



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

CAROLINE CARVALHO PATRICIO BEZERRA

**RELAÇÃO ENTRE UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE E USO
DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS**

Recife
2018

CAROLINE CARVALHO PATRICIO BEZERRA

**RELAÇÃO ENTRE UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE E
USO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Área de concentração: Gerontologia.

Orientador: Prof^o. Dr. Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Recife
2018

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

B574r Bezerra, Caroline Carvalho Patricio Bezerra.
Relação entre utilização de práticas integrativas e complementares em saúde e uso de medicamentos por idosos / Caroline Carvalho Patricio Bezerra. – 2018.
92 f.: il.; tab.; gráf.; 30 cm.

Orientador: Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, 2018.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Terapias complementares. 2. Idoso. 3. Uso de medicamentos. I. Santo, Antônio Carlos Gomes do Espírito (Orientador). II. Título.

612.67 CDD (20.ed.) UFPE (CCS2020-013)

CAROLINE CARVALHO PATRICIO BEZERRA

**RELAÇÃO ENTRE UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE E
USO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Aprovada em: 14/08/2018

BANCA EXAMINADORA

Profº. Drº. Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo
(Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco

Profª. Drª. Ana Paula de Oliveira Marques
(Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Profª. Drª. Islândia Maria Carvalho de Sousa
(Examinador Externo)

Universidade Federal de Pernambuco

Dedico aos meus pais, Mônica e Flávio que com muitos esforços e muito amor batalharam dia a dia pela minha educação, estão sempre ao meu lado apoiando, amparando e incentivando.

AGRADECIMENTOS

À Deus em primeiro lugar, pelo dom da vida, pela saúde e pelas oportunidades maravilhosas que Ele me deu, para hoje poder estar exatamente neste lugar.

Aos meus pais que se dedicam diariamente e prioritariamente há tantos anos para nossa família, sem eles do meu lado, nada disso seria possível. Sou grata pela melhor companhia que eles me presentearam, meu irmão, meu parceiro.

Ao meu noivo, que me apoiou, ensinou, enxugou minhas lágrimas de felicidade e tristeza durante quase toda essa caminhada, teve insônia comigo, acordou nas madrugadas pra me ver estudar e foi o melhor companheiro que Deus poderia ter colocado na minha vida.

As minhas grandes amigas, Fernanda e Mariana, pela paciência, pelo apoio, pelos nossos momentos descontraídos e pelos puxões de orelha também.

Ao meu orientador, Antonio Carlos Gomes do Espirito Santo, que tanto me ensinou, incentivou e corrigiu quando necessário. Ele me fez despertar para o universo das Práticas Integrativas e Complementares e a partir daí permitir mudar os paradigmas que existiam dentro mim.

A minha co-orientadora Adriana Falangola, pela ajuda, orientações e incentivos dados.

A todos que fazem parte do PPGERO, foram dias de muito aprendizado, muito trabalho, muita dedicação e felicidades, em especial gostaria de agradecer a Manoel, por toda força, ajuda e disponibilidade de sempre.

Aos meus colegas de turma, agora todos Mestres, Adolfo, Alana, Anderson, Helka, Janaína, Kydja, Núbia, Renata, Rubenyta, Suelane, Taysa e em especial Márcia Albuquerque, que topou mergulhar junto comigo no mundo das PICS.

A todos que fazem parte do SIS, funcionários e usuários, sou grata pela paciência, atenção, e cuidados, além dos ensinamentos que levarei para o resto da vida, foi uma experiência transformadora e única.

Muito obrigada!

Não importa se a estação do ano muda... Se o século vira, se o milênio é outro. Se a idade aumenta... Conserva a vontade de viver, não se chega a parte algum sem ela.
(DUBOC, 20??)

RESUMO

O envelhecer não é mais privilégio de poucos e este novo perfil populacional tem feito surgir novas demandas para os serviços de saúde. Objetivando identificar possível relação entre o uso de práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) e o consumo de medicamentos por idosos, um estudo descritivo, quantitativo e de corte transversal foi realizado com 100 usuários de uma unidade da rede pública de saúde, localizada na Região Metropolitana da Cidade do Recife, mediante aplicação de questionário e consulta a prontuários. Prevaleram na amostra mulheres (86%) entre 65-69 anos (35%), aposentadas (61%), com ensino fundamental incompleto (44%) e renda individual de 1 a menos de dois SM (59%), residentes no Distrito Sanitário IV (67%) da cidade do Recife. As principais morbidades informadas foram hipertensão arterial, diabetes mellitus e artroses. Entre os que modificaram o perfil de utilização de medicamentos após ter iniciado a aplicação de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (48%), o percentual dos que reduziram seu uso foi de 81%, com destaque para os analgésicos. O emprego do teste do qui-quadrado de Pearson e do teste exato de Fisher demonstrou associação da redução da quantidade de tipos de medicamentos que atuam sobre o sistema cardiovascular e músculo esquelético ($p < 0,001$), sistema nervoso central ($p = 0,002$) e sistema digestivo e metabolismo ($p = 0,001$) no período posterior à matrícula na referida unidade.

Palavras-chave: Terapias Complementares. Idoso. Uso de Medicamentos.

ABSTRACT

Aging is no longer a privilege of few and this new population profile has raised new demands for health services. In order to identify a possible relationship between the use of integrative and complementary practices in health (PICS) and the consumption of drugs by the elderly, a descriptive, quantitative and cross-sectional study was carried out with 100 users of a public health network unit, located in the Metropolitan Region of the City of Recife, through a questionnaire and a questionnaire. In pre-school education (86%), 65-69 years old (35%), retired (61%), incomplete primary education (44%) and individual income from 1 to less than two MS (59%) IV (67%) from the city of Recife. The main reported morbidities were hypertension, diabetes mellitus and arthrosis. Among those who modified the profile of drug use after starting the application of Integrative and Complementary Practices in Health (48%), the percentage of those who reduced their use was 81%, with emphasis on analgesics. ($p < 0.001$), central nervous system ($p = 0.002$), and the digestive system and metabolism ($p < 0.001$). In the present study, Pearson's chi-square test and Fisher's exact test showed a reduction in the number of types of drugs acting on the cardiovascular system and skeletal muscle ($p = 0.001$) in the period after enrollment in said unit.

Keywords: Complementary Therapies. Aged. Drug utilization.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Distribuição do tempo de utilização das PICs pelos idosos usuários do SIS/UFPE - Recife/PE, Brasil, 2017.	45
Gráfico 2 –	Distribuição dos idosos usuários do SIS/UFPE, Segundo a frequência de comparecimento ao SIS - Recife/PE, Brasil, 2017.	47
Gráfico 3 –	Proporção do uso de polifarmácia pelos idosos usuários do SIS/UFPE – Recife/PE, Brasil, 2017.	50
Gráfico 4 –	Distribuição dos idosos usuários do SIS/UFPE que informaram mudança no número de medicamentos usados, após o início das atividades no SIS/UFPE – Recife/PE, Brasil, 2017.	52
Gráfico 5 –	Distribuição do motivo de redução quanto ao uso contínuo de medicamentos por idosos, SIS/UFPE, Recife/PE, Brasil, 2017.	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição do idosos usuários do SIS/UFPE, segundo variáveis sociodemográficas – Recife/PE, Brasil, 2017.	39 à 40
Tabela 2 –	Distribuição da frequência de morbidades informadas pelos idosos usuários do SIS/UFPE, segundo os grandes grupos de doenças - Recife/PE, Brasil, 2017.	41
Tabela 3 –	Distribuição do idosos usuários do SIS/UFPE, segundo o tipo de instância referenciadora - Recife/PE, Brasil, 2017.	43
Tabela 4 –	Distribuição das modalidades de PICs realizadas pelo usuário do SIC/UFPE – Recife/PE, Brasil, 2017.	44
Tabela 5 –	Distribuição da frequência das modalidades de PICs, citadas pelos idosos usuários do SIS/UFPE, como sendo as que produziam melhor efeito em seu estado de saúde – Recife/PE, Brasil, 2017.	45 à 46
Tabela 6 –	Distribuição das referências de utilização de medicamentos feitas pelos idosos no momento da aplicação do questionário segundo os grupos da ATC – SIS/UFPE, Recife/PE, Brasil, 2017.	49
Tabela 7 –	Distribuição da frequência do uso de medicamentos não receitados pelo médico, por idosos usuários do SIS/UFPE, segundo os grupos da ATC – Recife/PE, Brasil, 2017.	51
Tabela 8 –	Distribuição das citações feitas pelos idosos usuários do SIS/UFPE, acerca de mudanças no número de tipos de medicações utilizadas, após darem início as PICs, segundo a classificação ATC - Recife/PE, Brasil, 2017.	53 à 54

Tabela 9 – Distribuição dos resultados dos testes de associação das características sociodemográficas, morbidades informadas e perfil de utilização das PICs, com a redução do número de medicamentos utilizados por idosos usuários do SIS/UFPE, após início do tratamento na unidade - Recife/PE, Brasil, 2017. 55 à 57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATC -	AnatomicalTherapeuticChemical
CAPS -	Centro de Atenção Psicossocial
CCS -	Centro de Ciências da Saúde
CEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
DATASUS -	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT -	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM -	Diabetes Mellitus
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MO -	Medicina Ocidental
MTC -	Medicina Tradicional Chinesa
MT/MCA -	Medicina Tradicional ou Medicina Complementar/Alternativa
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PEC -	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PICS -	Práticas Integrativas e Complementares em saúde
PMPIC -	Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares

PNAD -	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
PNAISH -	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNI -	Política Nacional do Idoso
PNPIC -	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNSPI -	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SEGTES -	Secretaria Executiva de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde
SIS -	Serviço Integrado de Saúde
SPSS -	Statistical Package for the Social Sciences
SUS -	Sistema Único de Saúde
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS -	Unidades Básica de Saúde
UCIS -	Unidade de Cuidado Integral a Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
USF -	Unidade de Saúde da Família
WHO -	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	Envelhecimento populacional e políticas de atenção à saúde do idoso	18
2.2	Polifarmácia	19
2.3	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	21
3	OBJETIVOS	31
3.1	Objetivo Geral	31
3.2	Objetivos Específicos	31
4	METODOLOGIA	32
4.1	Desenho do Estudo	32
4.2	Local do Estudo	32
4.3	População e Amostra	33
4.4	Critérios de Elegibilidade	34
4.5	Elenco de variáveis	34
4.6	Coleta de Dados	36
4.7	Processamento e Análise dos Dados	37
4.8	Considerações Éticas	37
5	RESULTADOS	38
5.1	Características Sociodemográficos	38
5.2	Morbidade informada	41
5.3	Utilização do SIS pelos idosos	42
5.4	Utilização de medicamentos	47
5.5	Testes de associação	54
6	DISCUSSÃO	58

7 CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	78
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE TRANSCRIÇÃO DE DADOS DO PRONTUÁRIO	81
APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA	83
ANEXO A- CARTAS DE ANUÊNCIA DO PROJETO	86
ANEXO B- CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	88

1 INTRODUÇÃO

A presença das Práticas Integrativas e Complementares em saúde (PICS) no cenário internacional, foi reforçada após a Conferência sobre Atenção Primária em Alma-Ata (1978), onde se reconheceu pela primeira vez em termos oficiais, seus praticantes como trabalhadores de saúde e sua contribuição para o cuidado à saúde das populações (BRASIL, 2008).

As PICS, se utilizam de maneira geral, de uma abordagem totalizante, holística, que abrange, de forma simultânea, aspectos físicos, emocionais, mentais e ambientais relativos ao paciente (BRASIL, 2008).

A Medicina Ocidental (MO), por sua vez, possui como cosmologia a mecânica clássica e uma noção cartesiana de universo e corpo humano como máquinas, na qual prevalece a proposição de leis de aplicação geral e ignora-se a multicausalidade em benefício de causas lineares. Segundo Luz e Barros (2012) o modelo alopático é eficiente em manter o paciente alienado de sua própria situação, isto decorre do fato da MO conceber a doença como agente externo, o que gera uma falta de consciência e autorresponsabilidade do indivíduo sobre sua própria saúde, retirando-lhe a oportunidade de autoconhecimento e o poder pessoal de autotransformação que o processo saúde/doença oferece (LUZ, BARROS 2012).

A alusão acima justifica-se pelo fato de que a compreensão do panorama das PICS no mundo envolve o reconhecimento das dificuldades relativas às suas diferenças em relação à medicina ocidental típica (BRASIL, 2008).

A partir do final da década de 60 a prevalência da visão biológica da saúde e da doença, que convive com a hegemonia do médico sobre as demais categorias profissionais, atravessa um tímido e persistente processo de mudanças, o que representa uma vertente explicativa para o fato de ser relativamente recente a crescente demanda por PICS e sua progressiva aceitação por profissionais de saúde (AZEVEDO; PELICIONI, 2012; THIAGO; TESSER, 2011).

Tesser e Luz entendem que as insatisfações com a MO se devem aos limites diagnósticos e terapêuticos bem como à iatrogenia. Existe ainda segundo eles, uma

crítica difusa e crescente a esse tipo de abordagem, caracterizada como mecanicista, materialista, invasiva, intervencionista, restrita aos sintomas e progressivamente mais impessoal, dedicando pouco tempo ao paciente (TESSER; LUZ, 2008; TESSER, 2009).

Sendo assim, a inserção de outras racionalidades e saberes médicos no Sistema Único de Saúde (SUS), pode ser percebida como um questionamento dos saberes científicos hegemônicos, e uma forma de valorização dos saberes tradicionais, bem como uma proposta de ampliação no cuidado, vindo ao encontro do princípio doutrinário da integralidade, inscrito na base jurídico-normativa do Sistema Único de Saúde (AZEVEDO; PELICIONI, 2012; THIAGO; TESSER, 2011).

No Brasil, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, impulsionaram a transformação de paradigmas, colocaram em evidência as necessidades de mudanças, indicando como elas deveriam ocorrer de modo a atender esta nova demanda. O estatuto garante o direito deste grupo populacional a todas as facilidades necessárias à preservação de sua saúde física e mental (BRASIL, 2003; BRASIL, 2006²). Por outro lado, a abordagem integrativa entre a saúde física e mental é destaque na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que aponta ainda a heterogeneidade do grupo populacional de idosos e as estratégias para alcançar este grupo como um desafio a ser enfrentado.

Portanto, diante desse contexto complexo, as PICS surgem como um conjunto de modalidades de intervenção, capaz de agir nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde, baseado em modelo de atenção humanizada, centrado na integralidade do indivíduo (BRASIL, 2006¹; BRASIL, 2006²).

Entretanto, apesar das evidências aparentemente favoráveis à inserção destes conceitos e práticas no cotidiano das redes de atenção à saúde em países como o Brasil, a produção bibliográfica não permite constatar que haja uma notável expansão das iniciativas de implantação das PICS no cotidiano das unidades de saúde, nem de sua associação com a evidência de benefícios, a exemplo da redução do uso de medicamentos pela população, em geral, e pelos idosos, em particular.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Envelhecimento populacional e políticas de atenção à saúde do idoso

A população mundial, vive um marco na evolução demográfica, impulsionada pela queda das taxas de fertilidade e o aumento da expectativa de vida, com prognóstico de que o envelhecimento populacional irá continuar (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2016).

O prolongamento da vida é uma aspiração para toda e qualquer sociedade, deve ser considerada uma conquista, na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vividos. O envelhecer não é mais privilégio de poucos, sendo o crescimento da população idosa um fenômeno mundial, que no Brasil vem ocorrendo de forma radical e bastante acelerada (VERAS, 2009).

Dados do censo demográfico de 2010 estimam que no Estado de Pernambuco em 2030 as mulheres terão expectativa de vida de 80,9 anos enquanto os homens 74,3 anos, evoluindo em 2100 para 83 anos nas mulheres e 77 anos para os homens (ERVATTI; BORGES; JARDIM, 2015).

Conhecido como um dos fenômenos biológicos mais complexos, que possui um processo multifacetado, no qual as mudanças ocorrem em cascata, o envelhecimento, caracteriza-se com modificações na composição bioquímica dos tecidos, redução da capacidade fisiológica e na capacidade de adaptar-se aos estímulos, aumento da susceptibilidade e vulnerabilidade a doenças, assim como, aumento do risco de morte (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2016).

Este novo perfil populacional tem feito surgir novas demandas para os serviços de saúde. As políticas relacionadas ao envelhecimento concretizaram-se predominantemente por meio de uma prática centrada no tratamento das doenças crônico-degenerativas ou de suas complicações, pela via da assistência médica individual. Assim é que muitos estudos têm privilegiado a lógica clínica no âmbito dos serviços de saúde e investigado danos e fragilidades específicas que acometem os idosos (PASKULIN; VIANNA, 2007).

Tais estudos trouxeram significativas contribuições, mas autores como Paskulin eVianna (2007) defendem a necessidade de se ir mais além no sentido de garantir qualidade de vida às pessoas nessa etapa do ciclo vital. Para eles, o planejamento de ações na área de saúde em um sistema cuja lógica de atenção privilegie a integralidade, a equidade e a universalidade, deve ocupar-se da organização de estratégias de prevenção das doenças crônico-degenerativas e de promoção de saúde, e não apenas de medidas terapêuticas para danos já instalados.

A integralidade no cuidado à saúde, estabelecida como diretriz pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e estabelecida como princípio doutrinário do Sistema único de Saúde (SUS), aponta para a oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no Brasil, ressaltando a contribuição que podem aportar para a desmedicalização, além de serem socialmente desejadas e valorizadas (THIAGO; TESSER, 2011).

2.2 Polifarmácia

Com o processo do envelhecimento, várias mudanças podem afetar a metabolização dos medicamentos, o que desperta muitas preocupações, especialmente com as complicações que esta prática pode acarretar a saúde dos mesmos (OLIVEIRA; SANTOS, 2016).

O termo polifarmácia pode ser definido, como o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos. Trata-se de um problema relevante em vários países, que aumenta a carga financeira para os idosos e para o sistema de saúde (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2016).

Muitos são os fatores que contribuem para utilização de múltiplos medicamentos por essa população, como por exemplo a forma desarticulada como é feita a assistência à saúde do idoso, atendido em momentos próximos por diferentes especialistas, sem que o mesmo seja questionado sobre quais medicamentos utiliza (CARVALHO et al, 2012).

A propaganda dirigida ao consumidor também contribui para polifarmácia, além de estimular a automedicação e aumentar a demanda por medicamentos (CARVALHO et al, 2012; GURWITZ, 2004).

Estima-se que mais de 40% dos adultos de 65 anos ou mais usam cinco ou mais medicamentos e 12% usam 10 ou mais medicamentos diferentes (LINJAKKUMPU, et al, 2002; GURWITZ et al, 2003).

Nesse contexto, por vezes equivocadamente, reações adversas a medicamentos são interpretados como novas entidades clínicas e tratadas com novos agentes, construindo a cascata iatrogênica, sendo os eventos adversos a medicamentos mais graves, os mais propensos a serem evitados (ROCHON P.A.; GURWITZ, 2004; GURWITZ et al, 2003).

Em estudo realizado no Brasil com 1.115 idosos no ano de 2006, foi apresentado uma prevalência de 36% de polifarmácia entre os idosos participantes, com uma lista dos 20 medicamentos mais utilizados refletindo as doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes entre os idosos (CARVALHO et al, 2012).

Em contrapartida, com base em diversas pesquisas, torna-se amplamente reconhecido que, no tratamento de várias condições crônicas comuns, terapias não farmacológicas podem ser tão eficazes e por vezes mais eficazes, quando comparadas a terapias medicamentosas (NACI; IOANNIDIS, 2013; TAYLOR et al, 2014).

Estas evidências contribuíram para o desenvolvimento do modelo alternativo de tratamento, compreendido como pólo oposto ao modelo biomédico. A chamada medicina alternativa volta-se para a dimensão da terapêutica baseada na explicação dos problemas de saúde mediante teorias do estilo de vida e ambientais (BARROS, 2000).

A busca pelas PICS é uma aliada a desmedicalização, considerada como um sinal de resistência a formas heterogêneas de cuidados presentes ao avanço monopolizador biomédico, também representa uma reação social ao caráter medicalizante da biomedicina e a busca por múltiplos significados curador-doente, autocura, e uma visão holística para adoecimentos (TESSER; SOUSA, 2012).

2.3 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

A reemergência das PICS no mundo ocidental foi motivada por diversos fatores, como a mudança do perfil de morbimortalidade, a redução das doenças infectocontagiosas, o aumento da expectativa de vida e das doenças crônico-degenerativas, os perigos associados às intervenções cirúrgicas e efeitos colaterais dos medicamentos, principalmente na população idosa, que biologicamente apresentam menor capacidade de depleção e metabolização dos fármacos, sofrendo com maior frequência os efeitos adversos e a redução da eficácia terapêutica (OTANI; BARROS, 2011; NEVES et al., 2013).

No Brasil, a Medicina Tradicional ou Medicina Complementar/Alternativa MT/MCA é denominada Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), tendo sua legitimação e institucionalização se iniciado na década de 80, fortemente influenciada pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), embora só em 2006, tenha sido publicada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, na forma das Portarias Ministeriais nº 971 e nº 1.600 (BRASIL 2006¹).

As PICS é a soma total dos conhecimentos, habilidades e práticas baseadas nas teorias, crenças e experiências de diferentes culturas, explicáveis ou não cientificamente, usadas para prevenção, diagnóstico, tratamento e manutenção da saúde. É influenciada por diversos fatores entre eles os de natureza cultural, histórica e filosófica (WHO, 2000; BRASIL 2006²).

Em seu processo de absorção e reconhecimento por organismos nacionais e internacionais de saúde, foram definidas como aquelas abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico, e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens formadoras desse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do auto-cuidado (WHO, 2000; BRASIL 2006¹).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) declara apoio e fomento à integração das PICS aos sistemas de saúde de seus estados membros, à elaboração de suas próprias políticas nacionais para uso racional e integrado, bem como, ao desenvolvimento de estudos científicos, com o objetivo de melhorar o conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade (BRASIL, 2006²; OMS, 2013).

Em 2016, segundo os dados coletados a partir do sistema informatizado e-SUS e do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), foram registrados mais de dois milhões de atendimentos das PICS nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Mais de 770 mil foram de Medicina Tradicional Chinesa que inclui acupuntura, 85 mil foram de fitoterapia, 13 mil de homeopatia, sendo 926 mil atendimentos de outras práticas integrativas que não possuíam código próprio para registro, que com a publicação da portaria nº145/2017 passam a ter (BRASIL, 2017). Desde então, o Ministério da saúde vem publicando novas portarias, com o objetivo de ampliar os procedimentos oferecidos pela política no SUS. A terapia comunitária, dança circular/biodança, yoga, oficina de massagem/ automassagem, auriculoterapia, massoterapia, tratamento termal/crenoterápico já faziam parte dos serviços desde abril de 2016, quando receberam novos códigos para readequação de tabela, com o intuito de facilitar para os gestores a identificação dos procedimentos das PICS (BRASIL, 2017). A Arteterapia, meditação, musicoterapia, tratamento naturopático, tratamento osteopático, tratamento quiroprático, Reiki, apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais passaram a integrar também a oferta de PICS. Desta forma, atualmente temos 29 práticas ofertadas pelo SUS à população (BRASIL², 2017; BRASIL³, 2017; BRASIL, 2018).

O campo da PNPIC contempla sistemas médicos complexos e uma diversidade de recursos terapêuticos, a saber:

- Medicina Tradicional Chinesa (MTC), originada há milhares de anos, caracterizada por um sistema médico integral que retrata simbolicamente as leis da natureza e valoriza a inter-relação harmônica entre as partes. Inclui práticas corporais (Lian-Gong; Tui-Na; Tai-Chi-Chuan); práticas mentais (Meditação); orientação alimentar; o uso de plantas medicinais (Fitoterapia Tradicional Chinesa) e Acupuntura (BRASIL 2006²);

- Homeopatia, sistema médico de caráter holístico, fundamentado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes anunciada por Hipócrates no século IV A.C. Foi desenvolvida no século XVIII por Samuel Hahnemann, que sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da Homeopatia em suas obras (BRASIL 2006¹);
- Fitoterapia, terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. A humanidade faz uso das plantas medicinais desde o início de sua existência, descobertas pelo homem através da procura por alimentos, e desde então aplicadas empiricamente para o tratamento de patologias. É fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações (BRASIL 2006¹; WAGNER; WISENAUER, 2006).
- Termalismo Social e Crenoterapia, terapias que tiveram sua primeira descrição em 450 A.C. por Heródoto e que se utiliza das águas minerais para tratamento de saúde. Atua de maneira complementar a outros tratamentos de saúde (BRASIL 2006¹).
- Medicina Antroposófica, introduzida no Brasil há aproximadamente 60 anos, apresenta-se com uma abordagem médico-terapêutica complementar de base vitalista (BRASIL 2006¹).
- Arteterapia trata-se de uma prática que utiliza a arte como base do processo terapêutico. Faz uso de diversas técnicas expressivas como pintura, desenho, sons, música, modelagem, colagem, mímica, tecelagem, expressão corporal, escultura, dentre outras. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo. Baseia-se no princípio de que o processo criativo é terapêutico e fomentador da qualidade de vida (BRASIL², 2017).
- Ayurveda é considerado uma das mais antigas abordagens de cuidado do mundo, foi desenvolvido na Índia durante o período de 2000-1000 a.C. Utilizou-se de observação, experiência e os recursos naturais para desenvolver um sistema único de cuidado (BRASIL², 2017). A OMS descreve sucintamente o Ayurveda, reconhecendo sua utilização para prevenir e curar doenças, e reconhece que esta não é apenas um sistema terapêutico, mas também uma maneira de viver (BRASIL², 2017).

- Biodança é uma prática de abordagem sistêmica inspirada nas origens mais primitivas da dança, que busca restabelecer as conexões do indivíduo consigo, com o outro e com o meio ambiente, a partir do núcleo afetivo e da prática coletiva. Configura-se como um sistema de integração humana, de renovação orgânica, de integração psicofísica, de reeducação afetiva e de reaprendizagem das funções originais da vida. Sua metodologia vivencial estimula uma dinâmica de ação que atua no organismo potencializando o protagonismo do indivíduo para sua própria recuperação. A relação com a natureza, a participação social e a prática em grupo passam ocupar lugar de destaque nas ações de saúde. É um processo altamente integrativo, sua metodologia consiste em induzir vivências coletivas integradoras, num ambiente enriquecido com estímulos selecionados como músicas, cantos, exercícios e dinâmicas capazes de gerar experiências que estimulam a plasticidade neuronal e a criação de novas redes sinápticas. (BRASIL², 2017).
- Dança Circular é uma prática de dança em roda, tradicional e contemporânea, originária de diferentes culturas que favorece a aprendizagem e a interconexão harmoniosa entre os participantes. Os indivíduos dançam juntos, em círculos e aos poucos começam a internalizar os movimentos, liberar a mente, o coração, o corpo e o espírito. Por meio do ritmo, da melodia e dos movimentos delicados e profundos os integrantes da roda são estimulados a respeitar, aceitar e honrar as diversidades (BRASIL², 2017).
- Meditação trata-se de uma prática de harmonização dos estados mentais e da consciência, presente em inúmeras culturas e tradições. A prática torna a pessoa atenta, experimentando o que a mente está fazendo no momento presente, desenvolvendo o autoconhecimento e a consciência, com o intuito de observar os pensamentos e reduzir o seu fluxo. Traz benefícios para o sistema cognitivo, promove a concentração, auxilia na percepção sobre as sensações físicas e emocionais ampliando a autodisciplina no cuidado à saúde. Estimula o bem-estar, relaxamento, redução do estresse, da hiperatividade e dos sintomas depressivos.(BRASIL², 2017).
- Musicoterapia é a utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido

de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e restabelecer funções do indivíduo para que possa alcançar uma melhor integração intra e interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida (BRASIL², 2017).

- Naturopatia é entendida como abordagem de cuidado que, por meio de métodos e recursos naturais, apoia e estimula a capacidade intrínseca do corpo para curar-se. Tem sua origem fundamentada nos saberes de cuidado em saúde de diversas culturas, particularmente aquelas que consideram o vitalismo, que consiste na existência de um princípio vital presente em cada indivíduo, que influencia seu equilíbrio orgânico, emocional e mental, em sua cosmovisão. A Naturopatia utiliza diversos recursos terapêuticos como: plantas medicinais, águas minerais e termais, aromaterapia, fitologia, massagens, recursos expressivos, terapias corpo-mente e mudanças de hábitos (BRASIL², 2017).
- Osteopatia é um método diagnóstico e terapêutico que atua no indivíduo de forma integral a partir da manipulação das articulações e tecidos. Esta prática parte do princípio que as disfunções de mobilidade articular e teciduais em geral contribuem no aparecimento das enfermidades. A abordagem osteopática envolve o profundo conhecimento anatômico, fisiológico e biomecânico global, relacionando todos os sistemas para formular hipóteses de diagnóstico e aplicar os tratamentos de forma eficaz. Desta forma, a osteopatia diferencia-se de outros métodos de manipulação pois busca trabalhar de forma integral proporcionando condições para que o próprio organismo busque o equilíbrio/homeostase (BRASIL², 2017).
- Quiropraxia é uma abordagem de cuidado que utiliza elementos diagnósticos e terapêuticos manipulativos, visando o tratamento e a prevenção das desordens do sistema neuro-músculo-esquelético e dos efeitos destas na saúde em geral. São utilizadas as mãos para aplicar uma força controlada na articulação, pressionando além da amplitude de movimento habitual (BRASIL², 2017).
- Reflexoterapia também conhecida como reflexologia, é uma prática que utiliza estímulos em áreas reflexas com finalidade terapêutica. Parte do princípio que o corpo se encontra atravessado por meridianos que o dividem em diferentes regiões. Cada uma destas regiões tem o seu reflexo,

principalmente nos pés ou nas mãos. São massageados pontos- chave que permitem a reativação da homeostase e equilíbrio das regiões do corpo nas quais há algum tipo de bloqueio ou inconveniente(BRASIL², 2017).

- Reiki é uma prática de imposição de mãos que usa a aproximação ou o toque sobre o corpo da pessoa com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde. Baseado na concepção vitalista de saúde e doença também presente em outros sistemas terapêuticos, considera a existência de uma energia universal canalizada que atua sobre o equilíbrio da energia vital com o propósito de harmonizar as condições gerais do corpo e da mente de forma integral (BRASIL², 2017).
- Shantala é uma prática de massagem para bebês e crianças, composta por uma série de movimentos pelo corpo, que permite o despertar e a ampliação do vínculo cuidador e bebê. Além disso, promove a saúde integral, reforçando vínculos afetivos, a cooperação, confiança, criatividade, segurança, equilíbrio físico e emocional. Promove e fortalece o vínculo afetivo, harmoniza e equilibra os sistemas imunológico, respiratório, digestivo, circulatório e linfático (BRASIL², 2017).
- Terapia comunitária integrativa é uma prática de intervenção nos grupos sociais e objetiva a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias. Aproveita os recursos da própria comunidade e baseia-se no princípio de que se a comunidade e os indivíduos possuem problemas, mas também desenvolvem recursos, competências e estratégias para criar soluções para as dificuldades. É um espaço de acolhimento do sofrimento psíquico, que favorece a troca de experiências entre as pessoas (BRASIL², 2017).
- Yoga trabalha o praticante em seus aspectos físico, mental, emocional, energético e espiritual visando à unificação do ser humano em Si e por si mesmo. Constitui-se de vários níveis, sendo o Hatha Yoga um ramo do Yoga que fortalece o corpo e a mente através de posturas psicofísicas (ásanas), técnicas de respiração (pranayamas), concentração e de relaxamento. Entre os principais benefícios podemos citar a redução do estresse, a regulação do sistema nervoso e respiratório, o equilíbrio do sono, o aumento da vitalidade psicofísica, o equilíbrio da produção hormonal, o fortalecimento do sistema imunológico, o aumento da capacidade de concentração e de criatividade e a

promoção da reeducação mental com conseqüente melhoria dos quadros de humor, o que reverbera na qualidade de vida dos praticantes(BRASIL³, 2017).

- Oficina de Massagem/Automassagem tem a finalidade de manter ou restabelecer a saúde, por meio da promoção do equilíbrio da circulação de sangue e de energia por todas as partes do corpo. É realizada pelo próprio sujeito, por meio de massagens de áreas e/ou pontos de acupuntura no seu corpo (BRASIL³, 2017).
- Massoterapia é um termo que engloba diversas técnicas terapêuticas, cujo objetivo é melhorar a saúde e prevenir alguns desequilíbrios corporais. Por meio do ato de tocar regiões do corpo de uma pessoa, realizando movimentos fortes ou sutis, é possível trabalhar os aspectos físicos e mentais de cada um. A prática, baseada em técnicas de massagens relaxantes, estéticas ou terapêuticas inspiradas no oriente e no ocidente, é reconhecida pela OMS (BRASIL³, 2017).
- Auriculoterapia é uma terapia que consiste na estimulação com agulhas, sementes de mostarda, objetos metálicos ou magnéticos em pontos específicos da orelha para aliviar dores ou tratar diversos problemas físicos ou psicológicos, como ansiedade, enxaqueca, obesidade ou contraturas. A auriculoterapia chinesa faz parte de um conjunto de técnicas terapêuticas, que tem como base os preceitos da Medicina Tradicional Chinesa (MTC). Acredita-se que tenha sido desenvolvida juntamente com a acupuntura sistêmica (corpo), que é, atualmente, uma das terapias orientais mais populares em diversos países e tem sido amplamente utilizada na assistência à saúde(BRASIL³, 2017).
- Apiterapia é método integrativo que utiliza os produtos produzidos pelas abelhas em suas colmeias para promoção e manutenção da saúde, e auxílio complementar no tratamento de algumas condições alteradas, praticado desde a antiguidade conforme mencionado por Hipócrates em alguns textos, e em textos chineses e egípcios. A utilização da apitoxina como prática integrativa e complementar recebe a denominação de apipuntura, quando a estimulação ocorre nos pontos estratégicos do corpo similares aos definidos para a acupuntura, seja pela introdução do próprio ferrão da abelha ou por meio de agulhas apropriadas (BRASIL, 2018).

- Aromaterapia é a prática terapêutica secular que consiste no uso intencional de concentrados voláteis extraídos de vegetais óleos essenciais a fim de promover ou melhorar a saúde, o bem-estar e a higiene (BRASIL, 2018).
- A bioenergética é uma visão diagnóstica que, aliada a uma compreensão etiológica do sofrimento/adoecimento, adota a psicoterapia corporal e os exercícios terapêuticos em grupos, por exemplo, e movimentos sincronizados com a respiração. Trabalha o conteúdo emocional por meio da verbalização, da educação corporal e da respiração, utilizando exercícios direcionados a liberar as tensões do corpo e facilitar a expressão dos sentimentos. Propõe a interação homem-corpo-emoção-razão, sendo conduzida a partir da análise desses componentes por meio de conceitos fundamentais (couraça muscular, anéis ou segmentos da couraça muscular) e técnicas corporais (grounding, respiração e massagem) (BRASIL, 2018).
- Constelação familiar é uma técnica de representação espacial das relações familiares que permite identificar bloqueios emocionais de gerações ou membros da família. Desenvolvida nos anos 80 pelo psicoterapeuta alemão Bert Hellinger, que defende a existência de um inconsciente familiar - além do inconsciente individual e do inconsciente coletivo - atuando em cada membro de uma família (BRASIL, 2018).
- Cromoterapia é a prática terapêutica que utiliza há milênios as cores no tratamento de doenças, sendo utilizada pelo homem desde as antigas civilizações, e atua do nível físico aos mais sutis com o objetivo de harmonizar o corpo. Antigamente, o uso terapêutico era realizado principalmente através da luz solar, pela forte crença no seu potencial de cura (BRASIL, 2018).
A partir das abordagens dos distintos sistemas complexos das medicinas tradicionais, as cores em suas frequências podem ser utilizadas para neutralizar as condições excessivas do corpo e restabelecer a saúde, podendo serem utilizadas em regiões específicas do corpo, como os centros de força, pontos de acupunturas ou marmas, em consonância com o desequilíbrio identificado no indivíduo (BRASIL, 2018).
- Geoterapia é a prática que contribui com ampliação e melhoramentos nos sistemas de abordagem integrativa, em intervenções clínicas. Prática milenar e de utilização variada pelos povos antigos, alterna desde embalsamentos,

conservação de alimentos, tratamentos, manutenção da saúde, até fins estéticos. Tratados antigos mencionam que as argilas eram prescritas para tratamentos de enfermidades e preservação da saúde, destacando grande emprego em casos de doenças osteomusculares, processos inflamatórios, lesões dérmicas, cicatrização de ferimentos, entre outros (BRASIL, 2018).

- A hipnoterapia é um conjunto de técnicas que, por meio de intenso relaxamento, concentração e/ou foco, induz a pessoa a alcançar um estado de consciência aumentado que permita alterar uma ampla gama de condições ou comportamentos indesejados como medos, fobias, insônia, depressão, angústia, estresse, dores crônicas. Pode favorecer o autoconhecimento e, em combinação com outras formas de terapia, auxilia na condução de uma série de problemas (BRASIL, 2018).
- A imposição de mãos é prática terapêutica secular que implica um esforço meditativo para a transferência de energia vital (Qi, prana) por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano auxiliando no processo saúde-doença. Sem envolvimento de outros recursos (remédios, essências, aparelhos) faz uso da capacidade humana de conduzir conscientemente o fluxo de energias curativas multidimensionais para dentro do corpo humano e dos seus sistemas energéticos físicos e espirituais a fim de provocar mudanças terapêuticas (BRASIL, 2018).
- A ozonioterapia é prática integrativa e complementar de baixo custo, segurança comprovada e reconhecida, que utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio, por diversas vias de administração, com finalidade terapêutica, já utilizada em vários países como Itália, Alemanha, Espanha, Portugal, Rússia, Cuba, China, entre outros, há décadas (BRASIL, 2018).

Há algum tempo, o potencial terapêutico do ozônio ganhou muita atenção através da sua forte capacidade de induzir o estresse oxidativo controlado e moderado quando administrado em doses terapêuticas precisas. A molécula de ozônio é molécula biológica, presente na natureza e produzida pelo organismo sendo que o ozônio medicinal (sempre uma mistura de ozônio e oxigênio), nos seus diversos mecanismos de ação, representa um estímulo que contribui para a melhora de diversas doenças, uma vez que pode ajudar a recuperar de forma natural a capacidade funcional do organismo humano e

animal. Alguns setores de saúde adotam regularmente esta prática em seus protocolos de atendimento, como a odontologia, a neurologia e a oncologia, dentre outras.(BRASIL, 2018).

- A terapia de florais é uma prática complementar e não medicamentosa que, por meio dos vários sistemas de essências florais, modifica certos estados vibratórios auxiliando a equilibrar e harmonizar o indivíduo. O pioneiro das essências florais foi o médico inglês Edward Bach que, na década de 1930, inspirado nos trabalhos de Paracelso, Hahnemann e Steiner, adota a utilização terapêutica da energia essencial - energia sutil - de algumas flores silvestres que cresciam sem a interferência do ser humano, para o equilíbrio e harmonia da personalidade do indivíduo, reatando laços com a tradição alquímica de Paracelso e Hildegard Von Bingen, numa nova abordagem da saúde (BRASIL, 2018).

Há um contexto mundial favorável para as PICS, com a crise dos paradigmas de medicina até então vigentes, com seus altos valores, e apoio intensivo em tecnologias. Assim o uso das PICS encontra-se disseminado por todo o mundo, com milhares de praticantes em centenas de países (BRASIL, 2008).

Desde o lançamento da primeira estratégia da OMS sobre PICS 2002-2005, um progresso significativo e constante foi feito na implantação, gestão e regulação da desta prática na maioria das regiões do mundo (OMS, 2013).

Embora existam muitas questões sociais e econômicas envolvidas na implantação das PICS, o aumento mundial da prevalência de doenças crônicas tem se mostrado a razão mais urgente para se desenvolver e reforçar a colaboração entre a MO e as PICS (OMS, 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a relação entre o uso das PICS e o consumo de medicamentos por usuários idosos de um centro de referência da rede municipal do SUSem Recife.

3.2 Objetivos Específicos

Identificar o perfil sócio-demográfico e epidemiológico do idoso usuário de um centro de referência em PICS.

Caracterizar o perfil de utilização das PICS e uso de medicamentos por estes usuários.

Relacionar a utilização de PICS, com o uso de medicamentos pelos idosos, controlada pelo perfil sociodemográfico e epidemiológico.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, ou estudo seccional, ou de corte transversal ou de prevalência, segundo Pereira (2006). O “termo estudo seccional” dá uma ideia de seccionamento transversal, corte no fluxo histórico, evidenciando características daquele intervalo de tempo (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006). Nesse tipo de estudo epidemiológico, fator e efeito são observados no mesmo momento, o que produz um quadro instantâneo da situação de saúde de uma população, baseado no estado de saúde de cada um dos membros, produzindo indicadores globais de saúde para o grupo em análise. Almeida Filho e Rouquayrol (2006) definem esse tipo de estudo como sendo do tipo individuado-observacional-seccional. O baixo custo, a clareza e simplicidade de análise e o elevado potencial descritivo configuram as principais vantagens dessa estratégia de estudo. Além desses, podemos citar a possibilidade de auxílio no planejamento de ações para enfrentamento da problemática estudada e a rapidez da coleta de dados, que é realizada em um único momento (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006; PEREIRA, 2006).

4.2 Local do Estudo

As fontes de evidências, a saber os entrevistados, os prontuários e as PICS realizadas foram consultadas no Serviço Integrado de Saúde (SIS), localizado no município do Recife, Pernambuco.

O SIS é um serviço público vinculado à Secretaria de Saúde do Recife-PE, que funciona como Unidade de Referência em PICS. Foi fundado em 2013, em conformidade à portaria do Ministério da Saúde N° 971 de 2006, que regula e incentiva a implantação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde à rede do SUS e oferece tratamentos, assim como, realizam atividades voltadas para promover a socialização e manutenção da saúde de usuários de toda a rede do SUS. Recebe novos usuários diariamente, aos quais dedica um primeiro momento de acolhimento, realizado por cinco profissionais da área de saúde, que inclui um psicólogo, profissionais de educação física e nutricionistas. Na ocasião é feita a abertura de um prontuário com informações relativas aos aspectos

sociodemográficos, sobre sua saúde e os motivos que os levaram a procurar o serviço. Em seguida é elaborado um projeto terapêutico específico, sendo a partir de então encaminhados para as modalidades de PICS ofertadas na unidade.

4.3 População e Amostra

A população do estudo foi constituída por idosos usuários do SIS localizado no município de Recife. De acordo com as informações fornecidas pelo local, a população geral corresponde a cerca de 350 pessoas ativas, destes, aproximadamente 130 eram idosos.

Sendo desconhecida a prevalência do evento, optou-se por estabelecer como prevalência esperada o valor de 50%.

Na definição do tamanho da amostra, o erro máximo aceitável foi estimado em 5% e o nível de confiança de 95%. A fórmula de cálculo utilizada para definição do tamanho amostral foi:

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + (N - 1) \cdot d^2}$$

Onde:

n = Tamanho Amostral;

z = 1,96 = valor da curva normal relativa a confiabilidade 95,0%;

p = 0,10 = proporção esperada igual a 50%

d = 0,05 = erro de 5,0%;

N = tamanho populacional igual a 130 idosos

Assim, a amostra correspondeu a 100 idosos.

4.4 Critérios de Elegibilidade

Como critérios de inclusão os participantes apresentaram idade maior ou igual a 60 anos completos, eram usuários das PICS e demonstraram interesse em participar do estudo.

Foram excluídos do estudo, além dos usuários que não se enquadraram nos critérios citados anteriormente, aqueles que possuíam dificuldade de comunicação e/ou compreensão.

4.5 Elenco de variáveis

Variável Dependente

Redução do uso de medicamentos - Os medicamentos utilizados pelos idosos foram classificados em grupos, de acordo com a Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) (WHO, 2018).

Para a análise da variável dependente, os idosos foram entrevistados individualmente, no local de realização das PICS, através da aplicação de um formulário (APÊNDICE C) com perguntas objetivas sobre o uso de medicamentos. Por tratar-se de um aspecto metodológico que refere-se ao período recordatório, poderá conter viés de recordação.

Variáveis independentes

Para a análise das variáveis independentes, foram coletados dados dos prontuários dos usuários incluídos no estudo (APÊNDICE B), assim como, entrevistas individuais com aplicação de formulário, já citado anteriormente (APÊNDICE C).

A. Sociodemográficas

- Idade – A partir de 60 até 64 anos, a partir de 65 até 69 anos, a partir de 70 até 74 anos, a partir de 75 até 79 anos, acima de 80 anos.
- Sexo – Feminino, Masculino
- Religião – Categorizada em Católica, Evangélica, Espírita, Outras, sem religião/sem declaração.
- Ocupação – Do Lar/Desempregados/Informal, Aposentados, Pensionistas.

- Escolaridade – Categorizada em sem instrução, Fundamental incompleto, Fundamental completo, Médio completo, Superior.
- Renda Individual – Considerado o rendimento mensal individual adotando-se como referência o salário mínimo no valor de R\$937,00. Categorizou-se esta variável da seguinte forma: Menos de um salário mínimo, a partir de 1 a menos de 2 salários mínimos, a partir de 2 a menos de 4 salários mínimos, a partir de 4 a menos de 10 salários mínimos, Sem renda.
- Área de residência – Categorizada em Distrito Sanitário III, Distrito Sanitário IV, Distrito Sanitário V, Distrito Sanitário VI, Distrito Sanitário VII, outros Municípios da Região Metropolitana da Cidade do Recife.

B. Morbidades

As condições patológicas referidas pelos usuários foram reunidas em grandes grupos, de acordo com a Classificação Internacional das Doenças e Problemas de Saúde - 10 (CID-10).

C. Utilização do SIS pelos idosos

- Instâncias referenciadoras – Categorizada em pessoas do círculo de relacionamento do usuário (a), Unidades da rede básica do sistema municipal de saúde, unidades de média e alta complexidade do sistema municipal de saúde, profissionais de outros serviços de saúde, outras instâncias.
- Modalidades de PICS – Categorizada em Grupos de práticas, Terapias individuais e Programas terapêuticos.
- Tempo de utilização – Categorizada em usuários de PICS a menos de 6 meses, usuários de PICS entre 6 meses até 12 meses, usuários de PICS acima de 12 meses.
- Modalidade de PICS citadas pelo usuário como sendo a que produziu maior efeito positivo em seu estado de saúde – Categorizada em Flexibilidade, Acupuntura, Osteopatia, Consciência corporal, Autoconhecimento, Biodança, Autocura, Yoga, Saúde da coluna, Automassagem, Soloterapia, Dança circular, Terapia comunitária, Saúde do sono, Tai chi chuan, Lian Gong, Artesanato, Zumba.

- Frequência de comparecimento - Categorizada em 1 vez na semana, 2 vezes na semana, 3 vezes na semana, 4 vezes na semana, 5 vezes na semana, 1 vez no mês.

D. Utilização de medicamentos

Polifarmácia – Sim, não.

Medicamentos utilizados - Categorizados pela classificação da Anatomical Therapeutic Chemical (ATC).

Medicamentos usados e não receitados pelo medico – Categorizados pela classificação da Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)

4.6 Coleta de Dados

A abordagem inicial foi feita na sala de espera, uma vez obtida anuência do usuário em participar da pesquisa, a mesma foi realizada em um ambiente que o ofereceu privacidade.

Os dados que contemplaram os aspectos sociodemográficos (idade, sexo, religião, ocupação, escolaridade, renda e bairro de residência), epidemiológicos (quantidade e tipos de morbidades referidas, uso de medicamentos) e assistenciais USF de origem, solicitante do serviço, terapêutica praticada, (APÊNDICE B) foram coletados nos prontuários em outro momento, e transferidos para planilhas de transcrição.

Os idosos foram entrevistados individualmente, no local de realização das PICS, através da aplicação de um formulário (APÊNDICE C) com perguntas objetivas sobre o uso de medicamentos, a saber:

- Tipo de medicamentos em uso no momento da entrevista e antes de ter início a utilização das PICS;
- Uso de medicamentos não receitados por um prescritor;
- Motivos apresentados para as variações observadas no perfil de utilização de medicamentos (três opções para escolha);
- PICS que percebem como produzindo mais efeito positivo em sua saúde.

4.7 Processamento e Análise dos Dados

Os dados foram digitados com dupla entrada no software EPI-INFO versão 3.3.2. Os resultados das variáveis categóricas serão apresentados em forma de tabelas e/ou gráficos com suas respectivas frequências absolutas e relativas. Para verificar possíveis associações entre as variáveis categóricas utilizaremos o teste de Qui-Quadrado de Pearson, e quando necessário, o teste exato de Fisher.

Todas as análises foram realizadas no software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows, versão 13.0..

4.8 Considerações Éticas

O presente estudo fundamentou-se na Resolução CNS nº 466/2012, que versa sobre os aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012), buscando a forma de oferecer menor risco para os envolvidos e trazer maior benefício.

Em observação à resolução, os sujeitos que fizeram parte deste estudo foram previamente convidados a participar e informados sobre os objetivos do estudo, após o qual assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) declarando anuência em participar do estudo (APÊNDICE A).

Na redação do referido termo consta a garantia de sigilo das informações relacionadas à identidade pessoal e ainda a garantia de retirar-se do estudo a qualquer momento se assim julgar necessário. Destaca-se neste projeto o não conflito de interesses.

A coleta de dados foi realizada após a aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP), apresentando Número do Parecer: 2.224.150 (ANEXO A), além da emissão da carta de anuência autorizando a realização do estudo nas dependências do SIS pela própria unidade e pela Secretaria Executiva de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES)(ANEXO B).

5 RESULTADOS

5.1 Características Sociodemográficas

No que toca às variáveis sócio-demográficas (Tabela 1) os entrevistados do sexo feminino (86%) representaram cerca de 8 vezes mais o quantitativo da amostra em relação ao sexo masculino; a faixa etária predominante foi a de 65 a 69 anos, seguida da faixa de 60 a 64 anos, encontrando-se um resíduo de 5% de usuários acima de 80 anos. Aqueles que se dizem católicos representaram mais de 50% da amostra, embora os que se auto-declararam espíritas e protestantes tenham, em conjunto, alcançado um percentual correspondente a 40%.

Em relação ao número de filhos, a maior frequência é de usuários com 2 filhos os quais representam um terço da amostra. O conjunto de entrevistados com proles de até 4 filhos representam um percentual superior a 82%. No que diz respeito à ocupação, a maioria dos idosos que participaram da pesquisa era de aposentados, alcançando mais de 60% da amostra, seguidos pelos pensionistas, com um valor três vezes menor (Tabela 1).

A renda individual com maior representação foi de 1 a 2 salários mínimos (59%), seguida daquela de 2 a menos de 4 salários mínimos e dos sem renda, cada uma delas apresentando percentual equivalente a 17%. Quanto à escolaridade, sobressaiu o ensino fundamental incompleto (43%), sendo que as categorias ensino fundamental completo e ensino médio chegaram a 44%, quando somados. Nas extremidades da distribuição estão os que apresentaram nível superior completo e os que não possuem instrução, com 8 e 5% respectivamente (Tabela 1).

Os moradores do território correspondente ao distrito sanitário IV da cidade do Recife, onde se acha instalado o SIS, representaram 67% da amostra. Dos distritos V e III, territórios limítrofes com o distrito IV, acorreram 18%, estando 4% distribuídos entre os distritos sanitários VI e VII. Os demais entrevistados provinham de outros municípios da Região Metropolitana do Recife.

Tabela 1 – Distribuição dos idosos usuários do SIS/UFPE, segundo variáveis sociodemográficas - Recife/PE, Brasil, 2017.

(continua)

Variáveis	n	%
Idade		
60-64	26	26,0
65-69	34	34,0
70-74	19	19,0
75-79	16	16,0
>80	5	5,0
Sexo		
Masculino	14	14,0
Feminino	86	86,0
Religião		
Católica	54	54,0
Evangélica	19	19,0
Espírita	21	21,0
Outras	1	1,0
Sem religião/sem declaração	5	5,0
Ocupação		
Desempregados / Do lar / Informal	24	24,0
Aposentados	61	61,0

Pensionista	15	15,0
-------------	----	------

Escolaridade

Sem instrução	5	5,0
Fundamental incomplete	44	44,0
Fundamental complete	21	21,0
Médio complete	22	22,0
Superior	8	8,0

Renda Individual

Menos de 1 SM	1	1,0
De 1 a menos de 2 SM	59	59,0
2 a menos de 4 SM	17	17,0
2 a menos de 4 SM	6	6,0
Sem renda	17	17,0

Área de Residência

Distrito IV da Cidade de Recife	67	67,0
Distrito V da Cidade de Recife	18	18,0
Outros municípios da R. Metropolitana do Recife	7	7,0
Distrito III da Cidade de Recife	4	4,0
Distrito VI da Cidade de Recife	2	2,0
Distrito VII da Cidade de Recife	2	2,0

Fonte: Elaboração da autora/2017.

5.2 Morbidade informada

As condições patológicas referidas pelos usuários foram reunidas em grandes grupos, de acordo com a Classificação Internacional da Doenças e Problemas de Saúde - 10 (CID-10), o que pode ser visualizado com detalhes na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição da frequência de morbididades informadas pelos idosos usuários do SIS/UFPE, segundo os grandes grupos de doenças - Recife/PE, Brasil, 2017.

Grandes grupos de doenças (CID-10)	N	%
Aparelho circulatório	69	69,0
Osteomuscular e tecido conjuntivo	51	51,0
Endócrinas, nutricionais e metabólicas	44	44,0
Mentais e comportamentais	11	11,0
Olhos e anexos	7	7,0
Doenças do ouvido	6	6,0
Neoplasias	5	5,0
Aparelho digestivo	5	5,0
Aparelho genitourinário	2	2,0
Sistema nervosa	2	2,0
Aparelho respiratório	1	1,0
Causas externas de morbidade	1	1,0

Fonte: Elaboração da autora/2017.

As doenças do aparelho circulatório foram informadas por mais de 60% dos usuários sendo que destes, 97,1% corresponderam aos hipertensos. Quanto às doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, metade da amostra relatou

apresentar algum tipo de doença pertencente a este grupo, destacando-se a artrose, com representatividade de 64%, seguida de osteoporose (33%), artrite (17,6%) e hérnia de disco (9,8%) (Tabela 2).

No que diz respeito ao grande grupo das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, citadas por 44% da população estudada, 68,1% correspondeu aos portadores de diabetes e 40,9% dos participantes se queixaram de dislipidemia. As doenças mentais e comportamentais acumularam um quantitativo de 11%, sendo 81,8% destas representadas pela depressão.

As doenças dos olhos e anexos apresentaram uma frequência de 7%, sendo 57,1% destas representadas pelo glaucoma. Verificou-se também a existência de doenças do ouvido e apófise mastóide, com um quantitativo de 6% da amostra, representadas em sua totalidade pela labirintite.

No grupo das neoplasias o câncer de mama representou a doença mais citada, com 40% enquanto a gastrite correspondeu a 60% das doenças do aparelho digestivo. Cada um desses grupos foi citado por 5% dos usuários.

Por fim, as enfermidades relacionadas aos aparelhos respiratório e genitourinário, ao sistema nervoso e as causas externas de morbidades e mortalidades, representaram em conjunto 6% dos usuários.

5.3 Utilização do SIS pelos idosos

Como pode ser visto na Tabela 3, no que diz respeito às instâncias que recomendaram aos usuários o SIS ou os encaminharam formalmente para ele, as pessoas do círculo de relacionamento responderam pelo maior número das indicações. Em segundo lugar, com um quantitativo três vezes menor de citações, vem a rede básica seguida das unidades de média e de alta complexidade do sistema público de atenção à saúde.

Tabela 3 – Distribuição dos idosos usuários do SIS/UFPE, segundo o tipo de instância referenciadora - Recife/PE, Brasil, 2017

Instâncias referenciadoras	n	%
Pessoas do círculo de relacionamento do usuário	52	52,0
Unidades da rede básica do sistema municipal de saúde	17	17,0
Unidades de média e alta complexidade do sistema municipal de saúde	14	14,0
Profissionais de outros serviços de saúde	10	10,0
Outras instâncias	7	7,0

Fonte: Elaboração da autora/2017.

Quanto ao uso das PICS a Tabela 4 apresenta os tipos de práticas e as respectivas modalidades abrangidas, bem como as frequências com que os usuários utilizavam cada um dos tipos. Destaca-se, em primeiro lugar, os grupos de práticas, com mais de 60% das citações, seguido dos que realizavam terapia individual, com menos da metade de frequentadores. Vinham, por fim, os participantes que integravam os grupos terapêuticos.

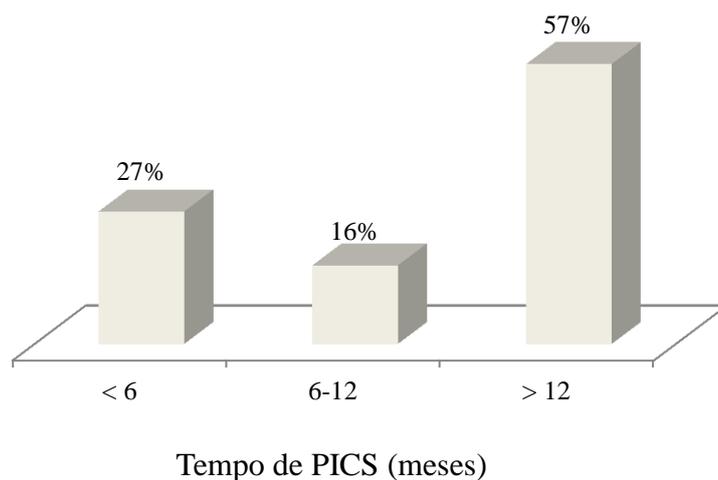
Tabela 4 - Modalidades de PICS realizadas pelos usuários no SIS/UFPE, em Recife/PE, Brasil, 2017.

Tipos de PICS	Modalidades	N	%
Grupos de práticas	Artesanato	94	61,8
	Autoconhecimento		
	Automassagem		
	Aromaterapia, ,		
	Biodança		
	Bioenergética		
	Constelação familiar		
	Dança circular		
	Flexibilidade		
	Lian-Gong		
	Meditação		
	Movimento e autocura		
	Postura e consciência corporal		
	Reabilitação		
	Soloterapia		
	Tai-Chi-Chuan		
	Terapia comunitária		
	Yoga		
	Terapias Individuais		
Auriculoacupuntura			
Osteopatia			
Programas terapêuticos	Saúde da coluna	15	9,8
	Saúde do sono		

Fonte:Elaboração da autora/2017.

No Gráfico 1, é possível perceber que, em relação ao tempo de contato com as PICS, mais de 50% dos usuários as utilizam no SIS há mais de 12 meses os quais somados aos que frequentam o SIS entre 6 e 12 meses representam 73% da amostra.

Gráfico 1 – Distribuição do tempo de utilização das PICS pelos idosos usuários do SIS/ UFPE - Recife/PE, Brasil, 2017.



Fonte: Elaboração da autora/2017.

No que diz respeito modalidades de PICS que os usuários consideraram ter maior efeito em sua saúde, a Tabela 5 demonstra que a flexibilidade, biodança, acupuntura e consciência corporal são as quatro mais referidas, alcançando juntas o percentual de 60% das citações. Numa faixa intermediária de frequências que vão de 5 a 7% vêm yoga, osteopatia, autocura e dança circular. Seguem-se tai chi chuan, soloterapia, saúde do sono e automassagem, com frequências de citações entre 2 e 4%. As demais modalidades não foram referenciadas por mais de 1% dos participantes da pesquisa.

Tabela 5– Distribuição da frequência das modalidades de PICS, citadas pelos idosos usuários do SIS/UFPE, como sendo as que produziam melhor efeito em seu estado de saúde –Recife/PE, Brasil, 2017.

(continua)

Modalidades	N	%
Flexibilidade	17	17,0

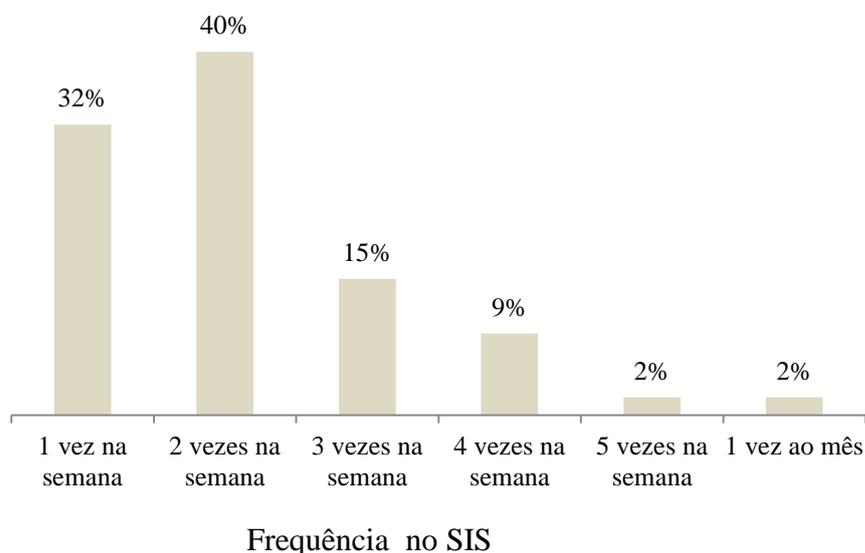
Acupuntura	16	16,0
Osteopatia	6	6,0
Consciência corporal	10	10,0
Autoconhecimento	1	1,0
Biodança	17	17,0
Autocura	5	5,0
Yoga	7	7,0
Saúde da coluna	1	1,0
Automassagem	4	4,0
Soloterapia	2	2,0
Dança circular	5	5,0
Terapia comunitária	1	1,0
Saúde do sono	3	3,0
Tai chi chuan	2	2,0
Lian Gong	1	1,0
Artesanato	1	1,0
Zumba	1	1,0

Fonte: Elaboração da autora/2017.

Quanto à frequência semanal dos participantes da pesquisa ao SIS, é possível verificar que a maioria deles utilizam o SIS 1 ou 2 vezes na semana, 32% apresentam uma frequência de 1 vez semanal, seguindo-se em percentuais decrescentes os que comparecem 3, 4 e 5 vezes. Dois por cento da amostra, representa o quantitativo de idosos que freqüentam o SIS apenas uma vez ao mês,

estes realizam a modalidade de acupuntura, e relataram que devido a demanda grande para oferta desta prática, só conseguem ser assistidos a cada mês 1 vez.

Gráfico 2 – Distribuição dos idosos usuários do SIS/UFPE, segundo a frequência de comparecimento ao SIS –Recife/PE, Brasil, 2017.



Fonte: Elaborado pela própria autora/2017.

5.4 Utilização de medicamentos

Os medicamentos utilizados pelos idosos (Tabela 6) foram classificados em grupos, de acordo com a Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) (WHO, 2018). Os que atuam sobre o sistema cardiovascular são os mais utilizados entre os usuários, apresentando uma frequência de citação superior a 60%, sendo a hidroclorotiazida a medicação mais freqüente deste grupo (33%). Os medicamentos que atuam sobre o aparelho digestivo e metabolismo, aparecem em segundo lugar com 43% de uso entre a população estudada. Dentre eles, o cloridrato de metformina é o medicamento mais utilizado, com 58% de citações.

O grupo de medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso é citado por mais de 40% da população estudada. O clonazepam, usado entre outras indicações, no tratamento da epilepsia, correspondeu a 52% das citações enquanto os analgésicos, representados em sua maioria pelo metamizol (dipirona), corresponderam a 38%.

Na sequência, importando porém em menos da metade das citações vêm os nutrientes gerais, que fazem parte do grupo *vários*, de acordo com a ATC e com percentuais ainda menores os medicamentos que atuam sobre o sistema músculo-esquelético. Neste grupo, o alendronato de sódio aparece como a medicação mais utilizada.

Com 8 e 9% de citações vêm, respectivamente, os medicamentos que atuam sobre o sangue e órgãos hematopoiéticos, representados em 100% dos casos pelo ácido acetilsalicílico e as chamados preparações hormonais sistêmicas, sendo a levotiroxina sódica a medicação mais referida do grupo.

Em seguida, com frequências de 1 ou 2%, vêm os grupos de medicamentos formados pelas preparações oftalmológicas, pelos que atuam sobre os aparelhos respiratório e genito-urinário, aqueles utilizados no manejo das neoplasias e os fitoterápicos.

Tabela 6 – Distribuição das referências de utilização de medicamentos feitas pelos idosos no momento da aplicação do questionário, segundo os grupos da ATC(*)- SIS/UFPE,- Recife/PE, Brasil, 2017.

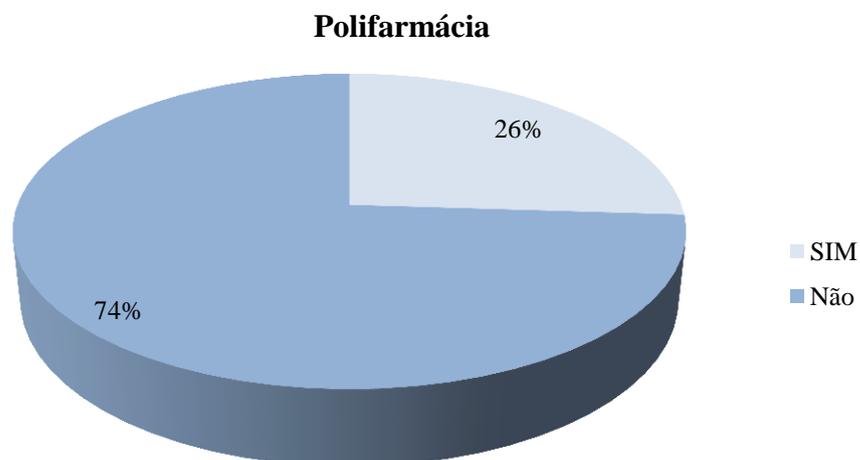
Grupos de medicamentos (*)	N	%
Medicamentos que atuam sobre o Sistema Cardiovascular	69	69,0
Medicamentos que atuam sobre Sistema Digestivo	43	43,0
Medicamentos que atuam sobre o Sistema Nervoso	42	42,0
Nutrientes	20	20,0
Medicamentos que atuam sobre o Sistema Músculo-esquelético	13	13,0
Preparações hormonais sistêmicas	9	9,0
Medicamentos que atuam sobre o Sangue	8	8,0
Medicamentos que atuam sobre o Aparelho Respiratório	2	2,0
Medicamentos que atuam no Aparelho Gênitó-urinário	2	2,0
Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	1	1,0
Fitoterápicos	1	1,0

Fonte: Elaboração da autora/2017.

(*) Classificação da Anatomical Therapeutic Chemical (ATC).

No que diz respeito ao uso da polifarmácia, o Gráfico 3 aponta o seu uso por 26% dos idosos que preencheram o critério de inclusão para este grupo.

Gráfico 3 – Proporção do uso de polifarmácia pelos idosos usuários do SIS/UFPE - Recife/PE, Brasil, 2017.



Fonte: Elaboração da autora/2017.

Quanto ao uso de medicações não prescritas pelo médico, metade da amostra participante do estudo relatou fazer uso deste expediente conhecido como automedicação. Destes, 36% se utiliza de medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso (Tabela 7), grupo quase que totalmente representado pelos analgésicos. Segue-se com percentuais bem inferiores os que se automedicam com drogas que atuam sobre o sistema músculo-esquelético. A partir de então as frequências variam de 1 a 5% das citações incluindo drogas que atuam nos sistemas cardiovascular e digestivo, além de preparações hormonais sistêmicas.

Tabela 7- Distribuição da frequência de uso de medicamentos não prescritos pelo médico, por idosos usuários do SIS/UFPE, segundo os grupos de medicamentos da ATC (*) - Recife/PE, Brasil, 2017.

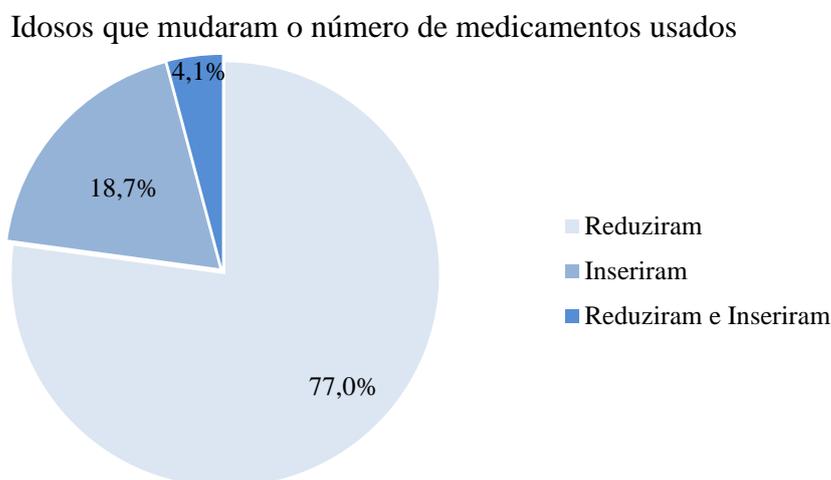
Grupos de medicamentos	n	%
Medicamentos que atuam sobre o Sistema Nervoso	36	72,0
Medicamentos que atuam sobre o Sistema Músculo-esquelético	15	30,0
Nutrientes	5	10,0
Fitoterápicos	3	6,0
Medicamentos que atuam sobre o Sistema Cardiovascular	2	4,0
Preparações hormonais sistêmicas	1	2,0
Medicamentos que atuam sobre Sistema Digestivo	1	2,0

Fonte: Elaboração da autora/2017.

(*) Classificação da AnatomicalTherapeuticChemical (ATC).

Foi ainda verificado que 48 idosos informaram mudança do número de medicamentos utilizados, após o início de suas atividades no SIS. Destes, mais de 70% reduziram o uso (Gráfico 4). Outros 4% fizeram redução de uso de algum tipo de medicamento no período compreendido entre o início de tratamento no SIS e o momento da aplicação do questionário proposto pelo presente estudo, ao mesmo tempo em que inseriram outros. Os demais procederam, neste intervalo, ao acréscimo dos tipos de medicamentos que já utilizavam.

Gráfico 4 – Distribuição dos idosos usuários do SUS/UFPE que informaram mudança no número de medicamentos usados, após o início das atividades no SIS - UFPE, Recife/PE, Brasil, 2017.



Fonte: Elaboração da autora/2017.

Na tabela 8 é possível observar que os medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso central encabeçam a lista com mais de 1/4 do total de citações (29,1% reduziram o uso; 4,1% inseriram o uso), das quais 62,5% se referem a analgésicos. 18% modificaram em relação ao uso dos que atuam sobre o sistema músculo-esquelético (16,6% reduziram o uso; 1,3% inseriram o uso), 15,2% em relação as medicações que atuam sobre o sistema cardiovascular (apenas reduziram o uso de medicamentos), 9,7% mudaram quanto ao uso de medicações que atuam sobre o sistema digestivo (apenas reduziram o uso de medicamentos), 8,3% em relação aos nutrientes (5,5% reduziram o uso; 2,7% inseriram o uso), 5,55% apresentaram mudança no uso de preparações hormonais sistêmicas (2,7% reduziram o uso; 2,7% inseriram o uso), e as medicações que atuam sobre o aparelho genito-urinário, respiratório, atuam sobre o sangue, fitoterápicos e aqueles em que o usuário não souberam informar o nome, somam 7% dos casos de mudança no número de medicações (apenas reduziram o uso).

Tabela 8 – Distribuição das citações feitas pelos idosos usuários do SIS/UFPE, acerca de mudanças no número de tipos de medicações utilizadas, após darem início às PICs, segundo a classificação da ATC(*) - Recife/PE, Brasil, 2017.

Grupos de medicamentos	N	%
Reduziram		
Medicamentos que atuam sobre o Sistema Nervoso Central	21	29,1
Medicamentos que atuam sobre Sistema Músculo-esquelético	12	16,6
Medicamentos que atuam sobre o Sistema Cardiovascular	11	15,2
Medicamentos que atuam sobre Sistema Digestivo	7	9,7
Nutrientes	4	5,5
Preparações hormonais sistêmicas	2	2,7
Fitoterápicos	2	2,7
Medicamentos que atuam sobre o Sangue	2	2,7
Medicamentos que atuam sobre Sistema Respiratório	1	1,3
Medicamentos que atuam no Aparelho Gênilo-urinário	1	1,3
Medicamentos não identificados	1	1,3
Inseriram		
Medicamentos que atuam sobre o Sistema Nervoso Central	3	4,1
Nutrientes	2	2,7
Preparações hormonais sistêmicas	2	2,7

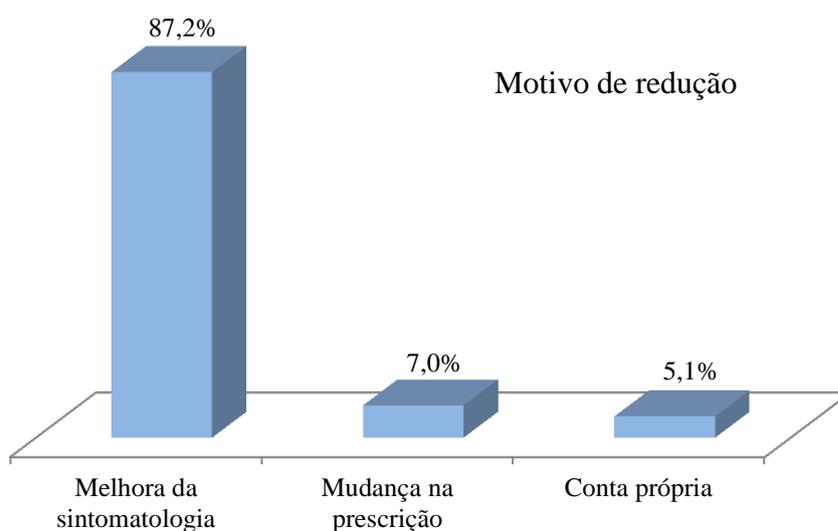
Medicamentos que atuam sobre Sistema Músculo-esquelético	1	1,3
--	---	-----

Fonte: Elaboração da autora/2017.

(*)AnatomicalTherapeuticChemical (ATC)

Dos usuários que fizeram redução do número de medicamentos usados antes de iniciar o tratamento no SIS (Gráfico 5), 95% o fez mediante orientação médica, fosse por melhora da sintomatologia ou pela mudança na prescrição com substituição do medicamento por um outro. O percentual dos que reduziram o número de medicamentos por conta própria totalizou 5,0%.

Gráfico 5 – Distribuição do motivo de redução quanto ao uso contínuo de medicamentos, por idosos SIS/UFPE, Recife/PE, Brasil, 2017.



Fonte: Elaboração da autora/2017.

5.5 Testes de associação

Com o objetivo de verificar a existência de associação entre a variável dependente *redução do uso de medicamentos*, com as variáveis independentes, relacionadas às características sociodemográficas, à morbidade informada e ao perfil de utilização das PICs, foram aplicados os testes do Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher, sendo os resultados apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 - Resultados dos testes de associação das características sociodemográficas, morbidades informadas e perfil de utilização das PICs, com a redução do número de medicamentos utilizados por idosos usuários do SIS/ UFPE, após início do tratamento na Unidade - Recife/PE, Brasil, 2017.

Variáveis	Reduziu		p-valor
	Sim	Não	
	n (%)	n (%)	
Idade			
60-64	15 (57,7)	11 (42,3)	0,079 *
65-69	13 (38,2)	21 (61,8)	
70-74	7 (36,8)	12 (63,2)	
75-79	4 (25,0)	12 (75,0)	
>80	0 (0,0)	5 (100,0)	
Sexo			
Masculino	2 (14,3)	12 (85,7)	0,041 *
Feminino	37 (43,0)	49 (57,0)	
Morbidades			
Osteomuscular e tecido conjuntivo	17 (33,3)	34 (66,7)	0,236 *
Aparelho circulatório	24 (34,8)	45 (65,2)	0,197 *
Hipertensão Arterial Sistêmica	23 (34,3)	44 (65,7)	0,172 *
Endócrinas, nutricionais e metabólicas	19 (43,2)	25 (56,8)	0,447 *
Diabetes Mellitus	13 (43,3)	17 (56,7)	0,561 *

Mentais e comportamentais	8 (40,0)	3 (60,0)	1,000 **
PICS tipos			
Grupos de prática	36 (38,3)	58 (61,7)	0,676 **
Terapias individuais	17 (39,5)	26 (60,5)	0,924 *
Programas terapêuticos	4 (26,7)	11(73,3)	0,288 *
Tempo de prática (meses)			
< 6	11 (40,7)	16 (59,3)	0,974 *
6 – 12	6 (37,5)	10 (62,5)	
> 12	22 (38,6)	35 (61,4)	
Mudança no número de medicamentos			
Sim	39 (81,3)	9 (18,8)	< 0,001 *
Não	0 (0,0)	52 (100,0)	
Grupos de medicamentos em que houve mudança			
Medicamentos que atuam sobre o SNC	8 (88,9)	1 (11,1)	0,002 **
Analgésicos	13 (86,7)	2 (13,3)	< 0,001 *
Medicamentos que atuam sobre o sistema músculo-esquelético	12 (92,3)	1 (7,7)	< 0,001 *
Medicamentos que atuam sobre o SCV	11 (100,0)	0 (0,0)	< 0,001 **
Nutrientes	4 (66,7)	2 (33,3)	0,205 **

Fitoterápicos	2 (100,0)	0 (0,0)	0,150 **
Preparações hormonais sistêmicas	2 (50,0)	2 (50,0)	0,642 **
Medicamentos que atuam sobre o sangue	2 (100,0)	0 (0,0)	0,150 **
Medicamentos que atuam sobre Sistema Respiratório	1 (100,0)	0 (0,0)	0,390 *
Medicamentos que atuam no Aparelho Gênito-urinário	1 (100,0)	0 (0,0)	0,390 *
Medicamentos não identificados	1 (100,0)	0 (0,0)	0,390 *

Prática considerada de maior efeito positivo na saúde

Grupos de prática	30 (41,1)	43 (58,9)	0,480 *
Terapias individuais	7 (31,8)	15 (68,2)	0,434 *
Programas terapêuticos	2 (40,0)	3 (60,0)	1,000 **

Frequência ao SIS (dias no mês)

1 vez na semana	14 (43,8)	18 (56,3)	0,846 **
2 vezes na semana	14 (35,0)	26 (65,0)	
3 vezes na semana	7 (46,7)	8 (53,3)	
4 vezes na semana	3 (33,3)	6 (66,7)	
5 vezes na semana	1 (50,0)	1 (50,0)	
1 vez ao mês	0 (0,0)	2 (100,0)	

Fonte:Elaboração da autora/2017

(*) Teste Qui-Quadrado

(**) Teste Exato de Fisher

¹ Os analgésicos, que são medicamentos que fazem parte do grande grupo Sistema Nervoso, apresentam valor quantitativo expressivo neste trabalho, por esta razão, foi realizada análise bivariada separada destes.

É possível observar que há associação estatística entre a variável *redução do uso de medicamentos*, com as variáveis *sexo*, *mudança no número de medicamentos em geral*, *mudança no número de medicamentos que atuam especificamente sobre o sistema cardiovascular*, *sistema nervoso*, *sistema digestivo*, *aparelho locomotor e analgésicos*.

As demais variáveis como, *idade*, *grupos de morbidades informadas*, *tipos de práticas aplicadas*, *grupo de práticas referidas como produzindo melhor efeito no estado de saúde do indivíduo* e *frequência semanal ao SIS*, não apresentaram resultados estatisticamente significativos.

6 DISCUSSÃO

Os achados dessa pesquisa confirmam as características dos resultados encontrados, em outros estudos sobre o processo de feminização da velhice. Segundo Nicodemo e Godoi (2010), as mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo e as estimativas são de que vivam, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens. Além disso, procuram mais os serviços de saúde, realizando tratamentos e investindo em prevenção e autocuidado. De acordo com os dados recenseados do Brasil, o contingente feminino de mais de 60 anos de idade passou de 2,2% da população total, em 1940, para 4,7% em 2000 e 6% em 2010. Um outro estudo, realizado no Distrito Sanitário IV da cidade do Recife, onde se acha localizado o SIS e onde reside a maior parte da população deste estudo, também identificou maioria feminina em seus resultados (IBGE, 2010; SILVEIRA et al, 2013; NEVES et al, 2013).

Numericamente falando podemos observar que o sexo masculino, representado apenas por 14% da amostra deste trabalho, coincide com os achados de trabalhos nos quais a presença dos homens nos serviços de atenção primária a saúde, é menor do que a das mulheres, embora as taxas referentes aos homens assumam um peso significativo nos perfis de morbimortalidade (FIGUEIREDO, 2005;

PINHEIRO, 2002). Segundo Gomes, Nascimento, Araújo (2007), o imaginário de ser homem, pode aprisionar o masculino em amarras culturais, dificultando a adoção de práticas de autocuidado. Desta forma, em sua concepção, isto o tornaria um homem mais próximo do universo feminino, o que implicaria possivelmente desconfianças acerca dessa masculinidade socialmente instituída.

Outras questões também reforçam a ausência dos homens aos serviços de saúde, como o medo da descoberta de uma doença grave; ou ainda o fato dos serviços de atenção básica serem considerados pouco aptos para absorver a demanda apresentada pela população masculina adulta. Isto porque sua organização não estimularia o acesso deste segmento para o qual as campanhas de saúde pública não colocam ênfase (GOMES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2007). Além disso, o SIS não atende especialidades que historicamente têm levado os homens a procurar atendimento médico. Este é o caso da urologia, para onde drenam problemas como a disfunção erétil, as doenças sexualmente transmissíveis e as enfermidades da próstata (DANTAS, 2012).

Ainda que voltada primordialmente para a população masculina de 25 a 59 anos, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) instituída no âmbito do SUS, em 2009, através da portaria de número 1.944, deve no longo prazo mudar esta realidade. Isto porque considera a necessidade de organizar uma rede de atenção a saúde capaz de garantir uma linha de cuidados integrais voltada a este contingente populacional o que deverá influir positivamente no fortalecimento do autocuidado e na efetivação de medidas de promoção e prevenção por parte das futuras gerações de idosos (BRASIL, 2009).

Quanto à distribuição etária e às preferências religiosas, os resultados do presente estudo se assemelham aos encontrados em outros trabalhos realizados com idosos no Brasil, nos quais a maioria se concentra entre 65 e 69 anos e se declaram católicos (PILGER, MENON, MATIAS, 2011; CARDOSO, FERREIRA, 2009; GUTZ, CAMARGO, 2013).

Por outro lado, no que diz respeito ao número de filhos por idoso, foi identificada a predominância, nesta pesquisa, das proles de dois filhos, o que não se acha de todo contrário ao que revelam os dados do IBGE (2010). Segundo aquela fonte, a média do número de filhos no Brasil até 1960 era superior a 6 por mulher. A

queda da fecundidade começou mostrando uma pequena tendência de queda na segunda metade dos anos de 1960, a qual se acelerou nas décadas de 1970 e 1980, período em que a maior parte dos idosos participantes do estudo se achava em idade reprodutiva. A queda na fecundidade desacelerou ligeiramente nas duas décadas seguintes. Em 2005 a fecundidade das mulheres brasileiras chegou ao nível de reposição (2,1 filhos por mulher) e continuou caindo até atingir a taxa de 1,86 filhos por mulher em 2010.

Quanto à ocupação, a maioria dos entrevistados informou estar em gozo de aposentadoria ou pensão, confirmando os achados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2015 (IBGE, 2016), segundo a qual 75,6% das pessoas de 60 anos ou mais eram aposentadas e pensionistas e que 69,0% do rendimento das pessoas nesta mesma faixa etária era proveniente desta fonte. Além da dedução natural de que idosos de baixa renda encontram na rede pública a opção primeira para obter cuidados à saúde, em uma unidade com o perfil de oferta de serviços do SIS esta procura pode estar relacionada com a necessidade de compensação das perdas na convivialidade acarretadas pelo próprio afastamento do idoso em relação ao mundo do trabalho. Bressan et al.(2012) dirão que o trabalho ocupa lugar de destaque na sociabilidade das pessoas, de modo que quando ocorre a aposentadoria ocorre com frequência a interrupção de referências pessoais importantes. O acolhimento e a integração em grupos, características comuns da maioria das modalidades de PICs, ensejariam uma aproximação vista como benéfica por esses indivíduos.

No tocante ao ingresso financeiro, os achados desta pesquisa, mostraram que a maioria dos idosos possuíam renda mensal individual de 1 a menos de dois salários mínimos. Dados semelhantes foram encontrados por um estudo realizado em idosos no mesmo distrito sanitário em que se encontra o SIS (NEVES et al, 2013).

Do ponto de vista da escolaridade, predominou o ensino fundamental incompleto entre os entrevistados desta pesquisa, que somados com o percentual de idosos sem instrução representou 48% da amostra, Essa realidade aponta para a precária escolaridade na população idosa para as iniciativas dirigidas à alfabetização e educação continuada de adultos e idosos, dado o impacto que acarretam na vida social e econômica bem como na busca por serviços de

saúde(INOUE, PEDRAZZANI, 2007). Dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) revelam que 9,4% das pessoas entre 60 e 64 anos são analfabetas no Brasil e, para as pessoas de 65 anos ou mais, esse percentual aumenta para 29,4%PNAD, 2010(PILGER, MENON, MATHIAS, 2011).

A maior frequência de usuários moradores em bairros situados na área do distrito sanitário IV ou em distritos limítrofes vai de encontro à concepção e organização das Redes de Atenção à Saúde, cuja distribuição geográfica das unidades são destinadas a facilitar o acesso do grupo populacional ao qual deve servir e que mora ou trabalha em sua área abrangência. O distrito sanitário, em princípio, é estruturado de modo a atender as necessidades de uma população com determinadas características epidemiológicas, sociais e necessidades de atenção (WALDMAN; ROSA, 1998). A frequência de usuários de moradores de áreas mais distantes está relacionada ao fato de que a oferta de PICs na Região Metropolitana do Recife ainda se mostra bastante reduzida de modo que a possibilidade de instituição de um sistema rígido de referência ainda não se vislumbra.

A respeito das morbidades informadas, as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo, apareceram em mais da metade dos usuários, resultados parecidos foram encontrados em outros estudos, como o de Reis e Torres, 2010, onde 81,7% dos idosos apresentaram esse tipo de doença crônica. Do mesmo modo, a predominância da artrose como a comorbidade mais comum encontrada neste grupo, coincide com o trabalho de Souza, Scochi, Maraschin (2011).

Ainda segundo aqueles autores, os idosos constituem um grupo populacional de risco para as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, o que os leva a merecer abordagem especial dos programas de controle destas morbidades, os quais devem considerar as peculiaridades desta faixa etária (SOUZA, SCOCHI, MARASCHIN, 2011).

O grande grupo representado pelas doenças dos olhos e anexos, representam 7% da amostra, o que difere de resultados encontrados em outros estudos, como o de Bravo Filho, 2012, onde foi encontrada uma prevalência de 37% de déficit visual em 580 idosos pernambucanos. A subestimação da prevalência encontrada neste estudo, pode se dar, pelo fato de trabalharmos com a perspectiva

de morbidades referidas pelos idosos, e não por meio de submissão de exame oftalmológico completo, procedimento utilizado pelos autores citados.

Existem aproximadamente 135 milhões de deficientes visuais no mundo, sendo que 45 milhões são classificados como cegos. O impacto da perda da capacidade visual acarreta consequências adversas em nível individual e coletivo, dando origem a problemas psicológicos, sociais, econômicos, pois implica em perda de auto-estima, de status, em restrições ocupacionais e em consequente diminuição de renda. Para a sociedade, representa um importante encargo oneroso e perda de força de trabalho. O déficit visual leva a diminuição na qualidade de vida dos idosos estando associado à maiores taxas de suicídio nessa população. É fundamental detectar a condição visual da população idosa, avaliando-se o quanto sua qualidade de vida está prejudicada em virtude do déficit visual (BRAVO FILHO, 2012).

Destaca-se que a demanda crescente das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, bem como doenças do olho e anexos permanecem invisíveis para a saúde pública por não estar entre as principais causas de morte e internação (SOUZA, SCOCHI, MARASCHIN, 2011).

O alto percentual de idosos com doenças do aparelho circulatório encontrados na pesquisa, com a hipertensão arterial sistêmica sendo a principal representante do grupo, coincide com achados de outros estudos (BRAVO FILHO, 2012). Um estudo realizado entre 2006 à 2010, com dados coletados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), na população idosa de todas as regiões geográficas do Brasil, verificou a prevalência de HAS acima de 55% da amostra, valor superior ao encontrado nos países de alta renda, como por exemplo na Europa, nos Estados Unidos e no Canadá onde, os números de HAS na população idosa está entre 30% e 35%. Em países como a Nigéria e a China, a prevalência é de 66,7% e 56,5%, respectivamente, demonstrando que países em desenvolvimento apresentam prevalências de HAS bem mais elevadas do que as dos países de alta renda (MENDES, MORAES, GOMES, 2014).

A frequência das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas neste estudo, citadas por 44% da amostra, diverge de um outro estudo realizado em um serviço público de saúde, com 220 idosos, que também tiveram suas morbidades

auto-referidas, o percentual de ocorrência neste estudo foi de 12,6% (SERBIM, GONÇALVES, PASKULIN, 2013).

Este grupo de doenças, apresentaram, segundo Oliveira, Medeiro e Lima (2015), importância como causa de mortalidade, com percentual de aproximadamente 10%, sendo o diabetes *mellitus* como aquela que detém a maior carga de óbitos, apresentando tendência de crescimento exponencial de sua prevalência com a transição nutricional e adquirindo proporções epidêmicas em vários países (OLIVEIRA; MEDEIRO E LIMA, 2015). No que diz respeito a esta pesquisa, o diabetes *mellitus* apresentou 68% de prevalência dentro deste grupo e 30% de prevalência na população total estudada.

As morbidades de menor prevalência, como as doenças que atingem o sistema nervoso, aparelho digestivo e aparelho genitourinário, apresentaram frequências semelhantes às encontradas pelo estudo já citado de Serbim, Gonçalves e Paskulin (2013). Entretanto as neoplasias, e doenças do aparelho respiratório, apresentaram valores inferiores aos encontrados por aqueles autores, o que pode ser justificado pelo fato de que as morbidades autorreferidas foram coletadas por eles em uma unidade de alta complexidade. As doenças mentais e comportamentais, apresentaram valores de prevalência maior nesta pesquisa em relação a pesquisa citada, o que nos leva a refletir sobre a importante demanda de usuários que o SIS recebe, encaminhados pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Sobre às doenças que acometem o ouvido e a apófise mastóide é importante assinalar que as alterações de origem vestibular, aparecem como uma das mais prevalentes nos idosos. A literatura vem mostrando que até os 65 anos a tontura é o segundo maior sintoma prevalente no mundo, perdendo apenas para a cefaléia e após os 75 anos já se torna o sintoma mais prevalente em cerca de 80% das pessoas. Os resultados encontrados nesta pesquisa, foram bastante inferiores aos achados mundiais, podendo ser justificado pelo fato de trabalharmos com a perspectiva de morbidades referidas pelos idosos, e não por meio de uma avaliação otoneurológica, sendo a ocorrência de alterações auditivas e vestibulares na população geriátrica tão comuns (SOARES et al, 2014; ZANARDINI et al, 2007).

No que diz respeito a utilização do SIS pelos idosos, o elevado percentual de usuários direcionados para a unidade mediante indicações de pessoas do seu

círculo de relacionamento se assemelha aos achados de Sousa (2013), onde o acesso dos usuários de uma outra unidade de mesma finalidade, situada na cidade do Recife, se dava por dois caminhos: referido ou espontâneo. Os encaminhamentos eram igualmente realizados a partir da indicação de um amigo, vizinho, parente, propaganda nos meios de comunicação e até mesmo por serviços de saúde privados ou por profissionais das unidades de saúde da família e de policlínicas. Fica portanto evidente que não há um sistema de referência e contra-referência formalmente estabelecido, havendo um fluxo misto quanto à origem geográfica dos usuários, ao nível de atenção das unidades de saúde referenciadoras e à vinculação pública ou privada das mesmas. A predominância de um fluxo que procura o SIS mediante demanda espontânea, firma ainda mais a idéia de um modelo de atendimento que não se enquadra nos esquemas organizacionais que articulam as unidades integrantes de uma rede de atenção integral à saúde (MENDES, 2010). Ao mesmo tempo é possível verificar que o seu funcionamento é conhecido e reconhecido pelos prestadores de serviços de saúde públicos e privados e pela população (SOUSA, 2013).

Quando falamos sobre o tempo de exposição ao tratamento por meio das PICS, podemos observar que a maioria dos participantes da pesquisa frequentam o SIS há mais de 12 meses, este fato pode ser justificado, por relatos de falas dos próprios usuários, em um outro estudo realizado no mesmo local, onde descrevem benefícios a diferentes esferas da vida por meio das vivências das práticas, das convivências partilhadas e estabelecidas, assim como as impressões que as PICS deixam no ser. A busca por novas atividades pode estar relacionada a vários motivos que podem ir desde a busca do bem estar físico até a manutenção das relações sociais estabelecidas com os colegas e com os profissionais. O tempo, por meio da continuidade de vivência das práticas, os tornam mais autônomos e independentes, o que reflete nessa procura por novas práticas com vistas à perpetuação do sentimento de bem-estar subjetivo (ALBUQUERQUE, 2018).

Sobre a escolha, pelos idosos, Biodança e Flexibilidade - esta última ainda não constante da relação de procedimentos credenciados pela PNPIC (BRASIL, 2017) - como as terapias de maior efeito positivo sobre seu estado de saúde, as considerações de Sousa (2012) merecem ser ponderadas. Para a autora, o Brasil difere de outros países na oferta de PICS, porque aqui, predominam as práticas

corporais. Em outros países, como China, Índia, Indonésia, Madagascar e Mongólia, as PICS concentram-se nos níveis primários de atenção e incluem majoritariamente o uso de plantas medicinais, acupuntura e homeopatia. Os resultados apresentados no presente estudo fortalecem essa afirmação, já que juntas essas duas modalidades corporais somam um percentual de 34% de efetividade quanto ao “sentir-se mais saudável”. Deve ser dito, no entanto, que a maior frequência do uso dos grupos de práticas em relação às terapias individuais e aos programas terapêuticos, pode estar ainda relacionada à maior oferta dessas modalidades pelo SIS.

No que diz respeito ao uso de medicamentos por idosos, foi possível observar neste estudo que os grupos de medicações utilizadas pelos idosos antes de iniciar o uso de PICS corrobora estudos realizados anteriormente com a população do distrito sanitário IV por Neves et al. (2013), de outras regiões do Brasil (RIBEIRO et al, 2008; SILVA et al, 2012) e de outros países (STEINMAN et al, 2006; WAWRUCH et al, 2008). Nesses trabalhos, foi possível observar, a exemplo do que aconteceu na presente pesquisa, que os medicamentos que atuam sobre o Sistema Cardiovascular, Sistema Nervoso Central e Sistema Digestivo e Metabolismo eram os mais utilizados pela grande maioria dos idosos. Tal semelhança nos padrões de consumo refletem o perfil das doenças crônicas mais prevalentes entre os idosos.

A prática continuada da polifarmácia, caracterizada pelo uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos, foi encontrada em menos de um terço dos participantes deste trabalho (26%). A frequência desses usuários é muito variável entre os estudos nacionais, podendo essas divergências de prevalências se dar em função de aspectos metodológicos, tais como diferenças entre populações ou no período recordatório do uso dos medicamentos. De qualquer forma, o que se constata é a polifarmácia como um fenômeno expressivo, fato que evidencia a necessidade de mais estudos para se avaliar a adequação desta prática e o impacto da mesma sobre a saúde e a qualidade de vida dos idosos (NEVES et al, 2013; RAMOS et al, 2016; COELHO FILHO, MARCOPITO, CASTELO, 2004; SILVA, et al, 2012; CARVALHO et al, 2012).

Sobre os achados acerca de automedicação, é preciso considerar antes de mais nada ser uma prática universal, presente nas mais diversas sociedades e

culturas, independentemente do grau de desenvolvimento socioeconômico das mesmas. O medicamento como insumo de saúde tem o seu consumo irracional difundido e consolidado pelas práticas mercadológicas da indústria farmacêutica e pela inacessibilidade a um atendimento médico e farmacêutico adequados, variáveis que vêm a se somar, sendo reforçadas pela adesão, por parte dos profissionais de saúde e usuários, ao paradigma biomédico, cartesiano, do processo saúde/doença (BARROS E SÁ et al, 2007). O uso de medicamentos não prescritos pelos médicos neste estudo, apresentou 50% de prevalência entre os usuários, resultado semelhante aos encontrados em outros estudos desenvolvidos no Brasil, como registra o trabalho de Barros e Sá et al (2007), onde a automedicação foi informada por 60% da amostra, sendo os analgésicos o grupo mais consumido. Coelho Filho, Marcopito e Castelo (2004) identificaram que mais de um terço (37,4%) dos idosos residentes nas áreas periféricas da cidade de Fortaleza, estavam utilizando medicamentos não prescritos no momento da pesquisa. Por sua vez, Cascaes, Falchetti e Galato (2008) encontraram valores de prevalência da automedicação acima de 80% em idosos moradores da região sul do Brasil, com a maioria dos medicamentos também representada pelo grupo dos que atuam no sistema nervoso central, mais especificamente os analgésicos. Valores inferiores a 10% também foram descritos em um estudo realizado em idosos residentes do Distrito Sanitário IV, na cidade do Recife, por Neves et al. (2013) e por Oliveira, et al (2012), sendo este realizado em Campinas no estado de São Paulo. Essas divergências podem estar relacionadas a metodologia de cada pesquisa, população estudada ou o período recordatório utilizado. Vale destacar que medicamentos autoprescritos são particularmente mais sensíveis à dificuldade de recordar, existindo viés de memória em relação a medicamentos de uso esporádico, conforme assinalam Oliveira, et al, (2012).

No tocante à mudança no número de medicações utilizadas pelos idosos após início de suas atividades no SIS, foi possível verificar neste estudo que os 48% que relataram alguma mudança e destes, os 81,2% que reduziram o quantitativo de medicamentos utilizados, se constituem resultados semelhantes aos encontrados nesta mesma população em outro estudo de metodologia qualitativa, onde usuários associaram a ação das PICs em sua saúde com a diminuição do uso de medicamentos (ALBUQUERQUE, 2018). É possível observar a utilização

concomitante e/ou sincrética dos tratamentos convencionais e alternativos, ora associadas, ora uma precedendo a outra, ora uma como alternativa à outra. Essa associação permite maior diversidade de práticas e adequação cultural, estimulando o autocuidado. Muitas vezes esse conjunto de práticas é mais eficaz do que a utilização de apenas uma forma de atenção à saúde (MENÉNDEZ, 2003). A literatura a respeito das PICS tem enfatizado o seu caráter complementar em relação ao tratamento convencional o que, segundo Faqueti e Tesser (2014), é compreensível num sistema de saúde dominado pela biomedicina.

No que diz respeito aos usuários que retiraram algum tipo de medicação de seu uso contínuo, a maioria expressiva relata ter assim procedido devido a melhora da sintomatologia (87,2%). Outro estudo realizado com usuários de PICS, observou que 100% da amostra apresentou melhora e alívio dos sintomas, ao menos temporariamente (FAQUETI, TESSER, 2014).

Por fim, os resultados das análises das associações entre as variáveis independentes e a dependente, determinadas pelo Teste exato de Fisher e Teste Qui-Quadrado, indicaram que os idosos que mudaram o número de medicamentos utilizados após entrada no SIS, apresentaram maior chance de reduzir o uso contínuo de medicamentos em geral. Além disso, também foi possível analisar que após o início das atividades no centro de referência, existiu maior probabilidade de reduzir a utilização de medicamentos entre os idosos que faziam uso do grupo de medicações que atuavam sobre o sistema cardiovascular, sistema nervoso central - grupo do qual se analisou em separado os analgésicos-, sistema digestivo e aparelho locomotor, com seu quantitativo expressivo e significativo. A preferência comum entre as PICS aos medicamentos, pode ser justificada pela grande presença de reações adversas e efeitos colaterais presentes nos medicamentos, e inexistente nas práticas, na visão de usuários (Faqueti, Tesser, 2014). Apesar do uso de medicamentos ser uma das principais escolhas de tratamento para o controle e prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) entre os idosos, cerca de 40% das admissões hospitalares deste grupo etário, foram relacionadas a implicações decorrentes do uso de medicamentos, incluindo efeitos tóxicos advindos da interação de várias drogas (MENESES, SÁ, 2010). A redução do uso de medicamentos, vem sendo relatados pelos usuários de PICs em outros estudos

(SOUSA, 2013), a busca pelas Práticas é aliada natural ao caráter desmedicalizante (TESSER, SOUSA, 2012).

7 CONCLUSÃO

O presente trabalho apresenta os resultados de um estudo transversal de clientela idosa na cidade do Recife, são representativos de usuários dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde por meio do SIS.

De maneira geral o idoso frequentador do SIS se mostrou, via de regra, como sendo do sexo feminino, na faixa etária de 60 a 69 anos, professando o catolicismo. Têm uma prole de até 4 filhos, são aposentados, com nível de escolaridade de ensino fundamental incompleto e renda individual de 1 a menos de dois salários mínimos. Residem, em sua maioria, nos bairros que compõem o Distrito Sanitário IV da Cidade do Recife. Apresentam em mais da metade de sua população morbidades que atingem o aparelho circulatório e doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo.

Quanto ao perfil de utilização, os idosos chegaram ao SIS através da demanda espontânea, na maioria das vezes sendo o local indicado por uma pessoa do seu círculo de relacionamento, os encaminhamentos das Unidades Básicas de Saúde representaram menos de 1/5 da amostra. Dentre as categorias de modalidades das PICs, os grupos de práticas foram freqüentados quase pela totalidade dos idosos, sendo a flexibilidade e a biodança, consideradas pela maioria deles as modalidades que mais apresentaram efeitos benéficos em sua saúde. Freqüentam o SIS há mais de 6 meses, cerca de até duas vezes na semana.

Os usuários utilizavam em sua maioria medicamentos que atuam sobre o sistema cardiovascular, apresentaram também um quantitativo expressivo de utilização sobre os que atuam sobre o sistema digestivo e metabolismo, e sobre o sistema nervoso. Metade da população estudada faz uso de automedicação e pouco mais de ¼ praticam a polifarmácia. Quarenta e oito por cento dos participantes mudaram o número de medicações que utilizavam após início das atividades no SIS, via de regra reduziram o quantitativo usado por apresentar melhora da sintomatologia.

As análises das associações entre as variáveis indicaram que nos usuários que mudaram algum tipo de medicação, existiu maior chance em reduzir o uso de medicamentos em geral, tendo as medicações que atuam sobre o sistema cardiovascular, sistema nervoso, sistema digestivo e metabolismo e as que atuam no aparelho locomotor, maior probabilidade de serem reduzidas do uso contínuo.

Destacam-se limitações inerentes ao estudo, como a questão da precariedade estrutural de registro nos prontuários do SIS tanto a nível de organização e facilidade de resgate como pelas anotações de acompanhamento do tratamento, onde as sessões não são registradas. Se faz necessário que a instituição passe a organizar um registro mais confiável da frequência dos usuários às sessões e da sua evolução clínica, incluindo a utilização e redução do uso de medicamentos para que se possa avaliar a eficácia das PICS nesse sentido.

Também vale a pena destacar as limitações de um estudo transversal, onde existe a dificuldade de identificar a relação cronológica dos eventos, aplicação de formulário não validado e a interpretação dificultada pela presença de variáveis de confundimento nas análises

É importante salientar que na investigação do uso de medicamentos, um dos mais importantes aspectos metodológicos refere-se ao período recordatório, e que algumas vezes o perfil de utilização de medicamentos pode ter sido omitido, por esquecimento dos entrevistados, fato este que pode ter influenciado nos resultados obtidos.

Ainda existe um pensamento equivocado muito presente no modelo biomédico e na faixa etária de indivíduos acima de 60 anos possivelmente relacionada ao processo de medicalização da saúde. Mas é possível observar é uma crescente mudança de paradigma em relação a isto.

Diante da importância que se reveste o tema deste trabalho e da necessidade de sua melhor compreensão, se faz necessário, outras pesquisas relacionadas a este assunto, com o objetivo de orientar e aprimorar conhecimentos a comunidade científica e aos gestores de saúde, para que através das PICS possamos traçar estratégias para incentivar a desmedicalização e promover a saúde dos idosos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.M.S. **Mulheres idosas e as práticas integrativas e complementares: vivências, convivências e impressões.** 2018. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Programa de Pós Graduação em Gerontologia, Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. **Introdução à Epidemiologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,. p. 268-207.2006.

AZEVEDO, E.; PELIOCINI, M. C. F. Práticas Integrativas e Complementares de Desafios para a Educação. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 361-378, fev. 2012.

BARROS, N.F. A construção de novos paradigmas na medicina: a medicina alternativa e a medicina complementar. **Ciências sociais e saúde para o ensino médico.** São Paulo:Ed. Hucitec, 2000.

BARROS E SÁ, M.; BARROS, J.A.C.; OLIVEIRA SÁ, M.P.B. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. **Rev. Bras. Epidemiol.** v.10, n.1, p.75-85, 2007.

BRASIL. Decreto-Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. **Diário Oficial da União**, 01 out 2003.

BRASIL. Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 set, 2007.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Manual de Procedimentos: Aposentadoria / Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Secretaria de Gestão de Pessoas. -- Brasília: MP, P. 103, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 2009.

BRASIL¹. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 92 p, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017. Alteração de procedimentos, na tabela de procedimentos, medicamentos, próteses, órteses, e materiais especiais do SUS para atedimento da atenção básica. **Diário Oficial da União**, 13 jan de 2017.

BRASIL². Portaria n^o 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Ministério da Saúde, 27 de mar de 2017.

BRASIL². Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Diário Oficial da União, 19 out 2006.

BRASIL³. Portaria amplia oferta de PICs. **DEPARTAMENTO E ATENÇÃO BÁSICA**, Brasília, DF, 13 de jan de 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=&cod=2297>. Acesso em 21, fev de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): **Conselho Nacional de Saúde**, 2012.

BRAVO FILHO V.T.F.; VENTURA, R.U.; BRANDT, C.T.; SARTESCHI, C.; VENTURA, M.C. Impacto do déficit visual na qualidade de vida em idosos usuários do sistema único de saúde vivendo no sertão de Pernambuco. **Arq Bras Oftalmol.**, São Paulo, n. 75(3), p.161-5, , 2012.

BRESSAN, M. A. L. C. et al. Trabalho versus aposentadoria: desvendando sentidos e significados. **Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica**, v. 23, n. 1, p.226-250, 2012.

CASCAES, E.A.; FALCHETTI, M.L.; GALATO, D. Perfil da automedicação em idosos participantes de grupos da terceira idade de uma cidade do sul do Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 37, n .1, 2008.

CARDOSO, M.C.S.; FERREIRA, M.C. Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 29, n. 2, p. 380-393, jun. 2009.

CARVALHO, M.F.C.; et al. Polifarmácia entre idosos do município de São Paulo- Estudo SABE. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 15(4), p. 817-27, 2012.

COELHO FILHO, J.M.; MARCOPITOB, L.F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev. saúde pública**. v.38, n.4, p.557-64, 2004.

DANTAS, G.C. Saúde do Homem. IN: Gusso e Lopes (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, v.1, 2012.

DUBOC, S. Navegue. Fundação Biblioteca Nacional. **Ministério da Cultura**. Escritório de Direitos Autorais. Rio de Janeiro. Registro 309.788. Livro 564. p. 448. 20??.

ERVATTI, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI- Subsídios para as projeções da população. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE**, n. 03, p. 49-86, 2015.

FAQUETI, A.; TESSER, C.D. Utilização de Medicinas Alternativas e Complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC: percepção de usuários. **Cien. Saúde Colet**. Ago, 2016.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F; ARAUJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.3, p.565-74, 2007.

GURWITZ, J.H.; FIELD, T. S.; HASRROLD, L. R.; ROTHSCHILD, J.; DEBELLIS, K.; SEGER, A. C.; et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. **JAMA**, v. 289(9), p. 1107-16, 2003.

GURWITZ, J.H.; Polypharmacy: a new paradigm for quality drug therapy in the elderly? **ArchIntMed**, v. 164, p. 1957-9, 2004.

GUTZ, L.; CAMARGO, B.V. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, n. 16(4), P.793-804, 2013.

IBGE. Censo Demográfico 2010: nupcialidade, fecundidade e migração. Resultados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). **Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão**. PNAD síntese dos indicadores 2009. Rio de Janeiro. 2010.

IBGE. Síntese dos Indicadores Sociais 2008 – Uma análise das condições de vida da população brasileira. **Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão**. Estudos e pesquisa: informação demográfica e socioeconômica, número 23. Rio de Janeiro, 2008.

IBGE. Síntese de indicadores sociais 2016 - Uma análise das condições de vida da população brasileira. **Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão**. Estudos e pesquisa: informação demográfica e socioeconômica, número 36. Rio de Janeiro, 2016.

INOUE, K.; PEDRAZZANI, E. Nível de instrução, status socioeconômico e avaliação de algumas dimensões da qualidade de vida de octogenários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, São Paulo n.15, p.742-7, 2007.

LINJAKKUMPU, T.; HARTIKAINEN, S.; KLAUKKA, T.; VEIJOLA, J.; KIVELA, S. L.; ISOAHO, R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. **J Clin. Epidemiol**, v. 55(8), p. 809-17, 2002.

LUZ, M.T, BARROS, F.B.; Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: Estudos Teóricos e Empíricos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. V.29, n.4, Apr. 2013

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.

MENDES, G.S.; MORAES, C.F.; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade.**, Rio de Janeiro, n. 9(32), p. 273-278, Jul-Set, 2014.

MENÉNDEZ, E.L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 8, n.1, p.185-208, 2003.

MENESES, A. L. L.; SÁ, M. L. B. Atenção farmacêutica ao idoso: fundamentos e propostas. **Rev GeriatriaGerontol**, v.4, n.3, p.154-61, 2010.

NACI, H., IOANNIDIS J. P. Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes: metaepidemiological study. **BMJ**, p. 347, 2013.

NEVES, S. J. F.et al.Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 47(4):759-768, agosto, 2013.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Rev. Ciência em Extensão**,v.6,nº.1, p.40-53, 2010.

OLIVEIRA, L.P.B.A.; SANTOS, S.M.A.; An integrative review of drug utilization by the elderly in primary health care.**Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.50, n.1, p.163-74,2016.

OLIVEIRA, M.A.; BERGAMO, P.M.S.; COSTA, F.K.S.; BARROS, M.B.A.Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados.**Cad. Saúde Pública**.Rio de Janeiro,v.28, n.2, p.335-345, fev, 2012.

OLIVEIRA, T.C.; MEDEIROS, W.R.; LIMA, K.C.Diferenciais de mortalidade por causas nas faixas etárias limítrofes de idosos.**Revista brasileira geriatriaGerontologia**,Rio de Janeiro, v.18, n.1,Jan./Mar., 2015.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LASALUD. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. **Ginebra: Organización Mundial de laSalud**; p.75, 2013.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.1801-1811, março, 2011.

PASKULIN,L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidasde idosos de PortoAlegre. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n.5, p.757-68, outubro, 2007.

PEREIRA, M G. Transição Demográfica e Epidemiológica. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 157-185. 2006.

RAMOS, L.R. et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. **Rev Saúde Pública**, São Paulo. v.50(supl 2), n.9s, 2016.

RIBEIRO, A.Q.; ROZENFELD, S.; KLEIN, C.H.; CÉSAR, C.C.; ACURCIO, F.A. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. **Rev. Saúde Pública**. v.42, n.4, p.724-32, 2008.

SERBIM, A.K.; GONÇALVES, A.V.F.; PASKULIN, LMG. Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.34, n.1, Mar, 2013.

SILVA, A.L.; RIBEIRO, A.Q.; KLEIN, C.H.; ACURCIO, F.A. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.6, p.1033-1045, jun, 2012.

SILVEIRA, R.E.; SANTOS, A.S.; SOUSA, M.C.; MONTEIRO, T.S. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. **Einstein**, Minas Gerais, n.11(4), p.514-20, 2013.

SOARES, S.N.; GONÇALVES, M.A.S.; TEIXEIRA, C.G.; ROMUALDO, P.C.; SANTOS, J.N. Influência da reabilitação vestibular na qualidade de vida de indivíduos labirintopatas. **Rev. CEFAC**.v.16, n.3, p.732-738, Mai.-Jun., 2014.

SOUZA, E.A.; SCOCHI, M.J.; MARASCHIN, M.S. Estudo da morbidade em uma população idosa. **Esc Anna Nery**, Paraná, v.15, n.2, p.380-388, abr-jun, 2011.

SOUSA, I. M C.; Artigo 2 – A estruturação do cuidado nas Medicinas Alternativas e Complementares no modelo de atenção à saúde: estudo de caso no Recife. In: Medicinas tradicionais alternativas e complementares e sua estruturação na atenção primária: uma reflexão sobre o cuidado e sua avaliação. Rio de Janeiro p. 128., 2013.

SOUSA, I.M.C.; BODSTEIN, R.C.A.; TESSER, C.D.; SANTOS, F.A.S.; HORTALE, V.A. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.11, p.2143-2154, nov., 2012.

STEINMAN, M.A. et al. Polypharmacy and prescribing quality in older people. **J. Am. Geriatr. Soc.** v. 54, p. 1516-23, 2006.

PILGER, C; MENON, M. H.; MATHIAS, T.A.F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**,v.19, n.5, set-out, 2011.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**,Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.687-707, 2002.

ROCHON, P. A.; GURWITZ, J. H. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. **BMJ**, v. 315, p. 1096-9, 1997.

RODRIGUES, M. C. S.; OLIVEIRA, C. Drug-drug interactions and adverse drug reactions in polypharmacy among older adults: an integrative review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, V. 24, p. 2800, 2016.

TAYLOR, R.S., et al. Exercise-based rehabilitation for heart failure. **Cochrane Database Syst. Rev.**,apr: (27); 4, 2014.

TESSER, C. D.; LUZ, M.T. Racionalidades médicas e integralidade.**Ciênc. Saúde Colet.**: n. 13(1), p.195-206, 2008.

TESSER, C. D.Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.8, p.1732-1742, ago, 2009.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n.2, p. 336-350, 2012.

THIAGO, A.C.S.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Rev. Saúde Pública**. v.45, n.2, p.249-57, 2011.

VERAS,R.Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, São Paulo,v.43, n.3, p.548-54,mai/jun, 2009.

WAGNER, H.; WISENAUER, M. Fitoterapia: fitofármacos, farmacologia e aplicações clínicas. 2 ed. São Paulo: **Pharmabooks**, 2006.

WALDMAN, E.A.; ROSA, T.E.C. Vigilância em saúde pública – para gestores municipais em serviços de saúde. **Instituto para o desenvolvimento da saúde – IDS** núcleo de assistência médico-hospitalar – NAMH/FSP – USP, São Paulo, 1998.

WAWRUCH, M. et al. Polypharmacy in elderly hospitalised patients in Slovakia. **Pharm. World Sci.** v. 30, p. 235-42, 2008.

WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index 2018. Oslo; 2018 [citado 4 Mar 2018]. Disponível em: [http:// www.whocc.no/atc_ddd_index/](http://www.whocc.no/atc_ddd_index/)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine. Geneva: **World Health Organization**; p.1, 2000.

ZANARDINI, F.H.; ZEIGELBOIM, B.S.; JURKIEWICZ, A.L.; MARQUES, J.M.; MARTINS, B.J. Reabilitação vestibular em idosos com tontura. **Pró-FonoRev Atual Cient.**, Minas Gerais, v.19, n. 2, p.177-84, 2000.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **Relação entre utilização de Práticas Integrativas e Complementares em saúde e uso de medicamentos por idosos**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora **Caroline Carvalho Patricio Bezerra**, Rua Quarenta e Oito, número 775, Apartamento 403, CEP: 52050-380, Espinheiro, (81) 99763-9721, e-mail: carolinefisioterapeuta@outlook.com. Está sob a orientação de: Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo, Telefone: (81) 99941-2676, e-mail: aq.santo@yahoo.com.br.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva, transversal, realizada quantitativamente, a partir de dados coletados de prontuários médicos e formulário aplicado aos usuários do Serviço de Práticas Integrativas e Complementares. O objetivo geral desta pesquisa é identificar a relação entre o uso das PICs e o consumo de medicamentos por idosos usuários de um centro de referência da rede municipal do SUS. Assim como especificamente traçar o perfil sociodemográfico e epidemiológico do idoso usuário de um serviço de referência na atenção à saúde que aplica PICs, caracterizar o perfil de utilização das PICs e a utilização de medicamentos por estes usuários e identificar a relação da utilização de PICs, com o uso de medicamentos pelos idosos, controlado pelo perfil sociodemográfico e epidemiológico.

A coleta de dados será realizada após a aprovação do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa através análise de prontuários e aplicação de formulário único.

O usuário irá participar da pesquisa no momento que estiver no Serviço de Práticas Integrativas e Complementares, respondendo ao formulário.

A coleta de dados será realizada no período de dezembro de 2016 à março de 2017.

Os possíveis riscos previsíveis relacionados a esta pesquisa estão relacionados à quebra de sigilo sobre os dados dos indivíduos, no entanto, haverá o

comprometimento de manter todos os dados pessoais com acesso apenas ao pesquisador principal, a perda de tempo com a participação no estudo, minimizado pela explicação de todos os passos metodológicos antes da assinatura do TCLE e explicação dos objetivos da pesquisa, principalmente que sua participação contribuirá com maior conhecimento no âmbito científico, o constrangimento por não saber responder algumas ou todas as questões do roteiro de entrevista, minimizado pela liberdade de não responder nada que não lhe convenha e garantias no sigilo das informações obtidas conforme descrito anteriormente, a frustração por não saber responder as questões, minimizado pelo fato de que o roteiro de perguntas não será feito em grupo, podendo o usuário ficar mais a vontade para não responder determinada questão por não saber.

Como benefícios diretos este trabalho propiciará um maior conhecimento sobre a utilização e caracterização dos idosos que procuram ou são encaminhados para o acompanhamento de Medicina Tradicional/Complementar, assim como um retrato sobre o uso efetivo de medicações antes e após o seu acompanhamento terapêutico nos Serviços de Referência em PICs. Trazendo especialmente para os profissionais que trabalham na área da Gerontologia e Geriatria, assim como os que trabalham com Medicina Tradicional/Alternativa e Complementar, informações que permitem secundariamente um acompanhamento mais qualitativo e específico dos profissionais perante essa população a partir de seus resultados, assim como dar margem para novas pesquisas.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa através de questionários, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora Caroline Carvalho Patricio Bezerra e Orientador da pesquisa Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo, no endereço, Rua Quarenta e Oito, número 775, Apartamento 403, CEP: 52050-380, Espinheiro. Pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Avaliação dos idosos usuários Centro de Práticas Integrativas e Complementares e seus fatores

associados” como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Recife, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Assinatura de testemunhas:

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE TRANSCRIÇÃO DE DADOS DO PRONTUÁRIO

1.Nome:-

2.Número do prontuário:_____

3.Idade:1() 60-64; 2()65-69; 3()70-74; 4()75-79; 5()>80

4.Sexo:1()M 2()F

5.Religião: 1()Católica; 2()Evangélica; 3()Espírita; 4()Afro-brasileiras; 5()Orientais

6()Outras; 7()Sem religião/sem declaração

6.Nº de filhos:_____

7.Ocupação:1() Empregados; 2() Desempregados; 3() Aposentados

8.Escolaridade:1() Sem instrução; 2()Fundamental incompleto; 3 () Fundamental completo; 4() Médio completo; 5()Superior

9.Renda(em salários mínimos- SM):1() menos de 1 SM; 2() de 1 a menos de 2 SM; 3() 2 a menos de 4 SM; 4() 4 a menos de 10 SM;5() 10 a menos de 20 SM;

6 () Acima de 20 SM _____

10.Bairro de residência:_____

11.Morbidades referidas:

Doenças/agravos	Grupo (classificação CID) *

--	--

12. Medicamentos utilizados:

Medicamentos	Grupo

14. USF de origem: _____**15. Solicitante do serviço:** _____**17. Terapêuticas aplicadas:**

Data de início	Terapêutica	Grupo	Frequência

18. Data de início do acompanhamento: _____

APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Nome: _____

Número do Prontuário: _____

1. Qual(is) medicação(ões) você faz uso neste momento?

Medicação	Grupo

2. Você faz uso de alguma(s) medicação(ões) que não foi prescrita pelo seu médico?

1 Sim () 2 Não ()

3. Se sim, qual(is) esta(s) medicação(ões)?

Medicação	Grupo

4. Desde que iniciou suas atividades neste Centro de Referência, houve mudança no número de medicação(ões) que você faz uso?

1 Sim () 2 Não ()

5. Se sim, qual(is) esta(s) medicação(ões)?

Medicação	Grupo	Inseriu	Retirou

6. Se houve redução, qual o motivo?

1 () Mudança de prescrição

2 () Dificuldade financeira

3 () Melhora de sintomatologia

7. Qual a prática que produz mais efeito em sua saúde?

Terapêutica	Grupo

8. Como tem sido sua frequência (assiduidade)?

1 () 1 vez na semana

2 () 2 vezes na semana

3 () 3 vezes na semana

4 () 4 vezes na semana

5 () 5 vezes na semana

6 () 1 vez no mês

ANEXO A- CARTAS DE ANUÊNCIA DO PROJETO



Recife, 24 de março de 2017.

Of. 07/17 – Serviço Integrado de Saúde

À Caroline Carvalho Patrício Bezerra

Assunto: Carta de Anuência

Prezada Senhora,

O Conselho Gestor do Serviço Integrado de Saúde (SIS), em reunião ordinária ocorrida em 24 de março do presente ano, avaliou, discutiu e concordou com a execução do projeto intitulado "RELAÇÃO ENTRE UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E USO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS", a ser desenvolvido no SIS, após o referido projeto ser aprovado no respectivo comitê de ética.

Certa de contar com sua colaboração, despeço-me cordialmente

Elaine Judite de Amorim Carvalho

Coordenadora do SIS





PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Carollne Carvalho Patrício Bezerra**, pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia – Mestrado Acadêmico, da Universidade Federal de Pernambuco, a desenvolver pesquisa no Serviço Integrado de Saúde – SIS, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: “**Relação entre utilização de práticas integrativas e uso de medicamentos por idosos**”, sendo orientada por Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 05 de maio de 2017.

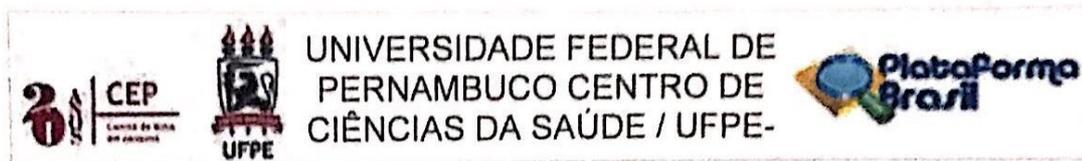
Atenciosamente,

Valderez Ribeiro

Gestora da Gerência de Formação e Educação na Saúde

Valderez Ribeiro de Andrade
Gestor de unidade de Gestão de
Educação na Saúde/DE GTE S/SE SAU
Matrícula 103 755-2

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÃO ENTRE UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E USO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS

Pesquisador: CAROLINE CARVALHO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70365717.6.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

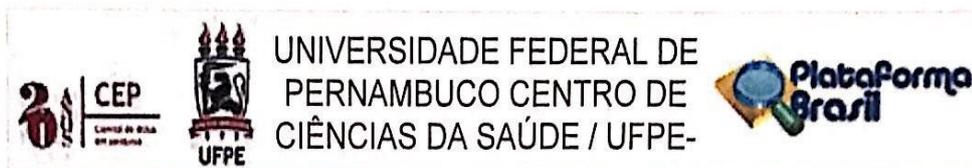
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.224.150

Apresentação do Projeto:

O projeto "Relação entre utilização de práticas integrativas e uso de medicamentos por idosos" tem como responsável Caroline Carvalho Patricio Bezerra, Mestranda do Programa de Pós Graduação em Gerontologia - PPGERO da Universidade Federal de Pernambuco, tendo como orientador, o Profº. Drº. Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo, professor da Faculdade de Medicina de Olinda e como co-orientadora, a Profª. Drª. Adriana Falangola Benjamin Bezerra, professora do Departamento de Medicina Social da UFPE. Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, com abordagem quantitativa. Constitui-se numa pesquisa de campo em que se utiliza triangulação de métodos, com entrevistas feitas a usuários, observação da rotina de cuidados na unidade e análise documental a partir do exame de prontuários. A abordagem inicial será feita preferencialmente na sala de espera e uma vez obtida a anuência do usuário em participar da pesquisa, que será realizada em ambiente que ofereça privacidade. Os idosos serão entrevistados individualmente, no local de realização das Práticas Integrativas e Complementares (PICs), em uma sala reservada, através da aplicação de um formulário com perguntas objetivas sobre o uso de medicamentos. Os dados que contemplam aspectos sociodemográficos (idade, sexo, religião, ocupação, escolaridade, renda e bairro de residência), epidemiológicos (quantidade e tipos de morbidades referidas, uso de medicamentos) e assistenciais USF de origem, solicitante

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.224.150

do serviço, terapêutica praticada, motivos para procura do serviço serão coletados nos prontuários em outro momento, e transferidos para planilhas de transcrição.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Identificar a relação entre o uso das PICs e o consumo de medicamentos por idosos usuários de um centro de referência da rede municipal do SUS.

Objetivos específicos:

- Traçar o perfil sócio demográfico e epidemiológico do idoso usuário de um centro de referência em PICs.
- Caracterizar o perfil de utilização das PICs e do uso de medicamentos por estes usuários.
- Identificar a relação da utilização de PICs, com o uso de medicamentos pelos idosos, controlada pelo perfil sociodemográfico e epidemiológico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

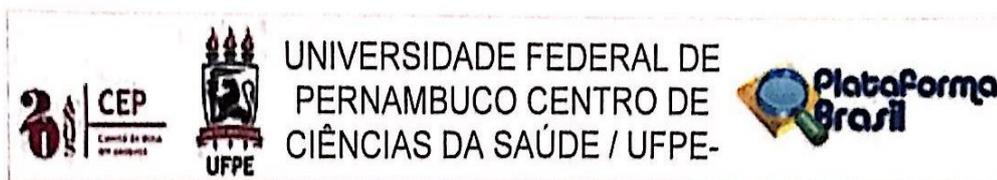
Riscos:

Os pesquisadores identificam alguns possíveis riscos como: quebra de sigilo sobre os dados dos indivíduos, e se comprometem a manter todos os dados pessoais com acesso apenas ao pesquisador principal; a perda de tempo com a participação no estudo, minimizado pela explicação de todos os passos metodológicos antes da assinatura do TCLE e explicação dos objetivos da pesquisa. O constrangimento por não saber responder algumas ou todas as questões do roteiro de entrevista, minimizado pela liberdade de não responder nada que não lhe convenha e garantias no sigilo das informações obtidas conforme descrito anteriormente; a frustração por não saber responder as questões, minimizado pelo fato de que o roteiro de perguntas não será feito em grupo, podendo o usuário ficar mais a vontade para não responder determinada questão caso não saiba.

Benefícios:

Como benefícios diretos este trabalho propiciará um maior conhecimento sobre a utilização e caracterização dos idosos que procuram espontaneamente ou são encaminhados para o acompanhamento de Medicina Tradicional/Complementar, assim como um retrato sobre o uso efetivo de medicações antes e após/durante o seu acompanhamento terapêutico nos Centros de Referência em PICs. Especialmente para os profissionais que trabalham na área de Gerontologia,

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.224.150

Geriatria e Medicina Alternativa e Complementar, o projeto trará informações que permitem secundariamente um acompanhamento mais específico e qualitativo dessa população, além de ensejar novas pesquisas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo irá dispor de 240 voluntários. Será utilizada a técnica de amostragem aleatória simples, mediante sorteio, com uso do Epi Info versão 3.5.3. O mesmo procedimento adotado na seleção dos indivíduos será utilizado para substituição de perdas ou recusa à participação. Serão incluídos na pesquisa participante com idade maior ou igual a 60 anos completos, que tenham pelo menos seis meses de uso das Práticas Integrativas e Complementares e demonstrem interesse em participar do estudo. Serão excluídos do estudo, além dos usuários que não se enquadrarem nos critérios citados anteriormente, aqueles que não fazem uso de terapia medicamentosa e aqueles que possuem dificuldade de comunicação e/ou compreensão. Para verificar possíveis associações entre as variáveis categóricas será utilizado o teste de Qui-Quadrado de Pearson, e quando necessário, o teste exato de Fisher. Para comparar as variáveis numéricas, em relação aos momentos analisados, será utilizado o teste t Student pareado (distribuição normal) e/ou teste Wilcoxon (distribuição não normal). Todas as despesas serão custeadas pela pesquisadora responsável do projeto de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora responsável anexou folha de rosto assinada pela Coordenadora da Pós-Graduação em Gerontologia - PPGERO, projeto de pesquisa, Carta de anuência do Serviço Integrado de Saúde – SIS/CCS e da Secretaria de Saúde da Prefeitura do Recife, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para maiores de 18 anos ou emancipados, Declaração de vínculo do Programa de Pós-Graduação Graduação em Gerontologia - PPGERO, Termo de Compromisso e Confidencialidade assinado pela pesquisadora responsável e os currículos dos três pesquisadores envolvidos no projeto.

Recomendações:

Nenhuma.

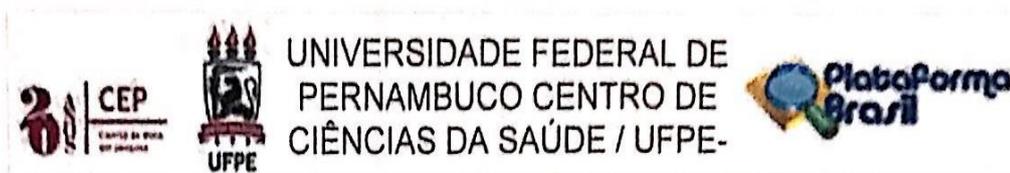
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.224.150

coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12),

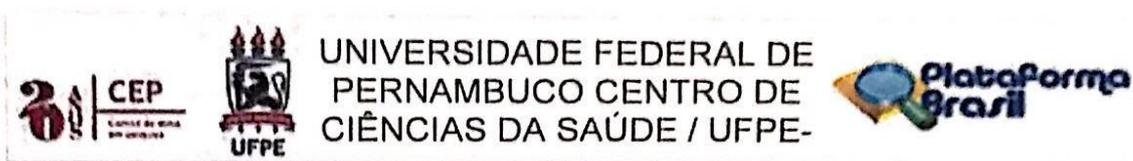
Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_891367.pdf	15/08/2017 10:30:56		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclemodificado.docx	15/08/2017 10:30:10	CAROLINE CARVALHO	Aceito
Outros	cartarespostapendenciasrecomendacoes.doc	15/08/2017 10:29:38	CAROLINE CARVALHO	Aceito
Outros	lattes_Caroline.docx	28/06/2017 10:34:46	CAROLINE CARVALHO	Aceito
Outros	Curriculo_Antonio.pdf	28/06/2017 10:19:46	CAROLINE CARVALHO	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.224.150

Outros	Curriculo_Adriana.pdf	28/06/2017 10:19:20	CAROLINE CARVALHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoomite.pdf	27/06/2017 12:22:36	CAROLINE CARVALHO	Aceito
Outros	termodecompromisso.pdf	27/06/2017 12:18:41	CAROLINE CARVALHO	Aceito
Outros	anuencia.pdf	27/06/2017 12:18:10	CAROLINE CARVALHO	Aceito
Outros	segtes.pdf	27/06/2017 12:15:07	CAROLINE CARVALHO	Aceito
Outros	declaracaodevinculoppgero.pdf	27/06/2017 12:13:39	CAROLINE CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclepdf.pdf	27/06/2017 12:10:47	CAROLINE CARVALHO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostodigitalizada.pdf	27/06/2017 11:54:35	CAROLINE CARVALHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 17 de Agosto de 2017

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br