera R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009;43(3): 548-54.
3. Almeida NA, Reiners AAO, Azevedo RCS, Silva AMC, Cardoso JDC, Souza LC. Prevalência e fatores associados à Polifarmácia entre idosos residentes na comunidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2017;20(1): 143-153.
4. World Health Organization. *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization; 2015.
5. Brasil. Lei n. 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 3 de outubro de 2003.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) contínua: Características gerais dos domicílios e dos moradores 2017*. Rio de Janeiro: IBGE; 2018.
7. Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Revista Sociedade e Estado* 2012; vol.27, n.4 pp.165-180.
8. Flores LPO. O envelhecimento da população brasileira. *Redeca* 2015; vol.2, n.1, pp.86-100.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 2000/2060*. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
10. Gottlieb MG, Schwanke CHA, Gomes I, Cruz IBM. Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbimortalidade dos idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011.14(2): 365-380.
11. Manso MEG, Biffi ECA, Gerardi TJ. Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015;18(1): 151-164.
12. Benson JM. Antimicrobial pharmacokinetics and pharmacodynamics in older adults. *Infect Dis Clin N Am* 2017;31(4): 609-617.
13. Crombag MR, Joerger M, Trürlimann B, Schellens JHM, Beijnen JH, Huitema ADR. Pharmacokinetics of selected anticancer drugs in elderly cancer patients: focus on breast cancer. *Cancers* 2016;8(1): 6.
14. Mosca C, Correia P. O medicamento no doente idoso. *Acta Farmacêutica Portuguesa* 2012; vol. 2, n.1, pp.75-81.

15. Wichmann FMA, Couto NA, Areosa SVC, Montañés MCM. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2013;16(4): 821-832.
16. Vera R. É possível, no Brasil, envelhecer com saúde e qualidade de vida? *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2016;19(3): 381-382.
17. Universidade do Envelhecer da Universidade de Brasília [Internet]. Brasília, DF, 2018 [Acesso em 10 mai 2018]. Porque envelhecer é um ato de amor. Disponível em: <http://www.uniserunb.com/nosso-projeto>.
18. Oliveira NSC, Xavier RMF, Araújo PS. Análise do perfil de utilização de medicamentos em uma unidade de saúde da família, Salvador, Bahia. *Rev Ciênc Farm Básica Apl* 2012;33(2): 283-289.
19. World Health Organization. The rational use of drugs. Report of the conference of experts. Nairobi, 25-29 november 1985. Geneva: World Health Organization; 1987.
20. Naloto DCC, Lopes FC, Barberato-Filho S, Lopes LC, Del Fiol FS, Bergamaschi CC. Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016;21(4): 1267-1276.
21. Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Rev Pan-Amaz Saude* 2011;2(3): xx-xx.
22. Rissato MAR, Romano-Lieber NS, Lieber RR. Terminologia de incidentes com medicamentos no contexto hospitalar. *Cad Saúde Pública* 2008;24(9): 1965-1975.
23. Lucena RCB. Novas regras e velhos desafios na regulação da propaganda de medicamentos. *Physis* 2012;22(2): 701-712.
24. Ministério da Saúde – MS. Portaria nº 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União*, 10 de novembro de 1998.
25. Oliveira MA, Francisco PMSB, Costa KS, Barros MBA. Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública* 2012;28(2): 335-345.
26. Filho PCPT, Almeida AGP, Pinheiro MLP. Automedicação em idosos: um problema de saúde pública. *Rev Enferm UERJ* 2013;21(2): 197-201.
27. Loyola-Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública* 2002;36(1): 55-62.

28. Richard AA, Shea K. Delienation of self-care and associated concepts. *J Nurs Scholarsh* 2011;43(3): 255-64.
29. Galvão MTRLS, Janeiro JMSV. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Rev Min Enferm* 2013;17(1): 225-230.
30. Vilarino JF, Soares IC, Silveira CM, Rödel APP, Bortoli R, Lemos RR. Perfil de automedicação em município do Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1998; vol.32, n.1, pp.43-9.
31. Sá MB, Barros JAC, Sá MPBO. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. *Rev Bras Epidemiol* 2007;10(1): 75-85.
32. Arrais PSD, Fernandes MEP, Dal Pizzol TS, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, et al. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. *Rev Saúde Pública* 2016;50(supl 2): 13s.
33. Domingues PHF, Galvão TF, Andrade KRC, Araújo PC, Silva MT, Pereira MG. Prevalência e fatores associados à automedicação em adultos no Distrito Federal: estudo transversal de base populacional. *Epidemiol Serv Saude* 2017;26(2): 319-330.
34. Domingues PHF, Galvão TF, Andrade KRC, Sá PTT, Silva MT, Pereira MG. Prevalência da automedicação na população adulta do Brasil: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública* 2015; 49:36.
35. Costa CMFN, Silveira MR, Acurcio FA, Junior AAG, Guibu IA, Costa KS, et al. Utilização de medicamentos pelos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública* 2017;51(Supl2): 18s.
36. Marin MJS, Cecílio LCO, Perez AEWUF, Santella F, Silva CBA, Filho JRG, et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2008;24(7): 1545-1555.
37. Cascaes EA, Falchetti ML, Galato D. Perfil da automedicação em idosos participantes de grupos da terceira idade de uma cidade do sul do Brasil. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 2008; vol.37, n.1, pp.63-69.
38. Barroso R, Filho PCPT, Pinheiro MLP, Bodevan E, Júnior ACP, Cambraia RP. Automedicação em idosos de estratégias de saúde da família. *Rev Enferm UFPE online* 2017;11(Supl.2): 890-7.
39. Goulart LS, Carvalho AC, Lima JC, Pedrosa JM, Lemos PL, Oliveira RB. Consumo de medicamentos por idosos de uma unidade básica de saúde de Rondonópolis/MT. *Estud Interdiscipl Envelhec* 2014; vol.19, n.1, pp.79-94.

40. Galato D, Madalena J, Pereira GB. Automedicação em estudantes universitários: a influência da área de formação. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012;17(12): 3323-3330.
41. Kusturica MP, Tomic Z, Bukumiric Z, Ninkovic L, Tomas A, Stilinovic N, et al. Home pharmacies in Serbia: an insight into self-medication practice. *Int J Clin Pharm* 2015;37(2): 373-8.
42. Silva MGC, Soares MCF, Muccillo-Baisch AL. Self-medication in university students from the city of Rio Grande, Brazil. *BMC Public Health* 2012; 12:339.
43. Lucas ACS, Costa HTS, Parente RCP, Rodrigues BM. Estoque domiciliar e consumo de medicamentos entre residentes no bairro de Aparecida, Manaus-Amazonas. *Rev Bras Farm* 2014;95(3): 867-888.
44. Cruz MJB, Azevedo AB, Bodevan EC, Araújo LU, Santos DF. Estoque doméstico e uso de medicamentos por crianças no Vale de Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Saúde Debate* 2017; v.41, n.114, pp.836-847.
45. World Health Organization. The role of the pharmacist in self-care and self-medication. Geneva: World Health Organization; 1998.
46. International Pharmaceutical Federation. Statement of principle self-care including self-medication – The professional role of the pharmacist. Haia: FIP; 1996.
47. Bennadi D. Self-medication: a current challenge. *J Basic Clin Pharm* 2013;5(1): 19-23.
48. Santos TRA, Lima DM, Nakatani AYK, Pereira LV, Leal GS, Amaral RG. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2013;47(1): 94-103.
49. Tavares NUL, Bertoldi AD, Thumé E, Facchini LA, França GVA, Mengue SS. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Rev Saúde Pública* 2013;47(6): 1092-101.
50. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2016;50(Supl.2): 10s.
51. Ramos LR, Tavares NUL, Bertoldi AD, Farias MR, Oliveira MA, Luiza VL, et al. Polifarmácia e polimorbidades em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. *Rev Saúde Pública* 2016;50(Supl.2): 9s.
52. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24(2): 267-280.

53. Viana KP, Brito AS, Rodrigues CS, Luiz RR. Acesso a medicamentos de uso contínuo entre idosos, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2015;49: 14.
54. McGrath K, Hajjar ER, Kumar C, Hwang C, Salzman B. Deprescribing: a simple method for reducing polypharmacy. *J Fam Pract* 2017; Vol.66, n.7, pp. 436-445.
55. Frank C, Weir E. Deprescribing for older patients. *CAMJ* 2014;186(18): 1369-1376.
56. Thompson W, Farrell B. Deprescribing: what is it and what does the evidence tell us? *CJHP* 2013; Vol.66, n.3, pp. 201-203.
57. Costa KS, Barros MBA, Francisco PMSB, César CLG, Goldbaum M, Carandina L. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011;27(4): 649-658.
58. Neves SJF, Marques APO, Leal MCC, Diniz AS, Medeiros TS, Arruda IKG. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2013;47(4); 759-68.
59. World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
60. Júnior AAS, Lindner S, Santa Helena ET. Avaliação da adesão terapêutica em idosos atendidos na atenção primária. *Rev Assoc Med Bras* 2013;59(6): 614-621.
61. Rocha CH, Oliveira APS, Ferreira C, Faggiani FT, Schroeter G, Souza ACA, et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008;13(Sup): 703-710.
62. Aquino GA, Cruz DT, Silvério MS, Vieira MT, Bastos RR, Leite ICG. Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em idosos que utilizam medicamento anti-hipertensivo. 2017;20(1): 116-127.
63. Remondi FA, Cabrera MAS, Souza RKT. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cad Saúde Pública* 2014;30(1): 126-136.
64. Segundo AFSM. Avaliação do grau de aderência medicamentosa em pacientes com epilepsia. 2015. Dissertação (Mestrado em Neurologia) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco.
65. Hovstadius B, Petersson G. Non-adherence to drug therapy and drug acquisition costs in a national population – a patient-based register study. *BMC Health Serv Res* 2011;11: 326.

66. Pinto IVL, Reis AMM, Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Lima MG, Ceccato MGB. Avaliação da compreensão da farmacoterapia entre idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016;21(11): 3469-3481.
67. Nguyen TMU, La Caze A, Cottrell N. What are validated self-report adherence scales really measuring? A systematic review. *Br J Clin Pharmacol* 2014;77(3): 427-45.
68. Martins KSC. Indicadores para avaliação da prática de automedicação. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Sul de Santa Catarina, Santa Catarina.
69. World Health Organization collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment. Oslo: WHO/Centre for Drugs Statistics Methodology; 2017.
70. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care* 1986;24(1): 67-74.
71. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública* 2012;46(2): 279-89.
72. Abi-Ackel MM, Lima-Costa MF, Castro-Costa E, Loyola Filho AI. Uso de psicofármacos entre idosos residentes em comunidade: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol* 2017;20(1): 57-69.
73. Sales AS, Sales MGS, Casotti CA. Perfil farmacoterapêutico e fatores associados à Polifarmácia entre idosos de Aiquara, Bahia, em 2014. *Epidemiol Serv Saude* 2017;26(1): 121-132.
74. Ely LS, Engroff P, Guiselli SR, Cardoso GC, Morrone FB, De Carli GA. Uso de anti-inflamatórios e analgésicos por uma população de idosos atendidas na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015;18(3): 475-485.
75. Santos PM, Marinho A. Grupos de convivência para idosos como espaços de lazer (também) para homens: o olhar dos coordenadores em Florianópolis (SC). *Motrivivência* 2016; vol.28, n.47, pp. 128-144.
76. Dawalibi NW, Goulart RMM, Aquino RC, Witter C, Buriti MA, Prearo LC. Índice de desenvolvimento humano e qualidade de vida de idosos frequentadores de universidades abertas para a terceira idade. *Psicologia & Sociedade* 2014;26(2): 496-505.
77. Almeida AV, Maфра SCT, Silva EP, Kanso S. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos (Porto Alegre)* 2015; v.14, n.1, pp. 115-131.

78. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014;19(4): 1263-1274.
79. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
80. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano Distrital de saúde 2016-2019. Brasília: SESDF; 2016.
81. Rodrigues SLA, Watanabe HAW, Derntl AM. A saúde do idosos que cuidam de idosos. *Rev Esc Enferm USP* 2006;40(4): 493-500.
82. Luz EP, Dallepiane LB, Kirchner RM, Silva LAA, Silva FP, Kohler E, et al. Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2014;17(2): 303-314.
83. Pereira DS, Nogueira JAD, Silva CAB. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015;18(4): 893-908.
84. Dresch FK, Barcelos ARG, Cunha GL, Santos GA. Condições de saúde auto percebida e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. *Conhecimento Online* 2017; a.9, v.2, pp. 118-127.
85. Galato D, Silva ES, Tiburcio LS. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010;15(6): 2899-2905.
86. Schmid B, Bernal R, Silva NN. Automedicação em adultos de baixa renda no município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2010;44(6): 1039-45.
87. Arrais PSD, Coelho HLL, Batista MCDS, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev Saúde Pública* 1997; vol.31, n.1, pp. 71-7.
88. Duarte LR, Gianinni RJ, Ferreira LR, Camargo MAS, Galhardo SD. Hábitos de consumo de medicamentos entre idosos usuários do SUS e de plano de saúde. *Cad Saúde Colet* 2012;20(1): 64-71.
89. Paula TC, Bochner R, Montilla DER. Análise clínica e epidemiológica das internações hospitalares de idosos decorrentes de intoxicações e efeitos adversos de medicamentos, Brasil, de 2004 a 2008. *Rev Bras Epidemiol* 2012;15(4): 828-44.

90. Araújo PL, Galato D. Risco de fragilização e uso de medicamentos em idosos residentes em uma localidade do sul de Santa Catarina. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012;15(1): 119-126.
91. Beckhauser GC, Souza JM, Valgas C, Piovezan AP, Galato D. Utilização de medicamentos na pediatria: a prática de automedicação em crianças por seus responsáveis. *Rev Paul Pediatr* 2010;28(3): 262-8.
92. Prado MAMB, Francisco PMSB, Bastos TF, Barros MBA. Uso de medicamentos prescritos e automedicação em homens. *Rev Bras Epidemiol* 2016;19(3): 594-608.
93. Jesus NS, Nogueira AR, Pachu CO, Luiz RR, Oliveira GMM. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial após participação no ReHOT. *Arq Bras Cardiol* 2016;107(5): 437-445.
94. Sobral PD, Oliveira DC, Gomes ET, Carvalho PO, Brito NMT, Oliveira DAGC, et al. Razões para não adesão a fármacos em pacientes com doença arterial coronariana. *Rev Soc Bras Clin Med* 2017;15(3): 166-70.
95. Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson C. The brief medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns* 1999;37(2): 113-24.
96. Lutz BH, Miranda VIA, Bertoldi AD. Inadequação do uso de medicamentos entre idosos em Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública* 2017; 51:52.
97. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in na outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2008;10(5): 348-354.

ANEXOS

Anexo 1 – Notificação de aceite para apresentação no XIII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia, Lisboa, Portugal.

28/06/2018 Gmail - Enc: Notificación Com 496. XXXVI Reunión Científica de la SEE, XIII Congreso da Associação Portuguesa de Epidemiolo...



Leonardo Garcia [REDACTED]

Enc: Notificación Com 496. XXXVI Reunión Científica de la SEE, XIII Congreso da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE)

Lidia Ester Lopes da Silva [REDACTED]

9 de maio de 2018 18:54

Para: [REDACTED]

Olá boa noite.

Estou passando para informar que o trabalho de vocês foi aprovado para ser apresentado no XIII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia em Lisboa.

Depois eu entrei em contato com vocês para saber como ficará a parte do poster.

(Segue abaixo o e-mail enviado pela comissão organizadora confirmando a aprovação do trabalho).

Até mais.

Lidia Ester

De: Comunicaciones SEE 2017 <comunicaciones@reunionanualsee.org>

Enviado: quarta-feira, 9 de maio de 2018 11:55

Para: Lidia Ester Lopes da Silva

Assunto: Notificación Com 496. XXXVI Reunión Científica de la SEE, XIII Congreso da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE)

Estimado/a LÍDIA ESTER LOPES DA SILVA ,

Nos complace ponemos en contacto con usted desde la Secretaría Técnica de la XXXVI Reunión Científica de la SEE - XIII Congreso da APE para informarle que su comunicación:

496 A prática de automedicação reportada por usuários do programa Universidade do Envelhecer, Brasil

ha sido aceptada para presentarse en el evento como el póster electrónico con defensa dentro en la sesión P-08 Farmacoepidemiología y epidemiología clínica

Más adelante le informaremos sobre del envío del póster, el día y hora de presentación, así como de otros aspectos relativos a su participación.

Le recordamos que el presentador del trabajo deberá estar inscrito/a en la Reunión. Se descartarán del programa/Gaceta Sanitaria aquellos abstracts cuyos responsables de comunicación/póster no se hayan inscrito antes del 1 de julio de 2018

Atentamente,

Secretaría Técnica SEE 2018

comunicaciones@reunionanualsee.org

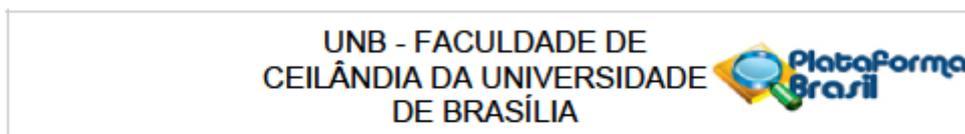
Anexo 2 – Certificado de Menção Honrosa para o trabalho: “Universidade do Envelhecer: comparação do uso de medicamentos entre adultos e idosos participantes do projeto”, apresentado no Congresso Internacional de Tecnologia e Inovação em Gerontologia (CITIG), Brasília, DF.



Anexo 3 – Certificado de Menção Honrosa para o trabalho: “Uso de medicamentos e adesão à medicação dos participantes da Universidade do Envelhecer, Brasil”, apresentado no Congresso Internacional de Tecnologia e Inovação em Gerontologia (CITIG), Brasília, DF.



Anexo 4 – Documento de aprovação do projeto por Comitê de Ética em Pesquisa.

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Avaliação do perfil dos participantes da Universidade do Envelhecer - UniSer: Determinantes Sociais de Saúde, Alimentação, Prática de Atividade Física e Consumo de Medicamentos

Pesquisador: Dayani Galato

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65095717.1.0000.8093

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.985.490

Apresentação do Projeto:

Já contemplado no Parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Já contemplado no Parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já contemplado no Parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Já contemplado no Parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As alterações efetuadas contemplam as demandas quanto ao TCLE.

Recomendações:

Aprovado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Já contemplado no Parecer anterior.

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)98513-6261 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

Anexo 5 – Comprovante de submissão de artigo.

ScholarOne Manuscripts™ Antonio Leonardo Garcia ▾ Instructions & Forms Help Log Out

 Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

[Home](#)
[Author](#)
[Review](#)

Author Dashboard

Author Dashboard

1 Submitted Manuscripts >

[Start New Submission](#) >

[Legacy Instructions](#) >

[5 Most Recent E-mails](#) >

Submitted Manuscripts

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
ADM: RBGG, RBGG	RBGG-	Automedicação e adesão ao tratamento farmacológico:	04-Jun-2018	06-Jun-2018
ADM: Tarcitano, Luiz Antônio	2018-	comparação entre adultos e idosos participantes do projeto		
ADM: Carvalho, Rafael	0106	Universidade do Envelhecer		
		View Submission		
<ul style="list-style-type: none"> Awaiting EIC Decision Awaiting Reviewer Assignment 		Cover Letter		

Anexo 6 – Extrato de comprovação Qualis Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Periódicos

ISSN	Título	Área de Avaliação	Classificação
1809-9823	REVISTA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (UNATI. IMPRESSO)	CIÊNCIAS AMBIENTAIS	B1
1809-9823	REVISTA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (UNATI. IMPRESSO)	EDUCAÇÃO	B1
1809-9823	REVISTA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (UNATI. IMPRESSO)	ENSINO	B1
1809-9823	REVISTA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (UNATI. IMPRESSO)	INTERDISCIPLINAR	B1
1809-9823	REVISTA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (UNATI. IMPRESSO)	SERVIÇO SOCIAL	B1

Anexo 7 – Normas para submissão de artigo para Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.



ORIENTAÇÃO PARA PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

Título em português: Envelhecimento humano (somente a 1ª letra deve ser maiúscula, ou nos casos de nomes próprios)

Título em inglês:

Titulo curto em português: (deve ser resumido, não abreviado)

Titulo curto em inglês:

Fonte Arial, 12; negrito; espaçamento entre linhas 1,5; alinhar à esquerda

Resumo

Mínimo de 150 e máximo de 250 palavras

Objetivo: XXXXXXXXXXXXX. *Método:* XXXXXXXXXXXXX. *Resultados:* XXXXXXXXXXXX. *Conclusão:* XXXXXXXXX.

Palavras-chave: Cuidadores. Idosos. Cuidados Paliativos.

Mínimo de três e máximo de seis palavras, de acordo com o DeCS; separadas por ponto; utilizar letra maiúscula nas palavras iniciais

Objective: XXXXXXXXXX. *Method:* XXXXXXXX. *Results:* XXXXXXXXXX.

Conclusion: XXXXXXXXXX.

Keywords: Caregivers.Elderly. Palliative Care.

INTRODUÇÃO

A introdução deve ser concisa e objetiva. Sugere-se que esta seção seja desenvolvida de modo a apresentar o tema (fundamentando os principais conceitos), justificando a importância do estudo e o seu objetivo. O objetivo é o item central para o alinhamento do manuscrito, e refere-se à pergunta a ser respondida pela pesquisa. O objetivo na introdução deve ser compatível com aquele apresentado no resumo. Ao final da introdução deve estar explícito o objetivo do estudo.

Introdução + Método + Resultados + Discussão + Conclusão + Agradecimento = máximo de 4 mil palavras
Fonte Arial, 12; espaçamento entre linhas 1,5

MÉTODO

Inicialmente, deve ser registrado o delineamento do estudo. Nos desenhos em que se fizer necessário, esclarecer o planejamento amostral (cálculo do tamanho da amostra, seleção e recrutamento dos participantes). Descrever os critérios de inclusão e exclusão. Descrever sucintamente todos os instrumentos utilizados na pesquisa, seu estágio de validação para a população, quem aplicou, o número de avaliadores e procedimentos de coleta. As análises estatísticas utilizadas devem ser descritas informando quais os dados foram analisados, por qual teste estatístico e o propósito do seu uso.

Nos estudos envolvendo seres humanos, deve ser registrado que a pesquisa está de acordo com a Resolução nº 466/2012 e a Resolução nº 510/2016. Informar também que os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Devem ser apresentados de forma sintética e clara, e as tabelas, quadros ou figuras devem ser elaborados de forma a serem autoexplicativas, informando a significância estatística, quando couber. O uso dessas ilustrações deve ser precedido por breve descrição dos principais resultados apresentados, evitando repetir informações.

DISCUSSÃO

A discussão dos resultados deve ser sucinta e seguir a ordem de apresentação dos resultados, pautando-se em justificá-los e informando o possível impacto para a população estudada. Tais informações devem ser baseadas em hipóteses dos autores e fundamentadas por referencial teórico atualizado.

As dificuldades e limitações do estudo devem ser registradas no último parágrafo desta seção.

CONCLUSÃO

Recomenda-se que a conclusão seja iniciada respondendo aos objetivos do estudo, seguido pelas principais inferências e contribuições para o campo de estudo, planejamento de ações locais, contribuições ou perspectivas para a pesquisa e prática Geriátrica e Gerontológica. Nesta seção, não usar siglas.

AGRADECIMENTOS (opcional)

Parágrafo com até cinco linhas.

REFERÊNCIAS

Devem ser normalizadas de acordo com o estilo *Vancouver*. Apresentar as referências mais atuais possíveis.

**Máximo de 35 (artigos originais);
50% das referências devem ser
publicações datadas dos últimos
cinco anos**

Exemplos para artigos de periódicos com um até seis autores:

Bosch JP, Saccaggi A, Lauer A, Ronco C, Belledonne M, Glabman S. Renal functional reserve in humans: effect of protein intake on glomerular filtration rate. *AM J Med* 1983;75(6):943-50.

Autor(es) Bosch JP, Saccaggi A, Lauer A, Ronco C, Belledonne M, Glabman S.

Título: subtítulo Renal functional reserve in humans: effect of protein intake on glomerular filtration rate. **Título do Periódico** *AM J Med* **ano** 1983;**volume** (vol.75)(n.)(6):**intervalo de páginas** (943-50).

Autor(es). Título: subtítulo (se houver). Título do Periódico ano;vol.(n.):intervalo de páginas.

Exemplos para artigos de periódicos na internet com mais de seis autores:

Dias-da-Costa JS, Galli R, De Oliveira EA, Backers V, Vial EA, Canuto R, et al. Prevalência de capacidade mastigatória insatisfatória e fatores associados em idosos brasileiros. Cad Saúde Pública 2010 [acesso em 26 jan. 2016];26(1):79-89.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000100009&script=sci_abstract&tlng=pt

Autor(es) Dias-da-Costa JS, Galli R, De Oliveira EA, Backers V, Vial EA, Canuto R, et al.. **Título: subtítulo** Prevalência de capacidade mastigatória insatisfatória e fatores associados em idosos brasileiros. **Título do Periódico** Cad Saúde Pública **[Internet] ano** 2010 **[data de acesso** acesso em 26 jan. 2016;**volume** vol26 (n.)(1):**intervalo de páginas** 79-89. **Disponível em:**

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000100009&script=sci_abstract&tlng=pt)

[311X2010000100009&script=sci_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000100009&script=sci_abstract&tlng=pt)

Autor(es). Título: subtítulo (se houver). Título do Periódico [Internet] ano [data de acesso];vol.(n.):intervalo de páginas. Disponível em:

DICAS GERAIS

- Devem ser registrados os nomes completos dos autores, sem abreviações.
- A partir da “Introdução”, o registro da sigla pela primeira vez deve ser precedido de seu nome por extenso. Daí em diante, somente usar a sigla e não mais o nome completo.
- Evitar a aplicação de termos inadequados à linguagem científica.
- Visando a uniformidade do texto, os termos com o mesmo significado devem ser registrados somente de um modo, sem alternância. Exemplificando, os autores devem optar entre a utilização dos termos estresse/escore ou *stress/score* (caso a palavra de origem estrangeira seja aportuguesada, orientamos a aplicação do termo equivalente em língua portuguesa).
- Ao registrar um município indicar, entre parênteses, a sigla do estado.
- Os números de zero a nove devem ser escritos por extenso e, em algarismos, a partir de 10. Para expressar valor, grandeza, peso ou medida use sempre algarismos.

- Atentar para a aplicação correta: N (maiúsculo)= total da amostra; n (minúsculo)= parte da amostra total.
- As casas decimais, em português, são separadas por vírgulas e devem ser padronizadas em todo o texto.
- O *p* (probabilidade de significância) deve ser registrado sempre em itálico.
- Evitar expressões pouco específicas: possivelmente, talvez, atualmente, hoje em dia, recentemente, etc.
- A expressão et al. não deve estar em itálico.
- O valor do desvio-padrão deve ser apresentado desta forma: ($\pm 15,92$).
- Os termos de origem estrangeira devem ser registrados em itálico.
- Não utilizamos plural em siglas: as UTI neonatais.
- Não numerar as páginas. Evitar notas de rodapé.
- Testes e teorias devem ser escritos da seguinte forma: Teste Qui-quadrado; Teste *Get Up and Go*; Teste *Timed Up and Go*; Escala de Equilíbrio de Berg; Velocidade de Marcha; Teste de Sentar e Levantar; Teste Exato de Fischer; Critérios *START* e *STOPP*; Miniexame de Estado Mental; Escala Likert.

AUTOR: Atenção ao redigir o nome dos testes, pois o nome deve ser padronizado em todo o texto. Por exemplo, se for utilizado o Teste *Timed Up and Go*, não utilizar os nomes de testes parecidos, mas que são distintos (Teste de Sentar e Levantar, Teste *Get Up and Go*).

DICAS ILUSTRAÇÕES

- As ilustrações devem ser indicadas no texto e a letra inicial deve ser grafada em maiúscula. Exemplos: A Tabela 1 mostra.....
Na fase intermediária.....(Figura 2).
- As laterais do quadro devem ser fechadas e das tabelas abertas.
- Não repetir dados das tabelas/quadros/figuras no corpo do texto.
- Os títulos das tabelas/quadros/figuras devem ser autoexplicativos (título detalhado, siglas por extenso).
- As casas decimais devem ser padronizadas.
- A separação dos subitens da tabela poderá ser feita utilizando uma linha horizontal.

- Números da amostra e respectivas porcentagens devem ser apresentados na mesma coluna, bem como a média e desvio-padrão.
- As siglas apresentadas nas ilustrações devem ser registradas na legenda, bem como quaisquer símbolos (asteriscos ou outros), letras ou numerais utilizados. Sendo possível, é mais indicado usar o nome por extenso em vez da sigla. Indicar também a fonte consultada, se for o caso.
- As figuras devem ser enviadas em formato editável e não como imagens.
- O título da figura deve ser registrado abaixo desta ilustração.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx (N= 000). Município, sigla do estado, ano.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	000 (00,0)*
Masculino	00 (00,0)
Faixa etária (anos)	
60–69	00 (00,0)
70–79	0 (00,0)**
≥80	00 (00,0)
Estado civil	
Casado(a)	00 (0,0)
Solteiro(a)	000 (00,0)
Divorciado(a)/Separado(a)	0 (0,0)
Viúvo(a)	00 (00,0)

Fonte: PNAD/IBGE, 2016.

*xxxxxxx; **xxxxxxx.

Título das ilustrações

Fonte Arial, 12; alinhado à esquerda; incluir informação da cidade, estado e ano (onde e quando a pesquisa foi realizada); as linhas externas devem ser mais grossas que as internas.

Corpo das ilustrações

Fonte Arial, 11; sem negrito (exceto nos casos em que dados estatísticos necessitem destaque); alinhamento à esquerda; espaçamento entre linhas simples.

Legenda: Arial, 10

DICAS REFERÊNCIAS

- As referências indicadas no texto devem estar em sobrescrito antes da pontuação (ex.: De acordo com Duarte⁵, os ...).
- No texto, o registro do número referencial pela primeira vez deve estar em ordem sequencial. Exemplificando, xxxxxx¹ xxxxxxxx² xxxxxx³ xxxxxxxx²
- As referências em sequência a partir da terceira devem ser registradas com hífen (ex.: ⁵⁻⁹, ou seja, neste caso foram consultadas as referências 5,6,7,8,9). As referências não sequenciais são separadas por vírgula em ordem crescente (ex.: ^{12,15,20}).
- Ao referenciar autores no corpo do texto:
Único autor: Teixeira¹ afirma que...
Dois autores: Teixeira e Mendes¹ afirmam que..
A partir de três autores: Teixeira et al.¹ afirmam que...
- Verificar se todas as referências da listagem foram registradas no manuscrito.
- Ao ser citado o autor a referência deve ser registrada ao lado do seu nome, e não ao final da frase (ex.: Segundo Vieira e Borges³,).

DICAS CITAÇÃO

Exemplo de transcrição de entrevista:

Recuo de 4 cm; espaçamento entre linhas simples; fonte arial, 11; entre aspas.

“É mais a dependência, né? [...] em relação a ... levar ele a ... determinados lugares e ... a questão da [...] gravação dos textos também, mais assim...devido, acho que a dificuldade da [...] percepção dele, né?” (Pedro).

Exemplo de citação explícita de autor:

Recuo de 4 cm; espaçamento entre linhas simples; fonte arial, 11; indicar autor por meio do número referencial ao final do trecho

Não raro, as grandes coisas têm origem humilde. O Amazonas, o maior rio da Terra em volume de água, nasce de uma insignificante fonte entre duas montanhas de mais de inço mil metros de altura ao sul de Cuzco, no Peru².

APÊNDICES

Apêndice A – Manual do Colaborador.



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia

Projeto de Pesquisa - Avaliação do perfil dos participantes da Universidade do Envelhecer - UniSer: Determinantes Sociais de Saúde, Alimentação, Prática de Atividade Física e Consumo de Medicamentos.

MANUAL DO COLABORADOR

Brasília, Abril de 2017

SUMÁRIO

MENSAGEM AO COLABORADOR	80
HISTÓRIA DO PROJETO	81
INTRODUÇÃO	82
ABORDAGEM AO ENTREVISTADO	82
QUESTIONÁRIOS	83
1 – Questionário de Medicamentos	83
2 – Escala Morisky-Green-Levine, de 1986 (MGL) e BMQ.....	84
3 – Questionário IPAQ e Alimentos	84
REFERÊNCIAS.....	85
ANEXO 1.....	86
ANEXO 2.....	88

MENSAGEM AO COLABORADOR

Prezado colaborador,

Este manual tem como objetivo orientar a sua participação na pesquisa intitulada “Avaliação do perfil dos participantes da Universidade do Envelhecer - UniSer: Determinantes Sociais de Saúde, Alimentação, Prática de Atividade Física e Consumo de Medicamentos”. Ele servirá para auxiliá-lo no desempenho das atividades propostas no projeto de pesquisa que você está sendo convidado a participar.

O manual foi elaborado pensando em sanar quaisquer dúvidas que surjam durante as entrevistas propostas. Caso ainda tenha mais algum questionamento, não hesite em perguntar para os pesquisadores principais do projeto. Gostaríamos de agradecer desde já a sua participação.

Atenciosamente,

HISTÓRIA DO PROJETO

O projeto de pesquisa intitulado Avaliação do perfil dos participantes da Universidade do Envelhecer - UniSer: Determinantes Sociais de Saúde, Alimentação, Prática de Atividade Física e Consumo de Medicamentos teve seu início em abril de 2017, no Distrito Federal, e tem como objetivo avaliar o comportamento dos estudantes matriculados no programa de extensão UniSer – Universidade do Envelhecer, vinculado à Universidade de Brasília (UnB). O projeto tem como pesquisadores principais a professora Doutora Dayani Galato e a professora Doutora Eliana Fortes Gris, e como pesquisadores auxiliares o farmacêutico Especialista Antonio Leonardo de Freitas Garcia e a graduanda em Farmácia Ludmila Monteiro Silva.

A UniSer tem como objetivo promover ações educativas e integrativas que possibilitem a ampliação das capacidades e habilidades na vida adulta e dos idosos participantes do programa de extensão. As disciplinas ministradas durante o curso visam estimular a cidadania, o empoderamento e o desenvolvimento social e humano, além de contribuir para a transformação das pessoas envolvidas. A UniSer possui um conteúdo programático que promove o debate crítico e reflexivo por meio de aulas teóricas e práticas em sua grade curricular, como por exemplo Autocuidado, Qualidade de Vida, Direito e Cidadania e Corpo e Movimento. Atualmente existem turmas na Ceilândia, Candangolândia, Asa Norte e Riacho Fundo I. Existe expectativa de criação de novas turmas, na Cidade Estrutural e em Santa Maria (1).

A população idosa no Distrito Federal vem crescendo, assim como em todo o Brasil. O prolongamento da vida é um objetivo de qualquer indivíduo, desde que neste contexto seja agregado envelhecer com qualidade e saúde. Neste contexto, o projeto apresentado se mostra aplicável, pois visa avaliar o comportamento de fatores importantes para o envelhecimento saudável (prática de atividades físicas, alimentação e uso de medicamentos), além de trazer uma melhoria na vida desse estrato populacional.

INTRODUÇÃO

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista por questionário, e o presente manual tem por objetivo auxiliar os colaboradores durante a coleta de dados nas entrevistas de campo.

As entrevistas serão realizadas nas turmas da UniSer (Universidade do Envelhecer). Elas serão realizadas com discentes do projeto de extensão, de ambos os sexos, e que aceitarem participar da pesquisa. Ao todo serão entrevistados ao menos 201 discentes, considerando o total de alunos cadastrados da UniSer.

O presente projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) com o CAAE 650957.17.1.000.8093.

As entrevistas serão realizadas das seguintes localidades:

1. Plano Piloto (Campus Darcy Ribeiro);
2. Candangolândia;
3. Ceilândia;
4. Riacho Fundo.
5. Taguatinga
6. Estrutural

OBS: As entrevistas também poderão ser realizadas em outras localidades diferentes das citadas acima a partir da criação de novas turmas.

Critérios de inclusão: Serão consideradas elegíveis (aptas) para participar da pesquisa os discentes do programa de extensão UniSer no Distrito Federal que aceitarem participar da entrevista por meio da assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – ANEXO 1).

Critérios de exclusão: Como critério de exclusão temos aqueles discentes com problemas cognitivos que impossibilite a participar da pesquisa e aqueles que não aceitarem participar das entrevistas.

Informações importantes:

Vestuário (caso seja aplicável): Calça, tênis ou sapato fechado, camiseta.

O que levar para a entrevista: Caneta, termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelo pesquisador principal, cópia de documento emitido pelo comitê de ética em pesquisa, manual do colaborador e questionários impressos.

ABORDAGEM AO ENTREVISTADO

Antes de ir aos locais de coleta de dados será acordado com cada coordenador de turmas da UniSer a data e melhor horário para a realização da pesquisa.

Nos dias de coleta de dados, inicialmente será realizada uma explicação para as turmas da UniSer a respeito do projeto de pesquisa, quais são os objetivos, o que será coletado e possíveis benefícios da participação dos discentes na coleta de dados.

Após a apresentação do projeto de pesquisa, será aberta a seleção e participação dos discentes. Aqueles que queriam participar terão seus dados coletados por meio de uma entrevista.

Em relação à abordagem dos discentes da UniSer, a mesma deve seguir ao menos as seguintes frases de apresentação:

1. Bom dia ou boa tarde, meu nome é

2. Sou aluno (a) da Universidade de Brasília e faço parte de projeto de pesquisa vinculado à UnB e a UniSer e estamos fazendo uma pesquisa para compreender qual é o perfil dos alunos da UniSer em relação ao uso de medicamentos, atividades físicas e alimentação.
3. A sua contribuição é muito importante. O senhor (a) gostaria de participar da nossa pesquisa? Será realizada uma coleta de dados por meio de entrevista.

Caso a resposta seja afirmativa, antes do início da entrevista deverá ser lido com o discente o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), para que o mesmo esteja ciente que está concordando com a coleta de dados. Não esquecer de pegar a assinatura nas duas vias do TCLE (uma via para o discente e outra via para o projeto de pesquisa)

Após cumprir as etapas anteriores, deverá ser feita a entrevista com os instrumentos de coleta de dados que se encontra em anexo neste manual (ANEXO 2).

Em caso de recusa do discente em relação a sua participação na coleta de dados, agradecer a sua atenção e tentar a seleção de outro discente.

Ao concluir a entrevista, informe o seu término e agradeça a participação do discente na coleta de dados:

1. Obrigado senhor (a) pela participação desta pesquisa. Qualquer dúvida o senhor (a) poderá entrar em contato nos telefones que estão presentes no TCLE e falar com os responsáveis pela pesquisa.

QUESTIONÁRIOS

Sobre os questionários, algumas informações importantes deverão ser repassadas aos colaboradores no que se diz a respeito de como fazer algumas perguntas e quais informações tentar obter dos discentes. Estas informações estão apresentadas abaixo, e caso surjam mais dúvidas sobre os procedimentos e como fazer outras perguntas entrar em contato com o pesquisador Antonio Leonardo de Freitas Garcia ou com os pesquisadores principais para dirimir quaisquer questionamentos. Os questionários utilizados estão anexados no final do manual. Uma informação importante é que os questionários na versão de aplicação possuem 3 colunas (perguntas, variável e resposta). Os entrevistadores irão preencher apenas a primeira coluna de perguntas, cabendo ao pesquisador responsável em alimentar o banco de dados a tarefa de preencher as outras colunas.

1 – Questionário de Medicamentos

Foram destacadas algumas questões consideradas de maior complexidade e estas informações seguem no questionário em anexo (ANEXO 2). Contudo, o entrevistador poderá contribuir na melhora da qualidade deste manual e, portanto, da qualidade deste estudo. Caso tenha alguma dúvida sobre as outras perguntas, entrar em contato com os pesquisadores.

2 – Escala de Morisky-Green-Levine (MGL), de 1986, e BMQ

Os questionários Escala de Morisky-Green-Levine, de 1986 (MGL) (5) e o BMQ (Brief Medication Questionnaire) (6,7) são instrumentos de avaliação de adesão à medicação. Neste manual podem ser encontradas as versões adaptadas para o português e que serão utilizadas nas entrevistas. Os mesmos estão localizados no ANEXO 2.

A Escala MGL é um questionário simples, em que o entrevistador precisará apenas se atentar à 4 perguntas de fácil entendimento. Caso seja necessário, repita a frase para o entrevistado para melhor entendimento. O somatório ao final do questionário (SOMA) **não precisa ser preenchido**, pois o mesmo será avaliado pelo responsável em lançar os dados no banco de dados.

Já o BMQ é um questionário mais complexo, onde devem ser anotados no início todos os medicamentos de uso contínuo que o aluno utiliza, anotando nome e, se possível, dosagem. As colunas na pergunta devem ser preenchidas com número, e as perguntas de 1b a 1e devem ser respondidas mesmo que o número seja 0 (por exemplo, se o aluno não tiver esquecido de tomar o medicamento nenhuma vez, a resposta será 0). As respostas devem ser anotadas para cada medicação, e cada uma delas deve ser colocada em uma linha.

A pergunta 2 do BMQ possui uma peculiaridade. Caso a resposta seja negativa (NÃO), o entrevistador deverá seguir para a pergunta 3. Caso contrário, anotar as respostas para cada uma das medicações. O nível de incomodo provocado pela medicação deverá ser marcado com um X, e como essas medicações incomodam o aluno deverão ser anotados ao lado, como efeitos que eles causam (por exemplo, causam diarreia, pressão baixa, tontura, dor de cabeça, entre outros).

A pergunta 3 deverá ser feita para os medicamentos que o aluno utiliza em geral, marcando nas colunas com um X e na última coluna de “comentários” qual medicamento está causando problema para o aluno da UniSer.

3 – Questionário IPAQ e Alimentos

Os questionários IPAQ e de alimentos são utilizados para avaliar a prática de atividades físicas e o comportamento de consumo alimentar, respectivamente. O IPAQ que será aplicado é uma versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (8), e o questionário de alimentos é uma ferramenta previamente validada em outros trabalhos (9). Os dois questionários estão localizados no ANEXO 2.

Os questionários citados anteriormente são de fácil aplicação e entendimento. Mas caso apareça alguma dúvida a respeito de suas aplicações favor contatar o pesquisador Antonio Leonardo de Freitas Garcia ou os pesquisadores principais do projeto de pesquisa para dirimir quaisquer dúvidas.

REFERÊNCIAS

- 1 – Projeto de extensão UniSer. Disponível em: <<https://www.uniserunb.com/>>. Acesso em: 10 de mai. 2017.
- 2 – DOMINGUES, P. H. F. et al. Prevalência e fatores associados à automedicação em adultos no Distrito Federal: estudo transversal de base populacional. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*, 26(2):319-330, abr-jun 2017
- 3 – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Segurança dos medicamentos: um guia para detectar e notificar reações adversas a medicamentos. Por que os profissionais de saúde precisam entrar em ação / Organização Mundial da Saúde. Brasília: Opas/OMS, 2004.
- 4 – PANIZ, V. M. V. et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:267-80.
- 5 – MORISKY et al. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in na Outpatient Setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008 May ; 10(5): 348-354.
- 6 – BEN, A. J., NEUMANN, C. R., MENGUE, S. S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública* 2012;46(2):279-89.
- 7 – SVARSTAD, B. L. et al. The brief medication questionnaire: A tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Education and Counseling* 37 (1999) 113-124.
- 8 – GUEDES D.P.; LOPES, C. C.; GUEDES, J. E. R. P. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física em adolescentes. *Rev Bras Med Esporte* 2005;11:151-58.
- 9 – CHIARA V.L.; SICHIERI, R. Consumo alimentar em adolescentes. Questionário simplificado para avaliação de risco cardiovascular. *Arq Bras Cardiol* 2001;77:332-6.

ANEXO 1



UnB – Universidade de Brasília
FCE – Faculdade de Ceilândia
PPGCTS – Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologias em Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Senhor (a) a participar do projeto de pesquisa “Avaliação do perfil dos participantes da Universidade do Envelhecer - UniSer: Determinantes Sociais de Saúde, Alimentação, Prática de Atividade Física e Consumo de Medicamentos”, sob a responsabilidade da professora Dayani Galato e Eliana Fortes Gris. O projeto pretende levantar informações sobre as condições de saúde, alimentação, prática de exercícios físicos e consumo de medicamentos.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a sua alimentação e prática de exercícios físicos, além de analisar o uso consumo de medicamentos prescritos ou não (automedicação) e os motivos que influenciam isso. A pesquisa será realizada com participantes do projeto de extensão da Universidade do Envelhecer (UniSer).

O (a) Senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação se dará por meio de uma entrevista que será realizada no mesmo local e dias em que você frequenta as atividades da UniSer. O tempo estimado para esta entrevista é de 30 minutos.

Os benefícios de sua participação na pesquisa serão importantes, uma vez que os dados obtidos possibilitarão orientar os conteúdos de educação em saúde a serem aplicados no projeto de extensão UniSer. Caso seja necessário, o (a) Senhor (a) será orientado sobre a sua situação de saúde, e quando possível, encaminhado à serviços de saúde vinculados à Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa estão relacionados a possíveis desconfortos em relação às perguntas realizadas, caso isso aconteça pedimos que informe ao pesquisador. Também é importante que saiba, que mesmo que todas as perguntas sejam importantes, você pode omitir as respostas que não se sentir confortável a respondê-las. Se você aceitar participar, estará contribuindo para que conheçamos o comportamento dos participantes do projeto UniSer em relação a alimentação, prática de exercícios físicos e consumo de medicamentos. O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento ou qualquer outra ansão em relação ao projeto UniSer, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) Senhor (a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Contudo, as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelos pesquisadores responsáveis.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aos participantes e responsáveis pelo projeto de extensão UniSer, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda dos pesquisadores por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dayani Galato na Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia nos telefones – 061 3107 8421 e 061 985136261, sendo este último disponível inclusive para ligação a cobrar. Outras informações também poderão ser obtidas pelo e-mail: dayani.galato@gmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja

função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3376-0252 ou do e-mail cep.fce@gmail.com, horário de atendimento de 9:00hs às 12:00hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome / assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

ANEXO 2
QUESTIONÁRIO MEDICAMENTOS

Entrevistador: _____ Data: _____
Telefone para contato do entrevistado: _____

Item	Perguntas	Recomendação
1	Nome do entrevistado:	
2	Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	
3	Idade:	
4	Cidade satélite (ou do entorno) de procedência:	
5	Raça/Cor: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (6) Não declarou	
6	Estado Civil: (1) Solteiro (2) Casado (3) Viúvo (4) Desquitado/divorciado (5) União estável (6) Não declarou	
7	Escolaridade: (1) Fundamental incompleto (2) Fundamental completo (3) Ensino médio incompleto (4) Ensino médio completo (5) Ensino superior incompleto (6) Ensino superior completo (7) Não sabe ler/escrever (8) Não declarou	
8	Renda familiar (R\$): (1) Até 1 salário mínimo (2) Entre 1 e 2 salários mínimos (3) Entre 2 e 3 salários mínimos (4) Entre 3 e 4 salários mínimos (5) Acima de 4 salários mínimos (6) Não sabe dizer	
9	Profissão: (1) Aposentado (2) Recebe auxílio doença (3) Desempregado (4) Do lar (5) Trabalho autônomo (6) Empregado	
10	Possui algum problema de saúde? (1) Sim (2) Não Se sim, qual/quais?	O questionamento é sobre se o aluno da UniSer possui algum problema de saúde. Se sim, colocar quais são os problemas de saúde que ele possui, com o nome da doença de forma mais correta possível para facilitar o lançamento no banco de dados.
11	Possui plano de saúde? (1) Sim (2) Não	
12	Possui algum profissional da área da saúde na família? (1) Sim (2) Não	
13	Já usou ou comprou medicamentos sem prescrição médica? (1) Sim (2) Não	
14	Já se aconselhou com o farmacêutico a respeito dos medicamentos antes da compra? (1) Sim (2) Não	

15	<p>Você já realizou automedicação alguma vez em sua vida? (1) Sim (2) Não * Entrevistador, abordar a definição de automedicação, explicando que não é apenas comprar sem receita médica, mas também tomar 1 comprimido que uma amiga indicou, tomar sobras de medicamentos em casa, etc. * Entrevistador, caso a resposta seja NÃO vá para a pergunta 34.</p>	<p>O questionamento é sobre se o aluno da UniSer já realizou automedicação alguma vez na vida. Aqui é necessário deixar claro para o aluno o que é automedicação, que seria a seleção e uso de medicamentos para tratar sintomas e doenças autorreferidas sem o aconselhamento do profissional de saúde qualificado (2), explicando que não é apenas comprar sem receita médica, mas também tomar um comprimido por indicação de amigos, sobras de medicamentos em casa, entre outros. Caso a resposta seja negativa (Não), o entrevistador deverá pular as outras perguntas e ir para a pergunta número 34.</p>
16	<p>Qual fator levou você a se automedicar? (1) Prescrições antigas (2) Indicação de amigos/vizinhos (3) Facilidade/Comodidade (4) Conhecimento próprio (5) Prescrições de terceiros (6) Profissional não habilitado (7) Internet (8) Familiares (9) Propaganda (10) Sobras de tratamentos anteriores. Outros:</p>	<p>Apesar de existir mais de uma resposta correta, deverá ser anotada a resposta resume melhor o questionamento feito. Deverá ser anotado apenas 1 resposta.</p>
17	<p>Se a resposta for conhecimento próprio, foi baseado em: (1) Utilizou o medicamento 1x e o problema de saúde foi resolvido (2) Alguma familiar utilizou o medicamento e resolveu o problema (3) Possui conhecimento sobre automedicação. Outros:</p>	<p>Apesar de existir mais de uma resposta correta, deverá ser anotada a resposta resume melhor o questionamento feito. Deverá ser anotado apenas 1 resposta.</p>
18	<p>Antes de se automedicar, você procurou assistência médica ou por algum profissional da saúde? (1) Sim (2) Não Se sim, qual serviço?</p>	<p>Um dado importante e que não deve ser esquecido de anotar. Em caso de resposta afirmativa (Sim), anotar qual foi o serviço de saúde procurado pelo aluno da UniSer antes de se automedicar.</p>
19	<p>Se não, por qual motivo não procurou assistência médica ou por algum profissional da saúde? (1) Falta de recursos financeiros (2) Demora no atendimento (3) Confia no conselho obtido de terceiros (4) Falta de tempo (5) Facilidade na compra do medicamento (6) Não sabe qual profissional consultar (7) Não considera o problema de saúde grave</p>	<p>Apesar de existir mais de uma resposta correta, deverá ser anotada a resposta resume melhor o questionamento feito. Deverá ser anotado apenas 1 resposta.</p>
20	<p>Realizou automedicação nos últimos 7 DIAS (1) Sim (2) Não *Entrevistador, caso a resposta seja NÃO vá para a pergunta 34.</p>	<p>Da mesma forma da pergunta 15, aqui temos a definição de automedicação, mas dessa vez não será considerada a vida toda, mas sim se o aluno se automedicou nos últimos 7 dias anteriores à entrevista. Caso a resposta seja afirmativa (Sim), prosseguir com as perguntas. Caso contrário, o entrevistador deverá pular para a pergunta número 34.</p>

21	Se sim, quantas vezes realizou a automedicação? (1) 1 vez (2) 2 vezes (3) 3 vezes (4) Mais de 3 vezes	Nesta pergunta, pergunte quantas vezes o aluno tomou determinado medicamento dentro de 1 semana para tratar o sintoma/doença que autorreferiu.
22	Quais medicamentos foram utilizados durante a automedicação (nome e forma farmacêutica)?	Nesta pergunta, é importante o entrevistador anotar os nomes dos medicamentos caso o aluno fez ou esteja fazendo uso da automedicação nos últimos sete dias, assim como a forma farmacêutica empregada. Anotar apenas medicamento e forma farmacêutica. Por exemplo: Paracetamol – comprimido; Estomazil – Sachê; etc...
23	Os medicamentos foram utilizados para qual problema de saúde (ou sinais ou sintomas)? *Entrevistador, no caso de GRIPE ou problemas que possuem mais de um sintoma, perguntar qual medicamento usou para cada sinal ou sintoma	Nesta pergunta, será questionado a respeito de quais medicamentos foram utilizados para quais problemas de saúde (sinais e sintomas) durante a automedicação. Aqui, por exemplo, no caso de GRIPE ou problemas que possuem mais de um sintoma, o entrevistador deverá perguntar quais medicamentos usou para cada um dos sinais ou sintomas relatados. Por exemplo: Paracetamol – Dor de cabeça; Estomazil – Azia; etc...
24	A quanto tempo você apresentava estes sinais ou sintomas antes de se automedicar?	Nesta pergunta, o entrevistador deverá considerar como tempo quantos dias antes de se automedicar o aluno apresentava os sintomas ou sinais.
25 (*)	Os medicamentos foram utilizados adequadamente para as suas indicações? (1) Sim (2) Não *Entrevistador, essa pergunta será respondida pelo analisador após a entrevista.	Esta pergunta não deve ser feita ao aluno UniSer, nem respondida pelo entrevistador. Ela será analisada posteriormente pelo pesquisador responsável pelo lançamento no bando de dados da pesquisa.
26	Esses medicamentos já foram prescritos por algum médico nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não	
27	Qual fator levou você a se automedicar? (1) Prescrições antigas (2) Indicação de amigos/vizinhos (3) Facilidade/Comodidade (4) Conhecimento próprio (5) Prescrições de terceiros (6) Profissional não habilitado (7) Internet (8) Familiares (9) Propaganda (10) Sobras de tratamentos anteriores. Outros:	Assim como as perguntas 16, 17 e 19, deverá ser anotado apenas 1 resposta para fatores ou motivos. Aquela que o entrevistado acho que melhor responde o questionamento.
28	Se a resposta for conhecimento próprio, foi baseado em: (1) Utilizou o medicamento 1x e o problema de saúde foi resolvido (2) Alguma familiar utilizou o medicamento e resolveu o problema (3) Possui conhecimento sobre automedicação. Outros:	Assim como as perguntas 16, 17 e 19, deverá ser anotado apenas 1 resposta para fatores ou motivos. Aquela que o entrevistado acho que melhor responde o questionamento.

29	Os medicamentos utilizados estavam sempre disponíveis em sua casa? (1) Sim (2) Não	
30	Qual resultado foi obtido com a automedicação? (1) Resolução da queixa inicial (2) Manutenção dos sintomas (3) Piora da situação de saúde	
31	Após a prática de automedicação, apareceu alguma reação diferente (efeito adverso)? (1) Sim (2) Não Se sim, qual (s)?	Nesta pergunta, o entrevistador deverá perguntar se houve alguma reação adversa, que é definida como toda reação nociva e não intencional que ocorre em doses normalmente utilizada para profilaxia, diagnóstico, terapia de doenças ou para modificações de funções fisiológicas (3), durante a automedicação. Se sim, deverá anotar quais apareceram (ex: diarreia, dor de barriga, dor de cabeça, febre, dor muscular, entre outras).
32	Antes de se automedicar, você procurou assistência médica ou por algum profissional da saúde? (1) Sim (2) Não Se sim, qual serviço?	Assim como a pergunta 18, deverá ser anotado qual serviço de saúde foi procurado pelo aluno em caso de resposta afirmativa (Sim).
33	Se não, por qual motivo não procurou assistência médica ou por algum profissional da saúde? (1) Falta de recursos financeiros (2) Demora no atendimento (3) Confia no conselho obtido de terceiros (4) Falta de tempo (5) Facilidade na compra do medicamento (6) Não sabe qual profissional consultar (7) Não considera o problema de saúde grave	Assim como as perguntas 16, 17 e 19, deverá ser anotado apenas 1 resposta para fatores ou motivos . Aquela que o entrevistado acho que melhor responde o questionamento.
34	Você tem costume de ler a bula dos medicamentos? (1) Sim (2) Não	
35	Você segue corretamente as orientações contidas na bula? (1) Sim (2) Não	
36	Você considera que a automedicação pode trazer perigo para a saúde? (1) Sim (2) Não	

***Entrevistador, faça a pergunta 37 ao entrevistado para saber se ele utiliza medicamentos de uso contínuo (por mais de 15 dias contínuos). Se SIM, responda as questões a seguir e os dois questionários em anexo. Se NÃO, encerre o questionário de medicamentos e prossiga para os questionários IPAQ e Alimentar.**

MEDICAMENTOS DE USO CRÔNICO

37	Você utiliza medicamento cronicamente? (1) Sim (2) Não Se sim, qual/quais?	Essa pergunta é muito importante, pois o entrevistador deverá fazer a pergunta 37 ao entrevistado para saber se ele utiliza medicamentos de uso contínuo (por mais de 15 dias contínuos). Se a resposta for SIM, ele deverá continuar as perguntas 38 e 39, e fazer os outros dois questionários (Escala MGL e BMQ). Caso a resposta seja NÃO, deverá encerrar o questionário de medicamentos e prosseguir para os questionários IPAQ e de alimentos. A Escala MGL e o BMQ são questionários para avaliação de adesão ao tratamento e uso correto de medicamentos de uso contínuo. Medicamento de uso contínuo pode ser definido como aquele que o pacientes (neste caso, os alunos da UniSer) necessite utilizar todos os dias, ou quase todos os dias, e sem data para terminar o tratamento prescrito (4).
38	Caso utilize medicamentos cronicamente, como que você adquiriu o medicamento que utiliza? (1) Unidade de Saúde (2) Recursos próprios (3) Recursos de terceiros (4) Farmácia popular	
39	Caso utilize medicamentos cronicamente, quando a unidade de saúde não possui o medicamento que você necessita, o que você faz? (1) Não utiliza o medicamento (2) Compra com recursos próprios (3) Compra com recursos de terceiros	

ESCALA DE ADESÃO TERAPÊUTICA DE MORISKY-GREEN-LEVINE (1986)

Item	Pergunta	Resposta
1	Você às vezes esquece de tomar os seus medicamentos? (1) Sim (2) Não	
2	Às vezes você é descuidado para tomar os medicamentos? (1) Sim (2) Não	
3	Quando se sente melhor, você às vezes deixa de tomar seus medicamentos? (1) Sim (2) Não	
4	Quando se sente mal ao tomar os medicamentos, você às vezes para de toma-los? (1) Sim (2) Não	

SOMA: _____

2 – Alguma das suas medicações causa problemas para você? (0) Não (1) Sim

*Entrevistador: Se o entrevistado responder sim, por favor, liste os nomes das medicações e o quanto elas incomodam.

Quanto essa medicação incomodou você?					
Medicação	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma você é incomodado por ela?

3 – Agora, citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com os seus medicamentos.

Quanto é difícil para você?	Muito difícil	Um pouco difícil	Não muito difícil	Comentário (qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar todo o remédio				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

Obs: Os questionários “Alimentar” e “IPAQ” não estão no corpo do manual apresentado na dissertação pois não fazem parte do tema abordado pela mesma. Os mesmos são encontrados na versão final entregue aos entrevistadores.

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



Universidade de Brasília Faculdade de Ceilândia

Projeto de Pesquisa - Avaliação do perfil dos participantes da Universidade do Envelhecer - UniSer: Determinantes Sociais de Saúde, Alimentação, Prática de Atividade Física e Consumo de Medicamentos.

Termo de consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o (a) Senhor (a) a participar do projeto de pesquisa “Avaliação do perfil dos participantes da Universidade do Envelhecer - UniSer: Determinantes Sociais de Saúde, Alimentação, Prática de Atividade Física e Consumo de Medicamentos”, sob a responsabilidade da professora Dayani Galato e Eliana Fortes Gris. O projeto pretende levantar informações sobre as condições de saúde, alimentação, prática de exercícios físicos e consumo de medicamentos.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a sua alimentação e prática de exercícios físicos, além de analisar o uso consumo de medicamentos prescritos ou não (automedicação) e os motivos que influenciam isso. A pesquisa será realizada com participantes do projeto de extensão da Universidade do Envelhecer (UniSer).

O (a) Senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação se dará por meio de uma entrevista que será realizada no mesmo local e dias em que você frequenta as atividades da UniSer. O tempo estimado para esta entrevista é de 30 minutos.

Os benefícios de sua participação na pesquisa serão importantes, uma vez que os dados obtidos possibilitarão orientar os conteúdos de educação em saúde a serem aplicados no projeto de extensão UniSer. Caso seja necessário, o (a) Senhor (a) será orientado sobre a sua situação de saúde, e quando possível, encaminhado à serviços de saúde vinculados à Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa estão relacionados a possíveis desconfortos em relação às perguntas realizadas, caso isso aconteça pedimos que informe ao pesquisador. Também é importante que saiba, que mesmo que todas as perguntas sejam importantes, você pode omitir as respostas que não se sentir confortável a respondê-las. Se você aceitar participar, estará contribuindo para que conheçamos o comportamento dos participantes do projeto UniSer em relação a alimentação, prática de exercícios físicos e consumo de medicamentos. O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento ou qualquer outra sansão em relação ao projeto UniSer, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) Senhor (a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Contudo, as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelos pesquisadores responsáveis.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aos participantes e responsáveis pelo projeto de extensão UniSer, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda dos pesquisadores por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dayani Galato na Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia nos telefones – 061 3107 8421 e 061 985136261, sendo este último disponível inclusive para ligação a cobrar. Outras informações também poderão ser obtidas pelo e-mail: dayani.galato@gmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3376-0252 ou do e-mail cep.fce@gmail.com, horário de atendimento de 9:00hs às 12:00hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome / assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

Apêndice C – Roteiro de entrevista.

QUESTIONÁRIO MEDICAMENTOS

Entrevistador: _____ Data: _____

Telefone para contato do entrevistado: _____

Item	Perguntas	Variável	Resposta
1	Nome do entrevistado:	NOME	
2	Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	SEXO	
3	Idade:	IDADE	
4	Cidade satélite (ou do entorno) de procedência:	CIDPRO	
5	Raça/Cor: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (6) Não declarou	COR	
6	Estado Civil: (1) Solteiro (2) Casado (3) Viúvo (4) Desquitado/divorciado (5) União estável (6) Não declarou	ESTC	
7	Escolaridade: (1) Fundamental incompleto (2) Fundamental completo (3) Ensino médio incompleto (4) Ensino médio completo (5) Ensino superior incompleto (6) Ensino superior completo (7) Não sabe ler/escrever (8) Não declarou	ESCOL	
8	Renda familiar (R\$): (1) Até 1 salário mínimo (2) Entre 1 e 2 salários mínimos (3) Entre 2 e 3 salários mínimos (4) Entre 3 e 4 salários mínimos (5) Acima de 4 salários mínimos (6) Não sabe dizer	RENDFAM	
9	Profissão: (1) Aposentado (2) Recebe auxílio doença (3) Desempregado (4) Do lar (5) Trabalho autônomo (6) Empregado	TRAB	
10	Possui algum problema de saúde? (1) Sim (2) Não Se sim, qual/quais?	PROBSAUD	
11	Possui plano de saúde? (1) Sim (2) Não	PLANO	
12	Possui algum profissional da área da saúde na família? (1) Sim (2) Não	PROFSAUD	
13	Já usou ou comprou medicamentos sem prescrição médica? (1) Sim (2) Não	SEMPM	
14	Já se aconselhou com o farmacêutico a respeito dos medicamentos antes da compra? (1) Sim (2) Não	ACONFARM	
15	Você já realizou automedicação alguma vez em sua vida? (1) Sim (2) Não * Entrevistador, abordar a definição de automedicação, explicando que não é apenas comprar sem receita médica, mas também tomar 1 comprimido que uma amiga indicou, tomar sobras de medicamentos em casa, etc. * Entrevistador, caso a resposta seja NÃO vá para a pergunta 34.	AUTOVIDA	
16	Qual fator levou você a se automedicação? (1) Prescrições antigas (2) Indicação de amigos/vizinhos (3) Facilidade/Comodidade (4) Conhecimento próprio (5) Prescrições de terceiros (6) Profissional não habilitado (7) Internet (8) Familiares (9) Propaganda (10) Sobras de tratamentos anteriores. Outros:	FATAUTOM EDVIDATOD A	
17	Se a resposta for conhecimento próprio, foi baseado em: (1) Utilizou o medicamento 1x e o problema de saúde foi resolvido (2) Alguma familiar utilizou o medicamento e resolveu o problema (3) Possui conhecimento sobre automedicação. Outros:	CONHECVID ATODA	
18	Antes de se automedicação, você procurou assistência médica ou por algum profissional da saúde? (1) Sim (2) Não Se sim, qual serviço?	ASSISMEDV IDATODA	
19	Se não, por qual motivo não procurou assistência médica ou por algum profissional da saúde? (1) Falta de recursos financeiros (2) Demora no atendimento (3) Confia no conselho obtido de terceiros (4) Falta de tempo (5) Facilidade na compra do medicamento (6) Não sabe qual profissional consultar (7) Não considera o problema de saúde grave	MOTIVNAO MEDVIDATO DA	
20	Realizou automedicação nos últimos 7 DIAS (1) Sim (2) Não *Entrevistador, caso a resposta seja NÃO vá para a pergunta 34.	AUTOMED	

21	Se sim, quantas vezes realizou a automedicação? (1) 1 vez (2) 2 vezes (3) 3 vezes (4) Mais de 3 vezes	NAUTOMED	
22	Quais medicamentos foram utilizados durante a automedicação (nome e forma farmacêutica)?	MEDAUTOMED	
23	Os medicamentos foram utilizados para qual problema de saúde (ou sinais ou sintomas)? *Entrevistador, no caso de GRIPE ou problemas que possuem mais de um sintoma, perguntar qual medicamento usou para cada sinal ou sintoma	MEDPROB	
24	A quanto tempo você apresentava estes sinais ou sintomas antes de se automedicar?	TSINAIS	
25 (*)	Os medicamentos foram utilizados adequadamente para as suas indicações? (1) Sim (2) Não *Entrevistador, essa pergunta será respondida pelo analisador após a entrevista.	MEDADEQ	
26	Esses medicamentos já foram prescritos por algum médico nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não	MED12M	
27	Qual fator levou você a se automedicar? (1) Prescrições antigas (2) Indicação de amigos/vizinhos (3) Facilidade/Comodidade (4) Conhecimento próprio (5) Prescrições de terceiros (6) Profissional não habilitado (7) Internet (8) Familiares (9) Propaganda (10) Sobras de tratamentos anteriores. Outros:	FATAUTOMED7D	
28	Se a resposta for conhecimento próprio, foi baseado em: (1) Utilizou o medicamento 1x e o problema de saúde foi resolvido (2) Alguma familiar utilizou o medicamento e resolveu o problema (3) Possui conhecimento sobre automedicação. Outros:	CONHEC7D	
29	Os medicamentos utilizados estavam sempre disponíveis em sua casa? (1) Sim (2) Não	MEDISPO	
30	Qual resultado foi obtido com a automedicação? (1) Resolução da queixa inicial (2) Manutenção dos sintomas (3) Piora da situação de saúde	RESULTAUTOMED	
31	Após a prática de automedicação, apareceu alguma reação diferente (efeito adverso)? (1) Sim (2) Não Se sim, qual (s)?	ADVAUTOMED	
32	Antes de se automedicar, você procurou assistência médica ou por algum profissional da saúde? (1) Sim (2) Não Se sim, qual serviço?	ASSISTMED7D	
33	Se não, por qual motivo não procurou assistência médica ou por algum profissional da saúde? (1) Falta de recursos financeiros (2) Demora no atendimento (3) Confia no conselho obtido de terceiros (4) Falta de tempo (5) Facilidade na compra do medicamento (6) Não sabe qual profissional consultar (7) Não considera o problema de saúde grave	MOTIVNAOMED7D	
34	Você tem costume de ler a bula dos medicamentos? (1) Sim (2) Não	BULA	
35	Você segue corretamente as orientações contidas na bula? (1) Sim (2) Não	ORIENT	
36	Você considera que a automedicação pode trazer perigo para a saúde? (1) Sim (2) Não	PERIGO	

***Entrevistador, faça a pergunta 37 ao entrevistado para saber se ele utiliza medicamentos de uso contínuo (por mais de 15 dias contínuos). Se SIM, responda as questões a seguir e os dois questionários em anexo. Se NÃO, encerre o questionário de medicamentos e prossiga para os questionários IPAQ e Alimentar.**

MEDICAMENTOS DE USO CRÔNICO

37	Você utiliza medicamento cronicamente? (1) Sim (2) Não Se sim, qual/quais?	MEDCRON	
38	Caso utilize medicamentos cronicamente, como que você adquiriu o medicamento que utiliza? (1) Unidade de Saúde (2) Recursos próprios (3) Recursos de terceiros (4) Farmácia popular	ADQUIRIR	
39	Caso utilize medicamentos cronicamente, quando a unidade de saúde não possui o medicamento que você necessita, o que você faz? (1) Não utiliza o medicamento (2) Compra com recursos próprios (3) Compra com recursos de terceiros	NADQUIRIR	

ESCALA DE ADESÃO TERAPÊUTICA DE MORISKY-GREEN-LEVINE (1986)

Item	Pergunta	Resposta
1	Você às vezes esquece de tomar os seus medicamentos? (1) Sim (2) Não	
2	Às vezes você é descuidado para tomar os medicamentos? (1) Sim (2) Não	
3	Quando se sente melhor, você às vezes deixa de tomar seus medicamentos? (1) Sim (2) Não	
4	Quando se sente mal ao tomar os medicamentos, você às vezes para de toma-los? (1) Sim (2) Não	

SOMA: _____

2 – Alguma das suas medicações causa problemas para você? (0) Não (1) Sim

*Entrevistador: Se o entrevistado responder sim, por favor, liste os nomes das medicações e o quanto elas incomodam.

Quanto essa medicação incomodou você?					
Medicação	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma você é incomodado por ela?

3 – Agora, citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com os seus medicamentos.

Quanto é difícil para você?	Muito difícil	Um pouco difícil	Não muito difícil	Comentário (qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar todo o remédio				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

Escore de problemas encontrados pelo BMQ

DR – REGIME (questões 1a-1e)	1 = sim	0 = não
DR1. O R falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?	1	0
DR2. O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?	1	0
DR3. O R relatou alguma falha de dias ou de doses?	1	0
DR4. O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?	1	0
DR5. O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?	1	0
DR6. O R respondeu que “não sabia” a alguma das perguntas?	1	0
DR7. O R se recusou a responder a alguma das questões?	1	0
NOTA: ESCORE \geq 1 INDICA POTENCIAL NÃO ADESÃO soma:		<i>Tregime</i>
CRENÇAS		
DC1. O R relatou “não funciona bem” ou “não sei” na resposta 1g?	1	0
DC2. O R nomeou as medicações que o incomodam?	1	0
NOTA: ESCORE \geq 1 INDICA RASTREAMENTO POSITIVO PARA BARREIRAS DE CRENÇAS soma:		<i>Tcrencas</i>
RECORDAÇÃO		
DRE1. O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia)?	1	0
DRE2. O R relata “muita dificuldade” ou “alguma dificuldade” em responder a 3c?	1	0
NOTA: ESCORE \geq 1 INDICA ESCORE POSITIVO PARA BARREIRAS DE RECORDAÇÃO soma:		<i>Trecord</i>

R = respondente NR = não respondente