

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

ISABEL CRISTINA APARECIDA STEFANO

**USO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS: ANÁLISE DA
PRESCRIÇÃO, DISPENSAÇÃO E UTILIZAÇÃO, NUM MUNICÍPIO DE
MÉDIO PORTE/SP**

MARÍLIA

2015

Isabel Cristina Aparecida Stefano

Uso de medicamentos por idosos: análise da prescrição, dispensação e utilização,
num município de médio porte /SP

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em “Saúde e Envelhecimento”, da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Saúde e Envelhecimento.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lucieni de Oliveira Conterno.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Maria José S. Marin.

Marília

2015

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Famema.

S816u Stefano, Isabel Cristina Aparecida.
Uso de medicamentos por idosos: análise da prescrição, dispensação e utilização, no Município de Marília/SP / Isabel Cristina Aparecida Stefano. - - Marília, 2015. 63 f.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lucieni de Oliveira Conterno.
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Maria José S. Marin.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde e Envelhecimento) - Faculdade de Medicina de Marília.

1. Idoso. 2. Uso de medicamentos. 3. Estratégia Saúde da Família.

Isabel Cristina Aparecida Stefano

Uso de medicamentos por idosos: análise da prescrição, dispensação e utilização, num município de médio porte.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em “Saúde e Envelhecimento”, da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Saúde e Envelhecimento.

Comissão examinadora:

Prof.^a Dr.^a Lucieni de Oliveira Conterno
Faculdade de Medicina de Marília

Prof. Dr. Carlos Alberto Lazarine
Faculdade de Medicina de Marília

Prof. Dr. Luis Carlos de Paula e Silva
Departamento Regional de Saúde de Marília

Data de aprovação: _____

Dedico ao meu filho, Anthony Stefano Pellizzari, luz da minha vida, pela sua existência...

Ao meu companheiro de todas as horas, Luis Augusto Rino Guimarães, pelas longas horas ao meu lado, pelo companheirismo, compreensão e apoio... Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus , por ter-me dado forças de persistir e não esmorecer jamais.

Agradeço às minhas amigas e irmãs Roseli Regina Freire Marconato e Madalena Pollon, do Departamento Regional de Saúde de Marília, pelo incentivo, o apoio, a compreensão e a torcida;

Agradeço às minhas orientadoras, Prof^a.Dr^a Lucieni e Prof^a Dr^a Maria José, pela oportunidade de crescimento profissional, pelo aprendizado, pelo apoio, pelos ensinamentos, pela profunda generosidade e sapiência.

A minha família, meus irmãos, cunhadas e sobrinhos, que para mim são tesouros preciosos;

Aos meus colegas e amigos do Departamento Regional de Saúde de Marília, pelo apoio e a torcida;

Aos meus colegas e amigos do mestrado acadêmico, Lígia, Sônia, Valéria e a todos os demais. Não poderia ter desejado melhores pessoas e profissionais para me relacionar durante este tempo.

A todos os professores e funcionários do Núcleo de Educação da Faculdade de Medicina de Marília, ao grupo de trabalho de 2013 e 2014, aos velhos e novos colegas do mestrado, meu muito obrigada.

A minha amiga Akemi, que auxiliou na escolha e construção do banco de dados;

A Dra Elizabeth Correa, pelas orientações na criação do banco de dados;

A Cláudia, Aline e às bibliotecárias da Faculdade de Medicina de Marília, pela orientação, apoio, auxílio, sempre presentes;

Ao Dr. Carlos Rodrigues, pelo sua colaboração nos artigos científicos;

Aos membros da banca, os meus agradecimentos por terem aceito meu convite e contribuírem para o meu crescimento profissional;

Se as coisas são inatingíveis...ora!

Não é motivo para não querê-las...

Que tristes os caminhos se não fora

A mágica presença das estrelas!

Mario Quintana

RESUMO

Introdução: A longevidade é, sem dúvida, um triunfo e podemos notar muitas diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização adequada da área social e da saúde para atender às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado. **Objetivo:** Analisar aspectos demográficos relacionados à prescrição, dispensação, utilização, adesão e armazenamento de medicamentos pelos idosos atendidos pela Estratégia da Saúde da Família de um município de médio porte. **Métodos:** Estudo observacional descritivo transversal, realizado entre julho a dezembro de 2013, com a participação de 114 idosos adstritos em oito unidades do programa Saúde da Família do município de Marília. Os dados foram coletados inicialmente do prontuário, após a consulta dos idosos na unidade de saúde, e através de entrevista durante a visita ao domicílio do idoso, 7 a 10 dias após. Utilizou-se um roteiro previamente estruturado. Foram analisadas variáveis sócio demográficas, motivo da consulta na Unidade e os diagnósticos referidos, assim como os medicamentos prescritos, dispensados, utilizados e o grau de adesão. O padrão de prescrição e adequação foram avaliados utilizando os critérios da Organização Mundial da Saúde, assim como os Critérios de Beers-Fick. **Resultados:** Houve predomínio de mulheres, brancas, com idade entre 60 e 69 anos, vivendo sós ou com familiares, com baixa escolaridade, com renda inferior a dois salários mínimos e sem plano de saúde suplementar. Os principais motivos da consulta médica, foram sintomas relacionados ao Sistema Osteoarticular, principalmente dor, ao Sistema Cardiovascular e do Trato Respiratório, sendo que um terço dos idosos, apresentou mais de um motivo para a consulta. Os medicamentos mais prescritos foram os do Aparelho Cardiovascular, do Sistema Digestivo, do Sistema Endócrino e do Sistema Nervoso Central, sobretudo os antidepressivos. Os idosos utilizaram em média 4,9 medicamentos, 14,2% dos medicamentos foram prescritos pelo nome comercial e 11,6% são considerados potencialmente inapropriados para idosos. Baixa adesão ao tratamento foi identificada em 40,3% dos idosos. Dos medicamentos prescritos 81,5% foi

dispensado pela própria unidade ou por outros serviços públicos e 83,8% dos medicamentos prescritos, foram utilizados. No domicílio, 69,4% do medicamentos, estava armazenado no armário ou gaveta da cozinha. **Considerações Finais:** De maneira geral, a prescrição de medicamentos aos idosos em Marília pode ser considerada efetiva, o que traz aos idosos uma oportunidade no controle das doenças agudas e principalmente crônicas, contribuindo para o aumento da longevidade e da qualidade de vida.

Palavras-chave: Idoso. Uso de medicamentos. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: The longevity is undoubtedly a triumph and we can see many differences between the developed and developing countries. While in the first, aging was associated with improvements in general living conditions, in the other, this process happens quickly, without time for proper reorganization of social and health area to meet the new emerging demands. For the year 2050, the expectation in Brazil and around the world, is that there will be more seniors than children under 15 years old, a phenomenon never before observed. **Objective:** To analyze demographic aspects related to prescription, dispensing, use, adherence and storage of drugs by the elderly served by the Strategy of Health of a medium-sized municipality Family. **Methods:** Cross-sectional descriptive study, conducted from July to December 2013, with the participation of 114 seniors assigned in eight units of the Health program of Marilia municipality Family. Data were collected from medical records initially, after consultation of the elderly in the health unit, and through interviews during the visit to the old home, 7-10 days. We used a previously structured. Sociodemographic variables were analyzed, reason for consultation in the Family Health Strategy and those diagnoses, as well as prescription drugs, dispensed, used, and the degree of compliance. The prescription pattern and fitness were assessed using the criteria of the World Health Organization and the Beers-Fick criteria. **Results:** There was a predominance of women, white, aged between 60 and 69 years, living alone or with family, with low education, with income less than two minimum wages and without supplemental health insurance. The main reasons for medical consultation were related symptoms Osteoarticular system, especially pain, cardiovascular system and respiratory tract, and one third of the elderly, had more than one reason for consultation. Most prescription drugs were the Cardiovascular System, Digestive System, Endocrine System and Central Nervous System, especially antidepressants. The elderly used on average 4.9 drugs, 14.2% of the drugs were prescribed by the trade name and 11.6% are considered potentially inappropriate for the elderly. Low compliance was identified in 40.3% of the elderly. Of prescription drugs 81.5% was discharged by the unit or other public services and 83.8% of the prescribed drugs were used. At home, 69.4% of the drugs, was stored in the closet or kitchen drawer. **Final Thoughts:** Overall, prescription drugs for the elderly in Marilia can be considered effective, which brings the elderly an opportunity

in the control of acute and especially chronic diseases, contributing to increased longevity and quality of life.

Keywords: Aged. Drug utilization; Family Health Strategy .

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Variáveis sócias demográficas de 114 idosos residentes na área de abrangência de oito unidades de saúde da família. Marília, 2013.....	28
Tabela 2	Motivo de procura à Unidade de Saúde dos 114 idosos, classificados de acordo com os principais órgãos e sistema do corpo humano. Marília, 2013.....	29
Tabela 3	Classes de Medicamentos Prescritos na Unidade de Saúde- Marília, 2013.....	30
Tabela 4	Número de Medicamentos prescritos por consulta realizada- Marília, 2013.....	31
Tabela 5	Frequência de Medicamentos prescritos e potencialmente impróprios segundo-critérios de Beers- Fick. Marília, 2013.....	32
Tabela 6	Doenças referidas pelos idosos entrevistados de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Marília, 2013	33
Tabela 7	Classes de Medicamentos, Prescritos, Dispensados na Unidade de Saúde e Utilizados pelos pacientes. Marília, 2013.....	36
Tabela 8	Grau de Adesão dos pacientes , segundo Teste de Morisky Green. Marília, 2013.....	37
Tabela 9	Local de Armazenagem dos medicamentos utilizados pelos pacientes. Marília, 2013.....	38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Prescrição, Dispensação e Utilização de Medicamentos.....	14
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 Objetivo geral.....	18
2.2 Objetivos específicos.....	18
3 MÉTODO.....	19
3.1 Tipo de estudo.....	19
3.2 Local do estudo.....	19
3.3 Trajetória dos medicamentos no município de Marília.....	20
3.4 População e amostra.....	24
3.5 Procedimentos da coleta de dados.....	24
3.6 Análise estatística.....	26
3.7 Aspectos éticos.....	26
4 RESULTADOS.....	27
4.1 Variáveis sócio demográficas.....	27
4.2 Principais motivos para a consulta médica pelos idosos.....	29
4.3 Classes de medicamentos mais prescritos na Unidade de Saúde da Família.....	29
4.4 Número de medicamentos prescritos por consulta.....	31
4.5 Indicadores de prescrição segundo a OMS.....	31
4.6 Medicamentos potencialmente inapropriados.....	31
4.7 Doenças Referidas.....	32
4.8 Medicamentos prescritos, utilizados e dispensados pelas Unidades de Saúde.....	34
4.9 Formas de aquisição dos medicamentos.....	34
4.10 Medicamentos dispensados mais frequentes.....	34
4.11 A prescrição X a utilização dos medicamentos.....	35
4.12 A prescrição x dispensação x utilização de medicamentos.....	35

4.13 Adesão ao Tratamento.....	37
4.14 Local de armazenagem dos medicamentos utilizados.....	38
5 DISCUSSÃO.....	39
5.1 Perfil da população atendida e das prescrições realizadas.....	39
5.2 Avaliação da Prescrição realizada.....	42
5.3 Medicamentos prescritos, utilizados e dispensados pela Unidade de Saúde.....	43
5.4 Adesão ao Tratamento.....	43
5.5 Medicamentos prescritos dispensados e utilizados.....	45
5.6 Formas de armazenamento dos medicamentos no domicílio.....	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS	50
APENDICE A – Instrumento de coleta de dados.....	56
APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	62
ANEXO A- Parecer Consubstanciado do CEP.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS

ATC- Anatomical Therapeutic Chemical Code
CAPS-AD- Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas
CCEB- Critério de Classificação Econômica Brasil
CDC- Centers for Control Disease and Prevention
DEF- Dicionário de Especialidades Farmacêuticas
DRS 9- Departamento Regional de Saúde de Marília
ESF-Estratégia de Saúde da Família
LOAS- Lei Orgânica da Assistência Social
MEDEX- Medicamentos Excepcionais
NAS- Núcleo de Atenção à Saúde da Família
OMS- Organização Mundial da Saúde
PNM- Política Nacional de Medicamentos
RAM - Reações Adversas aos Medicamentos
RENAME- Relação Nacional de Medicamentos
REMUME- Relação Municipal de Medicamentos
ROMI- Rating of Medication Influences
SABE- Saúde, Bem Estar e Envelhecimento
SNC- Sistema Nervoso Central
TAC- Termo de Ajuste e Conduta
UCAF- Unidade Central da Assistência Farmacêutica
UBS- Unidade Básica de Saúde
US-Unidade de Saúde

1 INTRODUÇÃO

1.1 Prescrição, Dispensação e Utilização de Medicamentos

O mundo está envelhecendo. Estima-se, que para o ano de 2050 existirão cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento.¹

O envelhecimento populacional tem gerado novas demandas sociais, econômicas, sanitárias e, diante da importância crescente deste segmento, estudos envolvendo a população idosa constituem um tema emergente nas diversas áreas de conhecimento.^{2,3,4}

Os idosos são acometidos por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT), múltiplas e de longa duração, que requerem acompanhamento constante, cuidados permanente e exames periódicos, pois, em razão da sua natureza, não têm cura.⁵ Esta população, utiliza mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes do que entre adultos e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias.^{2,3}

Neste contexto, destaca-se a terapêutica medicamentosa, por contribuir para a manutenção das condições de saúde, da autonomia e independência, uma vez que os idosos geralmente apresentam múltiplas patologias, agudas e crônicas.¹

A utilização de medicamentos por idosos, se por um lado tem contribuído para prolongar e melhorar a vida das pessoas, por vezes gera sérios problemas à saúde, especialmente pelo uso inadequado, seja devido à prescrição, à dispensação ou à utilização dos mesmos,⁵ podendo representar um grande problema de saúde pública, principalmente quando se trata da população idosa.⁶ Esse fato deve-se principalmente às alterações orgânicas próprias da idade, que torna essas pessoas mais suscetíveis à tais ocorrências.

No que se refere à prescrição para idosos, deve-se levar em consideração a complexidade dos problemas clínicos, o uso de múltiplos agentes terapêuticos e as alterações farmacodinâmica e farmacocinética presentes entre eles, o que os tornam altamente expostos às Reações Adversas aos Medicamentos (RAM).⁷

Com vistas à melhor utilização dos medicamentos entre a população em geral e, mais especificamente entre os idosos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu indicadores, os quais foram publicados em 1993 e compreende

o número de medicamentos prescritos com o nome comercial, de injetáveis, de antibióticos e de prescrições que constam na relação de medicamentos essenciais. Embora tais critérios sejam considerados ultrapassados em alguns aspectos, continuam sendo a referência, por não se dispor, ainda, de critérios mais atualizados para sua análise.⁸

Outros critérios de avaliação da adequação da prescrição de medicamentos para a população de idosos, tendo-se em conta as possíveis alterações na farmacodinâmica e na farmacocinética, também vêm sendo preconizados. O mais conhecido e utilizado é o Critério de Beers-Fick, que identifica os medicamentos potencialmente inapropriados no ato da prescrição. Este instrumento foi lançado em 1991 e, após passar por adaptações, teve sua última versão publicada em 2012.⁹

No uso de medicamentos, outro aspecto importante a ser considerado, é o momento da dispensação. A lei nº 5991, de 17 de dezembro de 1973, norma legislatória que rege o "controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos" no Brasil, adota a seguinte definição para dispensação: "ato de fornecimento ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não".¹⁰

Ao se considerar o uso racional de medicamentos, deve-se levar em conta que a dispensação deve ocorrer de forma satisfatória. A oferta de medicamentos deve ocorrer de acordo com as necessidades de saúde da população, com administração apropriada, com garantia de qualidade e quantidade, com as informações suficientes, em qualquer momento e a um preço que as pessoas possam adquiri-lo.¹¹

No que se refere ao uso adequado de medicamentos, a adesão parece ser uma condição ainda mais complexa, pela existência de múltiplos fatores que podem estar relacionados às singularidades daqueles que devem utilizá-los de forma correta para obter o efeito desejado.

Na prática clínica, atualmente, propõe-se a compreensão de **adesão** como "um processo dinâmico e multifatorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e responsabilização entre a pessoa enferma, a equipe de saúde e a rede social".¹²

A OMS considera que mais de 50% dos medicamentos são prescritos ou dispensados de forma inadequada e que 50% dos pacientes tomam medicamentos

de maneira incorreta. Estas práticas levam ao alto índice de efeitos colaterais, à morbidade e mortalidade, além de intervenção inefetiva. Os alvos mais comuns de uso irracional de medicamentos são as pessoas que utilizam polifarmácia, o uso inadequado de antibiótico e de medicamentos injetável, a automedicação e a prescrição em desacordo com as diretrizes clínicas. Acrescenta-se, ainda, falhas nos processos seleção, abastecimento e controle da qualidade, falta de orientação quanto ao tratamento, resultando em baixa adesão, mau uso e tratamento inefetivo.¹³

A utilização indiscriminada de medicamentos tem impacto no âmbito clínico e econômico sendo considerado um dos principais indicadores da segurança do paciente. Nos Estados Unidos os idosos foram responsáveis por um terço das prescrições médicas¹⁴ e por 40% dos medicamentos vendidos sem receita médica. No Brasil, os idosos foram responsáveis por 25% das prescrições¹⁵ e estima-se ainda, que 23% da população, consome 60% da produção nacional de medicamentos, especialmente as pessoas idosas.¹⁶ O Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE) realizado com 2.143 idosos da cidade de São Paulo também apontou que 84,3% dos idosos utilizam pelo menos um medicamento.¹⁷ Em estudos envolvendo cidades brasileiras de diferentes estados, observou-se que 69,1% a 85% dos idosos usavam um ou mais medicamentos prescritos, reafirmando a alta prevalência de consumo nesta faixa etária.¹⁸

Visando a maior adequação na utilização de medicamentos, políticas vêm sendo propostas. Em nível nacional, a Política Nacional de Medicamentos (PNM)¹⁹ tem-se constituído no principal instrumento para a orientação das ações de saúde relacionadas ao uso de medicamentos, sendo o principal objetivo “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”.

Entre suas prioridades está a promoção do uso racional de medicamentos que inclui “a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado, de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade”.¹⁹

Frente às implicações envolvidas na prescrição medicamentosa aos idosos, as políticas públicas instituídas e que para a realidade brasileira, é no cenário da atenção básica que grande parte delas se processam, depreende-se ser necessário

levar em conta a farmacoepidemiologia na organização e planejamento desses.²⁰ É preciso, ainda, que os prescritores desse nível de atenção, na sua formação generalista, reconheçam as necessidades específicas dessa faixa etária, e a presença de múltiplas doenças crônicas, que demandam o uso contínuo e prolongado de medicamentos e o faça de forma racional.

Considerando o exposto e que o sistema de saúde, vem adotando gradativamente a Estratégias de Saúde da Família como modelo para a atenção básica à saúde, tem-se como questionamento: De que forma vem ocorrendo a prescrição, a dispensação e a utilização dos medicamentos entre idosos que passam por consulta médica neste cenário?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as variáveis relacionadas à prescrição, dispensação, utilização, adesão e armazenamento de medicamentos pelos idosos atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município de médio porte, no interior do Estado de São Paulo.

2.2 Objetivos específicos

- 2.2.1 Caracterizar os aspectos demográficos, epidemiológicos e o perfil de morbidade de idosos que passam por consulta médica na Estratégia de Saúde da Família.
- 2.2.2. Caracterizar as classes farmacológicas dos medicamentos mais prescritos aos idosos e o uso impróprio de medicamentos.
- 2.2.3. Analisar as prescrições medicamentosas utilizando os indicadores de prescrição de medicamentos propostos pela Organização Mundial da saúde (OMS);
- 2.2.4. Comparar o medicamento prescrito com sua respectiva dispensação e utilização;
- 2.2.5. Verificar a adesão ao uso dos medicamentos prescritos

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo observacional quantitativo descritivo transversal com os dados coletados em dois momentos distintos.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado nas unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF) da cidade de Marília. Cidade situada no centro oeste do estado de São Paulo, é considerado pólo nacional na área alimentícia e conta com aproximadamente 220.000 habitantes. Atualmente o município conta com 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 34 Estratégias de Saúde da Família, as quais se constituem, em suas áreas de abrangência, a porta de entrada do sistema de saúde. O índice de envelhecimento populacional do município em 2012, foi de 68,2.²¹ O índice de envelhecimento populacional, é um indicador utilizado para se calcular o número de pessoas de 60 ou mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A razão entre os componentes etários extremos da população, representados por idosos e jovens. Importante observá-lo, pois valores elevados desse índice indicam que a transição demográfica encontra-se em estágio avançado.

As ESFs do município, de maneira geral, cumprem com os requisitos mínimos necessários à sua implantação, conforme preconiza o Ministério da Saúde, em relação à estrutura física; composição da equipe mínima e desenvolvimento dos programas nacionais básicos; organização do trabalho em equipe centrado nas necessidades dos usuários discutidas em reuniões semanais; e realização também de reuniões com a comunidade mensalmente. As agendas se organizam em torno da demanda espontânea, com consultas marcadas ao médico, dentista e enfermeiro, com visitas domiciliares aos usuários incapacitados e atividades grupais. Essas unidades são instaladas em áreas onde a população apresenta maior carência sócio-econômica, atendendo aproximadamente 110.000 pessoas, o que representa por volta de 50% da população de Marília.

3.3 Trajetória dos medicamentos no município de Marília

No município de Marília-SP, a aquisição de medicamentos, assim como em qualquer órgão público, é realizada via licitação através da prefeitura municipal, na modalidade de pregão eletrônico. As licitações, embora com 12 meses de duração, podem ser realizadas até duas vezes ao ano, sempre com a necessidade de no mínimo três empresas concorrentes. Os itens de cada licitação são comprados bimestralmente e os recursos para compra dos medicamentos são provenientes do Ministério da Saúde, Governo do Estado (Programa Dose Certa e Medicamentos Excepcionais ou de Alto Custo- MEDEX) e Prefeitura Municipal.

O abastecimento de medicamentos em cada uma das Unidades de Saúde da atenção básica, é assegurado a partir da solicitação realizada sob a responsabilidade da equipe de enfermagem alocada nas unidades. Esta solicitação, conhecida como “bolemês”, é feita mensalmente. Nela, cada unidade deve informar a quantidade mensal de medicamentos necessária para atender a população usuária, sempre com vistas a evitarem faltas ou sobras de medicamentos. Verifica-se, em média, um período de 10 dias, desde o pedido até a chegada dos medicamentos nas unidades.

Nas unidades, o recebimento de medicamentos é de responsabilidade da equipe de enfermagem local. Esta faz a conferência das requisições com as quantidades e números de lotes recebidos, observa a integridade física das embalagens dos medicamentos, separando aqueles considerados básicos, dos termolábeis e controlados e realiza o armazenamento de acordo com as especificidades.

Na dispensação, que envolve a análise técnica e orientação ao paciente, a equipe de enfermagem local procede a saída dos medicamentos no Sistema de Controle de Estoque Informatizado. O procedimento prossegue carimbando-se os itens atendidos no receituário, registrando data e quantidades fornecidas.

Na Rede Básica do Município de Marília, o tempo de validade das prescrições de medicamentos pode depender da condição do usuário. As prescrições de medicamentos não sujeitos a controle especial, destinadas ao tratamento de doenças crônicas, como por exemplo a hipertensão arterial, diabetes e cardiopatias, são validas por cento e oitenta dias. As prescrições de medicamentos não sujeitos a controle especial, destinada ao tratamento de doenças não crônicas,

são válidas por trinta dias. As receitas de antimicrobianos são válidas por dez dias; receitas de anticoncepcionais valem por um ano; prescrições de medicamentos sujeitos a controle especial são válidas por trinta dias, e prescrições de benzilpenicilina benzatina 1.200.000 UI para gestantes com sífilis têm validade por até dez dias a partir da prescrição da primeira dose ou no máximo dez dias entre uma dose e outra.

Em Marília, todo este processo recebe o acompanhamento de farmacêuticos apoiadores, que visitam regularmente as unidades de saúde. Dados estatísticos do ano de 2010 revelam que 78,7% das visitas realizadas ocorreram nas Unidades de Saúde da Família.

Além das farmácias locadas nas unidades básicas de saúde, o município de Marília conta com uma Unidade Central da Assistência Farmacêutica (UCAF), desde 2002, localizada próximo ao terminal rodoviário, atendendo as prescrições oriundas principalmente das unidades de atenção hospitalar e ambulatorial, bem como das instituições de longa permanência. A UCAF também atende as prescrições de origem particular e convênio, através de Termo de Ajuste e Conduta (TAC) com o Ministério Público Federal, atendendo pacientes com comprovação de isenção de imposto de renda; bolsa família; benefício da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), realizando cadastro válido por um ano e medicamentos excepcionais, dispensados pelo MEDEX, do Departamento Regional de Saúde de Marília (DRS 9-Marília), além das farmácias privadas que oferecem medicamentos usados para o tratamento da Hipertensão, Diabetes e Asma, através do Programa de Farmácia Popular.

Importante ressaltar que são fornecidos medicamentos padronizados e disponíveis na prateleira, desde que a prescrição esteja na denominação genérica, conforme legislação vigente.

No ano de 2005 foi implantada a Farmácia Municipal de Manipulação (Fitosaúde), que dispensa medicamentos para as prescrições de pacientes atendidos pelo SUS do município de Marília. Para se ter acesso a estes medicamentos, o usuário deve entregar a prescrição no setor da farmácia da Unidade de Saúde de sua área de abrangência e esta encaminhará para Fitosaúde, que providenciará a manipulação do(s) item(s) e devolverá o(s) medicamento(s) e a prescrição para Unidade de Saúde. Atualmente, são manipulados 19 medicamentos

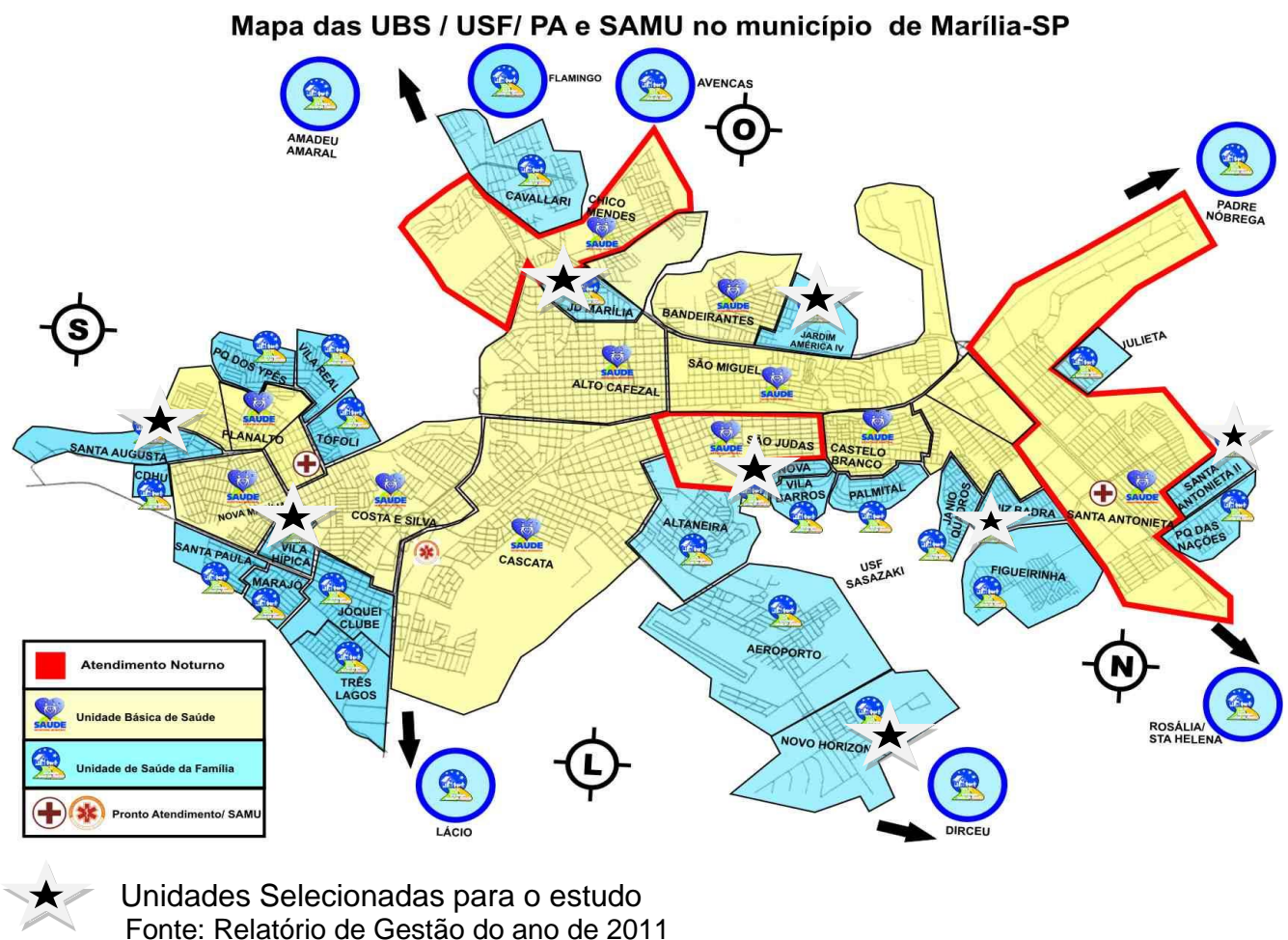
alopáticos, cinco fitoterápicos, um cosmético (filtro solar) e seis insumos, como óleo de girassol.

O município conta também com duas unidades da Farmácia Popular do Brasil, programa do governo federal, que disponibiliza medicamentos a preços de custo a partir do fornecimento de receita médica.

3.4 População e amostra

Para a coleta dos dados foram selecionadas oito unidades, sendo duas de cada região da cidade, com vistas a se obter uma representatividade do total de população coberta pela ESF. Na figura 1, encontra-se o mapa da distribuição das Unidades de Saúde da Atenção Básica com destaque para aquelas que foram selecionadas para este estudo.

Figura 1 - Mapa de Marília com as Unidades de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde Tradicional. Marília, 2010



Foram incluídos neste estudo, os pacientes, com mais de 60 anos, que passaram por consulta médica na semana que antecedeu a coleta de dados e que haviam recebido prescrição de medicamentos, até completar a quantidade de idosos definidos na amostra. Foram excluídos pacientes que após três visitas domiciliares, não foi possível contato com o mesmo.

Foi considerado para cálculo do tamanho da amostra, população estimada de idosos 13% da população adstrita nas USF, a prevalência de uso de medicamentos de 50%(OMS)¹³, margem de erro 10%, confiança de 95%. Foi acrescido ao valor calculado, 20% para cobrir possíveis perdas ou recusas. Isto resultou em uma amostra de 111 usuários. Para isso, foi utilizado o programa Epi Info, 3.5.1, desenvolvido pelo CDC (Centers for Control Disease and Prevention).

Para obtenção dos 111 idosos, nas oito unidades selecionadas, foi realizado o cálculo a partir da proporção da população adscrita em cada uma das unidades, conforme quadro1.

Quadro 1 - Distribuição das unidades selecionadas por região, sua respectiva população e quantidade de idosos proporcional à amostragem definida (n=111). Marília, 2013.

Região	Unidade Selecionada	População adstrita	Proporção da Polulação	Amostra proporcional por região	Número de idosos por unidade
Leste	Novo Horizonte	3.040	27%	30	15
	Vila Nova	2.892			15
Sul	Vila Hípica	2.604	23%	25	13
	Sta Augusta	2.462			12
Norte	Aniz Badra	3.315	28%	32	16
	Santa Antonieta II	2.757			16
Oeste	América IV	1.960	22%	24	12
	Jd Marília	2.584			12
Total		21.614	100%	111	111

Fonte: Dados da pesquisa

3.5 Procedimentos da coleta de dados

Inicialmente foi realizado contato com a responsável pela Saúde da Pessoa Idosa, da Secretaria Municipal de Saúde de Marília, que forneceu a lista com nome, endereço de todas as Unidades. Feito contato com as unidades selecionadas e realizado, no dia da reunião de equipe, uma exposição sobre o Projeto, com a presença de toda a equipe e solicitado auxílio dos profissionais das Unidades, para a separação dos prontuários dos pacientes idosos (> 60 anos), que passassem por consulta médica nos dias estipulados pela pesquisadora principal. A partir disso, a coleta de dados foi realizada em dois momentos:

1. Coleta dos dados do prontuário das unidades selecionadas. Foram coletados dados da última consulta médica, incluindo o motivo da procura pela consulta, o número de consultas no último ano, bem como os medicamentos prescritos.

2. Coleta de dados no domicílio. Após sete a dez dias da consulta médica foram realizadas visitas domiciliares, sendo definido previamente que seriam realizadas no máximo três tentativas. Durante a visita domiciliar, seguiu-se um roteiro contendo: dados sócio demográficos e epidemiológicos: idade, sexo, estado civil, cor, escolaridade, ocupação, renda familiar, plano de saúde, diagnósticos referidos, internação no último ano e a escala de classificação econômica do Brasil. Para avaliação da classe social foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), que classifica o estrato social em seis classes (A1, A2, B1, B2, C e D).²² Além disso, foi verificado: a forma de aquisição dos medicamentos prescritos na última consulta; outros medicamentos prescritos de uso contínuo e a adesão aos medicamentos de uso regular.

Para a verificação da adesão, foi utilizado o questionamento sobre o uso correto da medicação, conforme proposto por Haynes et al, que consta da seguinte questão: “Muitas pessoas têm algum tipo de problema para tomar seus remédios. Nos últimos 30 dias o (a) Sr(a) teve dificuldades para tomar seus remédios?”, cuja resposta afirmativa indica que o indivíduo é não aderente.^{23,24} Para identificar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso foi também utilizado o teste de Morisky, o qual vem sendo utilizado por estudos nacionais, considerando sua confiabilidade.^{23,24,25} Esse teste composto por quatro perguntas, que objetivam avaliar o comportamento do paciente em relação ao uso habitual do medicamento.

As questões são:

1. Você, alguma vez, esquece de tomar os seus medicamentos;
2. Você, às vezes, é descuidado com o uso de seus medicamentos.
3. Quando você se sente bem, alguma vez, deixa de tomar o seu medicamento.
4. Quando você se sente mal com o medicamento, alguma vez, deixa de tomá-lo.

A partir desse teste o paciente é classificado como grupo de *alto grau de adesão* quando todas as respostas são negativas. Porém, quando pelo menos uma das respostas é afirmativa, o paciente é classificado como grupo de *baixo grau de adesão*. O teste de Morisky permite também discriminar se o comportamento de baixo grau de adesão é não intencional, através das questões um e dois, ou intencional, através das questões três e quatro. Outro item avaliado foi a forma e condições de armazenagem dos medicamentos. Para a coleta desses dados foi elaborado um roteiro, conforme Apêndice A.

Para a análise das prescrições foram considerados os indicadores de prescrição de medicamentos propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁶: número de medicamentos prescritos por consulta médica; número de medicamentos prescritos pelo nome genérico; número de consultas em que foram prescritos antibióticos; número de consultas em que foram prescritos pelo menos um injetável; número de medicamentos prescritos que figuram na lista de medicamentos padronizados pelo município. Para identificação dos medicamentos padronizados e não-padronizados foi utilizada a relação de medicamentos essenciais selecionados pela Secretaria de Saúde do Município.

Os medicamentos foram classificados de acordo com a Anatomical Therapeutic Chemical Code (ATC) adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).²⁷ Nessa classificação, os fármacos são divididos de acordo com o grupo anatômico ou Sistema em que atuam, a Classe e o Princípio Ativo. Para identificar as substâncias a partir dos nomes comerciais, foi empregado o Dicionário de Especialidade Farmacêutica – DEF (2009-2010), seguida das classes e princípio ativo.

3.6 Análise estatística

Os dados coletados do paciente, foram analisados através do Programa Epi Info, versão 3.5.1, de 13 agosto de 2008, software criado pelo **CDC** (Centers for Control Disease and Prevention).

3.7 Aspectos éticos

Para atender aos preceitos éticos de pesquisa com seres humanos, o presente estudo contou com autorização do Secretário Municipal de Saúde e com a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília. Parecer Nº 303.105 de 13/06/2013 (ANEXO A) Os participantes foram orientados quanto ao procedimento do estudo e quando de acordo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), e a resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.²⁸

4 RESULTADOS

4.1 Variáveis sócio demográficas

Dentre os 114 idosos que efetivamente participaram do estudo, as mulheres representaram 62,3% (n= 71). A média de idade foi de 70 anos e 10 meses (DP= 7,7), sendo que a maioria 53,5% (n= 61) tinha idade entre 60-69 anos e 12,28% (n= 14) com 80 ou mais anos. Mais da metade dos idosos viviam sem o companheiro 50,9% (n= 58) e 14,9% (n= 17) moravam sós. Muitos deles tinham pouca ou nenhuma escolaridade 92,1% (n= 105) e 98,2% (n= 102) não contavam com Plano de Saúde Suplementar. (Tabela 1)

Tabela 1 - Variáveis sócio demográficas de 114 idosos residentes na área de abrangência de oito unidades de saúde da família. Marília, São Paulo, 2013.

VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS	Nº	%
Idade		
60-69	61	53,5
70-79	39	34,2
≥80 e	14	12,3
Cor		
Branca	66	57,9
Parda	26	22,8
Amarela	5	4,4
Negra	17	14,9
Sexo		
Feminino	71	62,3
Masculino	43	37,7
Estado Conjugal		
Vive só (solteiro, viúvo, separado,divorciado)	58	50,9
Casado/união estável	56	49,1
Escolaridade		
≤4 anos	66	57,9
Nenhuma	39	34,2
+ 4 anos	9	7,9
Renda familiar mensal		
< 1 salário	20	17,5
1-2 salários	73	64
> 3 salários	21	20,00
Número residentes domicílio		
1	17	14,9
2	46	40,4
3 e +	51	44,7
Classe sócio econômica		
B2	2	1,8
C	50	45
D	59	53,2
Plano de Saúde		
Não	107	93,9
Sim	7	6,1

Fonte: Dados da pesquisa

4.2 Principais motivos para a Consulta Médica pelos Idosos

Os idosos participantes do estudo tiveram em média 3,4 consultas na ESF no último ano, sendo 48,2% (n= 55), realizaram mais de quatro consultas/ano, 43,8% (n= 50) duas a três consultas e 7,78% (n= 9) realizaram apenas uma consulta no mesmo período.

Quanto ao motivo da consulta, os 111 idosos apresentaram mais de um, num total de 125, e destes, 30,7%(n= 35) apresentaram sintomas inespecíficos, 23,7% (n= 27) estavam relacionadas ao Sistema Osteoarticular; 14% (n= 16) a sinais e sintomas do Sistema Cardiovascular; e 13,2% (n=15) ao Sistema Nervoso Central e Trato Respiratório Superior, além daqueles que procuraram a unidade de saúde para obter receita ou solicitar exames, conforme tabela 2.

Tabela 2 - Motivo de procura à Unidade de Saúde dos 114 idosos. Marília, São Paulo, 2013

MOTIVOS DA CONSULTA*	Nº	%
Outros (Sintomas inespecíficos)	35	30,7
Osteoarticular	27	23,7
Doenças Cardiovasculares	16	14,0
Sistema Nervoso Central	15	13,2
Trato Respiratório Superior	15	13,2
Sistema Tegumentar	10	8,8
Trato Gastro Intestinal	7	6,1
Trato Respiratório Inferior	6	5,3
Trato Genito Urinário	4	3,5
Resultado /solicitação de exames ou renovação de receita	13	11,4

*Os motivos referentes a sinais e sintomas foram classificados de acordo com os principais órgãos e sistemas do corpo humano.

Fonte: Dados da pesquisa

4.3 Classes de Medicamentos mais prescritos na Unidade de Saúde da Família

Na análise dos prontuários dos 114 idosos que passaram por consulta médica, foram encontrados 568 medicamentos prescritos, uma média de 4,98 medicamentos por idoso, sendo que os mais frequentes foram os do Aparelho Cardiovascular 38% (n= 216), principalmente os anti-hipertensivos, seguidos pelos medicamentos que atuam no Sistema Endócrino 10,6% (n= 60). Entre os

medicamentos prescritos para o Sistema Nervoso Central 10,2% (n= 58), os mais prevalentes foram os antidepressivos. (Tabela 3)

Tabela 3 - Classes de Medicamentos Prescritos na Unidade de Saúde, Marília, São Paulo, 2013.

GRUPO, CLASSE E PRINCÍPIO ATIVO MAIS FREQUENTE	N.	%
Sistema Nervoso Central	58	10,3
Antidepressivos (Fluoxetina, Amitriptilina)	29	5,1
Ansiolíticos e Hipnóticos (Diazepan, Nitrazepan, Clonazepan)	16	2,9
Antipsicóticos e Neuropiléticos e Antiparkinsoniano (Clorpromazina, Clormazepan, Benzerazida, Carbonato lítio)	8	1,4
Anticonvulsivantes (Fenobarbital)	5	0,9
Sistema Cardiovascular	216	38,0
Anti-Hipertensivos (Atenolol, Propanolol, Enalapril, Losartana, Anlodipina)	127	22,3
Antiagregante Plaquetário e Antitrombóticos (AAS)	43	7,5
Antilipêmico (Sinvastatina, Ciprofibrato)	37	6,5
Outros (Flunarizina, Varfarina, Diosmina, Mon.Isossorbida)	9	2,1
Sistema Urinário	52	9,1
Diurético de Alça e Diurético Tiazídico (Furosemida, Hidroclorotiazida, Espironolactona)	52	9,1
Sistema Digestivo	60	10,6
Antiácido e Inibidor Sec. Gástrica (Omeprazol)	31	5,5
Nutrientes (Sulfato Ferroso, Complexo B)	20	3,6
Outros (Buscopan, Óleo mineral, Sacharomyces Boulardil)	9	2,1
Sistema Muscular e Esquelético	30	5,3
Anti Inflamatório não Esteróide, Esteróide	15	2,6
Analgésicos não opióides/antitérmicos	13	2,2
Alendronato de sódio	2	0,3
Sistema Respiratório	23	4,0
Broncodilatadores e Antiasmáticos (Aminofilina, Bamifilina, Fumarato de Formoterol, Budenosina)	18	3,1
Expectorante (Carbocisteína)	5	0,8
Sistema Endócrino	60	10,6
Insulinas e Outros Agentes Diabéticos (Metformina, Insulina NPH)	48	8,4
Hormônio Tireoideano (Levotiroxina)	12	2,1
Medicamentos Fitoterápicos ou Ervas Medicinais (Cáscara Sagrada, Castanha da Índia, Ginko Biloba, Sene e outros)	25	4,4
Dermoprotetor	9	1,6
Antiparasitários e Antifúngicos	8	1,4
Antimicótico e Antifúngicos (Cetoconazol, Fluconazol)	8	1,4
Antimicrobianos (Amoxilina, Ciprofloxacino)	14	2,5
Outros (Anti Hiperirucêmicos, Anti Glaucomatoso)	13	2,3
TOTAL	568	100

Fonte: Dados da Pesquisa

4.4 Número de Medicamentos Prescritos por Consulta

Entre os idosos incluídos no estudo 57% (n= 65) utilizaram 5 ou mais medicamentos. Os detalhes são mostrados na tabela 4.

Tabela 4 - Número de medicamentos prescritos por consulta realizada, Marília, São Paulo, 2013.

NÚMERO DE MEDICAMENTOS/ CONSULTA	Nº DE IDOSOS	%
1	8	7,0
2	14	12,3
3	11	9,6
4	16	14,0
5	14	12,3
6	17	14,9
7	16	14,0
8	12	10,5
9	5	4,4
10	1	0,9
Total	114	100

Fonte: Dados da pesquisa

4.5 Indicadores de Prescrição segundo a OMS

Na avaliação das prescrições, segundo os indicadores da OMS, foi observado que **0,8%** (n= 5) dos medicamentos prescritos eram injetáveis; **2,4%** (n= 14) antibióticos; **14,2 %** (n= 81) medicamentos foram prescritos pelo nome comercial e **12,5%** (n= 71) não constavam da Relação dos Medicamentos Essenciais do município.

4.6 Medicamentos Potencialmente Inapropriados

Entre os medicamentos prescritos (n= 568), 11,6% (n= 66) das prescrições foram considerados MPI (Medicamentos Potencialmente Inapropriados) para idosos, sendo que a maioria 92,4% (n= 61) com atuação no Sistema Nervoso Central e no Sistema Cardiovascular.

Tabela 5 - Frequência de Medicamentos prescritos e potencialmente impróprios segundo-critérios de Beers-Fick, Marília, São Paulo, 2013.

GRUPO E CLASSE	MEDICAMENTOS PRESCRITOS	Nº	%
Sistema Nervoso Central			
Antidepressivos	Fluoxetina, Amitriptilina, Cloridrato de Nortriptilina	29	44,0
Ansiolíticos e Hipnóticos	Diazepan	9	13,6
Sistema Cardiovascular			
Anti Hipertensivos	Digoxina, Metildopa	5	7,6
Bloqueador de Canal de Cálcio	Nifedipina	9	13,6
Sistema Urinário	Furosemida	9	13,6
Sistema Digestivo			
Nutrientes	Sulfato Ferroso	1	1,5
Laxantes	Cáscara sagrada, Óleo mineral	3	4,6
Antimicrobianos	Nitrofurantoína	1	1,5
Total		66	100

Fonte: Dados da Pesquisa

4.7 Doenças referidas pelos idosos

A tabela 6 mostra as doenças referidas pelos idosos entrevistados, agrupados de acordo com o CID 10. Dos 114 entrevistados, 43,3% (n= 97) referiram doenças relacionadas ao Sistema Cardiovascular, sendo que a HAS foi referida por 35,2%(n= 79) deles. As Doenças Endócrinas, nutricionais e metabólicas, foram referidas por 23,7% (n= 53) dos idosos, com predomínio do Diabetes Mellitus; seguidas das Doenças Infecciosas; as Osteoarticulares, principalmente as dores crônicas e entre outras, sendo que a média foi de dois diagnósticos/idoso.

Tabela 6 - Doenças referidas pelos 114 idosos entrevistados de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Marília, 2013.

Doenças referidas	Nº	%
Doença Cardiovascular	97	43,3
Hipertensão Arterial Sistêmica	79	35,2
Insuficiência cardíaca	2	0,89
Insuficiência coronariana	4	1,8
Outros	5	2,23
Arritmia Cardíaca	7	3,1
ENDOCRINOPATIA	53	23,7
Diabetes Mellitus Tipo2	35	15,7
Hipotireoidismo	9	4,0
Dislipidemia	9	4,0
OSTEOARTICULAR	19	8,5
Osteoartrose	7	3,1
Dores Crônicas	12	5,3
TRATO GASTRO INTESTINAL	3	1,3
Gastrite	2	0,9
Colecistite	1	0,4
Sistema Nervoso Central	7	3,1
Cefaléia, Demência, Sequela AVC	4	1,8
Epilepsia	3	1,3
PSIQUIÁTRICA	5	2,2
Depressão	5	2,2
GENITO-URINÁRIA	9	4,0
Incontinência Urinária, Infecção Trato Urinário	6	2,7
Doença Inflamatória Pélvica	3	1,3
TRATO RESPIRATÓRIO	6	2,7
Bronquite Crônica	2	0,9
Asma	1	0,4
Enfisema	3	1,3
DOENCAS INFECCIOSAS	17	7,6
Trato Respiratório (Resfriado/Gripe)	16	7,1
Pneumonia	1	0,4
SISTEMA HEMATOLÓGICO	5	2,2
Anemia	5	2,2
Outros (Úlceras Crônicas, Escaras)	3	1,3
AVC Acidente Vascular Cerebral	224	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

4.8 Medicamentos prescritos, utilizados e dispensados pelas Unidades de Saúde

Os medicamentos mais prescritos foram os do Aparelho Cardiovascular 38% (n= 216), seguidos pelos medicamentos que atuam no Sistema Digestivo 10,9% (n= 62), sobretudo os antiácidos, os do Sistema Endócrino, 10,6% (n= 60), e do Sistema Nervoso Central 10,2% (n= 58), principalmente os antidepressivos. (Tabela 3)

Foram **dispensados** pela Unidade de Saúde 75,5% (n= 429), do total de medicamentos **prescritos** e dos medicamentos prescritos, 83,8% (n= 476) estavam sendo **utilizados** pelos idosos participantes do estudo.

4.9 Formas de Aquisição dos medicamentos

Dentre os 568 medicamentos prescritos pela ESF 75,5% (n= 429) foram dispensados pela própria unidade, 4,4% (n= 25), foram dispensados pela farmácia Medex (Medicamentos Excepcionais) e 1,55% (n= 9) foram adquiridos através da Farmácia Popular, sendo assim, 81,5% dos medicamentos dispensados pelo serviço público. Os idosos não estavam utilizando 16,1% dos medicamentos prescritos e não dispensados.

4.10 A prescrição X a dispensação dos medicamentos pelos serviços públicos de saúde

Entre os medicamentos **prescritos** destacam-se algumas classes de medicamentos que foram **dispensados** em menor proporção, pelas ESFs, sendo medicamentos do Sistema Nervoso Central (15,5%), os antidepressivos (17,2%), os ansiolíticos (18,7%) e os anticonvulsivantes (20%); os medicamentos do Sistema Cardiovascular (23,6%), com a seguinte distribuição: os antilipêmicos (37,8%), os anti hipertensivos (11,0%) e os antiagregantes plaquetários (13,9%); os medicamentos do Sistema Urinário (5,7%); os medicamentos do Sistema Digestivo (31,6%) principalmente os nutrientes (50 %) e os antiácidos (6,4%); os medicamentos que atuam no Sistema Muscular e Esquelético (20%), sendo os anti inflamatórios (13,1%) e os analgésicos (30,7%) os principais; 47,8% dos

medicamentos que atuam no Sistema Respiratório, sendo os broncodilatadores (61,1%) e antiasmáticos os que foram dispensados em menor proporção; 15% das prescrições foram referentes ao Sistema Endócrino sendo as Insulinas (18,7%) e outros agentes anti-diabéticos; 40% foram medicamentos fitoterápicos; 25% os antiparasitários e 7,8% os Antimicrobianos.

4.11 A prescrição X a utilização dos medicamentos pelos idosos

Os medicamentos mais **utilizados** foram os do Sistema Cardiovascular 37,6% (n= 179), do Sistema Endócrino 11,9% (n= 57), do Sistema Nervoso Central 11,3% (n= 54), do Sistema Urinário 9,4% (n=49), do Sistema Digestivo 9,0% (n= 43) e do Sistema Muscular e Esquelético 6,0 (n=29) (Tabela 7). Entre os medicamentos prescritos, destacam-se algumas classes que foram menos utilizadas, como por exemplo, os antilipêmicos (62,1%), os nutrientes (50%), os fitoterápicos ou ervas medicinais (28%), os antimicóticos e antifúngicos (25%) e os antimicrobianos (21,4%). Já os analgésicos e os broncodilatadores, mesmo não dispensados pelos serviços públicos de saúde, foram utilizados pela totalidade dos idosos.

4.12 A prescrição X dispensação X utilização dos medicamentos

Dos medicamentos **dispensados**, destacam-se algumas classes de medicamentos que não foram **utilizadas**, sendo (2,6%) os anti hipertensivos; (7,6%) os diuréticos; (15,3%) os antihiperuricêmicos, apesar de prescritos.

Entre os medicamentos **prescritos**, destacam-se algumas classes que não foram **utilizados** ou sua utilização ocorreu em menor proporção, como por exemplo os antidepressivos (10,3%), os anti- hipertensivos (9,4%), os antilipêmicos (62,1%), os diuréticos (13,4%), os nutrientes (50%), os antidiabéticos orais (5,0%), os fitoterápicos ou ervas medicinais (28%), os antimicóticos e antifúngicos (25%) e os antimicrobianos (21,4%).

Tabela 7- Classes de Medicamentos, Prescritos, Dispensados na Unidade de Saúde e Utilizados pelos pacientes. Marília, SP- 2013

GRUPO E CLASSE	Nº de Vezes			Nº de Vezes	
	PRESCRITO	DISPENSADO	%**	UTILIZADO	%***
Sistema Nervoso Central	58	49	84,4	54	93,1
Antidepressivos(Fluoxetina, amitriptilina)	29	24	82,7	26	89,6
Ansiolíticos e Hipnóticos(Diazepan, nitrazepan, clonazepan)	16	13	81,2	16	100
Antipsicóticos,Neuropiléticos e Antiparkinsoniano(clorpromazina, Clormazepan, Benzerazida, Carbonato lítio)	8	8	100	8	100
Anticonvulsivantes (Fenobarbital)	5	4	80,0	4	80,6
Sistema Cardiovascular	216	165	76,3	179	82,8
Anti hipertensivos (Atenolol, Propranolol, Enalapril, Losartana)	127	113	88,9	115	90,5
Antiagregante Plaquetário e Antitrombóticos (AAS)	43	37	86,0	42	97,6
Antilipêmico (Sinvastatina, Ciprofibrato)	37	14	37,8	14	37,8
Outros (Flunarizina, Varfarina, Diosmina, Mon. Isossorbida)	9	1	11,1	8	88,8
Sistema Urinário	52	49	94,2	45	86,5
Diurético de Alça e Tiazídico (Furosemda, Hidroclorotiazida, Espironolactona)	52	49	94,2	45	86,5
Sistema Digestivo	60	41	68,3	43	71,6
Antiácido e Inib. Sec. Gástrica (Omeprazol)	31	29	93,5	29	93,5
Nutrientes (sulfato Ferroso, Complexo B)	20	10	50,0	10	50,0
Outros (Buscopan, óleo mineral, Sacharomyces Boulardil)	9	2	22,2	4	44,4
Sistema Muscular e Esquelético	30	24	80,0	29	96,6
Anti Inflamatório não Esteróide, Esteróide	15	13	86,6	14	93,3
Analgésicos Não Opióides, antitérmicos	13	9	69,2	13	100
Alendronato de Sódio)	2	2	100	2	100
Sistema Respiratório	23	12	52,2	23	100
Broncodilatadores e antiasmáticos (aminofilina, bamifilina, fumarato de formoterol, budenosina)	18	7	38,8	18	100
Expectorante (Carbocisteína)	5	5	100	5	100
Sistema Endócrino	60	51	85,0	57	95,0
Insulina e Outros Agentes Diabéticos (Metformina, Insulina NPH)	48	39	81,2	45	93,7
Hormônio Tireoideano (Levotiroxina)	12	12	100	12	100
Medicamentos Fitoterápicos ou Ervas Medicinais	25	15	60	18	72,0
Dermoprotetor	9	3	33,3	9	88,8
Antiparasitários e Antifúngicos	8	2	25,0	6	75,0
Antimicóticos e Antifungicos (Cetoconazol, Fluconazol)	8	2	25,0	6	75,0
Antimicrobianos (Amoxicilina, ciprofloxacino,etc)	14	11	78,6	11	78,6
Outros (Anti Hiperirucêmicos, Anti Glaucomatoso)	13	7	53,8	2	15,4
Total	568	429	75,5	476	83,8

Fonte: Dados da Pesquisa

** Nota : % percentagem de vezes em que o medicamento foi dispensado pela Unidade de Saúde em relação ao total de vezes que o medicamento foi prescrito.

*** Nota: % percentagem de vezes em que o medicamento foi utilizado pelo paciente, em relação ao total de vezes que o medicamento foi prescrito.

4.13 Adesão ao Tratamento

Na **verificação da adesão** ao uso de medicamentos 22,8% (n=26) foram identificados como não aderentes. Os idosos que referiram dificuldades para tomar os medicamentos, destacaram como motivo o esquecimento 25% (n= 6); mal estar, dor epigástrica 20,9% (n= 5); falta de receita médica 16,6% (n= 4); dificuldades financeiras para aquisição do medicamento 12,5% (n=3) ou falta de medicamentos na unidade 12,5% (n= 3), sendo que 20,9% (n= 5), não sabiam ou não disseram o motivo.

Na tabela 8, apresenta o **Grau de Adesão ao Tratamento**. Convém lembrar que 59,6% (n= 68) dos entrevistados, foram classificados como aderentes. Nos demais entrevistados, 40,3% (n= 46), apresentaram comportamento de baixa adesão, sendo em 22,8% (n=26) caracterizados como não aderentes não intencional, enquanto, em 6,14% (n= 7) o comportamento de baixa adesão foi caracterizado como intencional. Em 11,4% (n= 13) dos idosos entrevistados, apresentaram ambos os tipos de comportamento.

Verificou-se ainda, em 28,9% (n= 33) e 11,4% (n= 13) dos idosos, adesão **moderada ou baixa**, respectivamente.

Tabela 8 - Grau de Adesão dos pacientes, segundo Teste de Morisky Green. Marília, SP- 2013

Graus de Adesão	Nº	%
Aderente (nenhuma resposta positiva)	68	59,6
Moderada adesão (1 ou 2 respostas positivas)	33	28,9
Baixa adesão (3 a 4 respostas positivas)	13	11,4
Total	114	100
Comportamento de Baixa Adesão	Nº	%
Não aderente intencional	7	6,14
Não intencional	26	22,8
Ambos	13	11,4

Fonte: Dados da Pesquisa

4.14 Local de armazenagem dos medicamentos utilizados

No domicílio dos idosos, ao observarmos a forma de armazenamento dos medicamentos, foram encontrados 655 medicamentos, que representavam os que foram prescritos na última consulta, somados a outros medicamentos que estavam utilizando.

Conforme tabela 9, a maioria dos idosos, 68,4% (n = 448), armazena os medicamentos no armário ou gaveta da cozinha. Não foram encontrados nas casas dos pacientes, medicamentos expostos à luz solar, umidade ou calor excessivo, porém, 9,6% dos pacientes (n=11), guardavam os medicamentos sem a embalagem (cartela ou caixa), dificultando a identificação no momento de utilização.

Tabela 9 - Local de Armazenagem dos medicamentos utilizados pelos pacientes- Marília, SP- 2013.

Locais de Armazenagem	Nº	%
Armário da Cozinha ou Gaveta	448	68,4
Armário do Quarto ou Gaveta	134	20,4
Armário do Banheiro ou Gaveta	37	5,6
Próximo Filtro de Água	12	1,8
Em cima da geladeira	5	0,7
Outro	19	2,9
Total	655	100

Fonte: Dados da Pesquisa

5 DISCUSSÃO

5.1 Perfil da população atendida e das prescrições realizadas

Este estudo analisou a prescrição de medicamentos para 114 idosos atendidos pelas ESF de uma cidade do interior paulista. A maior prevalência de mulheres idosas (62,3%) neste grupo, provavelmente está relacionada à maior longevidade das mesmas em relação aos homens^{29,30} o que vem sendo largamente apontado em estudos sobre o processo de envelhecimento.^{5,31} Esse fato justifica-se pelas mulheres procurarem mais as ações de promoção e prevenção das doenças e se exporem menos frequentemente aos riscos de adoecimento e morte.³² A maioria dos idosos avaliados viviam sem o companheiro. Estudos mostram que ser do sexo feminino e viver só, contribuem para que as mulheres sejam mais vulneráveis às alterações no estado de saúde e ao uso de maior quantidade de medicamentos.^{5,31}

Os idosos possuíam baixa ou nenhuma escolaridade. A baixa escolaridade da população idosa, dentre outras variáveis, próprias de um país rural e desigual, é apontada como fator de risco para a utilização inadequada dos medicamentos. Essa condição, associada à complexidade dos esquemas terapêuticos, dificuldade de compreensão do seu uso e a diminuição da acuidade visual, pode resultar em uma combinação potencialmente danosa.^{5,29,31,33}

No que se refere à utilização dos serviços de saúde pelos idosos, constatou-se que grande parte deles não possuem plano de saúde suplementar, dependendo exclusivamente dos serviços públicos de saúde³⁴.

Sobre esse fato, estudo indica que os idosos utilizam com maior frequência os serviços de saúde,^{35,36} não sendo possível afirmar se a assistência que recebem é mais ou menos qualificada .

Vale destacar que os idosos que participaram do estudo tiveram uma média de 3,4 consultas/ano, sugerindo bom acesso aos serviços e ratifica os achados de outro estudo relacionado à temática.³⁶ O Ministério da Saúde, na Pactuação Unificada de Indicadores, recomenda, para a população em geral, 1,5 consultas/habitante/ano.³⁷ No entanto, é preciso considerar que os idosos são as pessoas que podem precisar utilizar mais os serviços de saúde devido à presença de múltiplas doenças crônicas. No estudo realizado por Louivison,³⁵ 83,3% dos

idosos referiram ter realizado consulta nos últimos 12 meses e a média de utilização foi de 2,5 consultas nos quatro meses anteriores à entrevista.

O principal motivo de procura da Unidade de Saúde pelos idosos que participaram do presente estudo foram as queixas relacionadas ao Sistema Osteoarticular. Essa condição que normalmente se associa às dores, deformidades articulares e incapacidades funcionais,³⁸ em geral, levaram a prescrição de medicamentos, como os anti-inflamatórios.

Esse é um tópico particularmente relevante na medida em que esse grupo medicamentoso, que apresenta um perfil de efeitos colaterais potencialmente graves, podem ainda interagir de forma deletéria, descompensando outras patologias, em circunstâncias de comorbidades vivida pelos idosos. Como exemplo clássico, cita-se a diminuição do efeito de alguns anti-hipertensivos quando esses medicamentos são utilizados.³⁹ Essa informação ainda se reveste de maior importância quando se observa que a dor crônica é causa frequente de busca dos serviços de saúde pela população idosa, devendo ocorrer criteriosa prescrição dos medicamentos, para que haja mais benefícios do que riscos. Sua administração sempre deve ser monitorizada com exames laboratoriais complementares, com especial atenção à função hepática, renal e hematológica.

Por outro lado, visto que as prescrições médicas analisadas foram essencialmente voltadas para a prescrição medicamentosa, pode-se depreender que há necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde, visando a implementação de ações não medicamentosas, o que poderia beneficiar as condições de saúde do idoso. Em estudo que analisou uma intervenção em grupo com idosos portadores de dor osteomuscular, constatou-se que se trata de uma importante estratégia para o desenvolvimento de habilidades de autocuidado, no entanto, identifica-se que há necessidade de minimizar ou eliminar barreiras que dificultam a inclusão social do idoso, além de estímulos para a mudança de comportamento, visando a promoção da saúde.⁴⁰

Infelizmente, a ESF mesmo contando com uma estrutura propícia às ações não medicamentosas, por ser composta por uma equipe interdisciplinar, por vezes apoiada pelo Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), ainda permanece desenvolvendo suas atividades com ênfase na consulta médica e no atendimento à queixa principal.

Para as outras queixas que geraram consultas observou-se as relacionadas ao sistema respiratório, o que pode ter ocorrido por questão sazonal, já que os dados foram colhidos em meses de inverno, onde existe a maior prevalência de infecções agudas (resfriados e gripes) em idosos.⁴¹

Neste estudo 30,7% das consultas realizadas na atenção básica, foram sintomas inespecíficos, tais como febre, dor generalizada, fadiga e 11,4% dos idosos procuraram a unidade por demandas administrativas, ou seja, por necessidades não clínicas, como pedidos de atestado, verificação de resultados de exames/rotina ou validação/mudança na receita médica, semelhante ao encontrado em outros estudos.^{18,42} Pesquisa realizada em Betim, Minas Gerais, mostrou que 40% do total das consultas realizadas na Atenção Básica, foram por sintomas inespecíficos e 20% dos motivos da consulta, por demandas administrativas.⁴²

Em relação ao diagnóstico médico referido, foram as Doenças do Sistema Cardiovascular (Hipertensão Arterial), as doenças do Sistema Endócrino (Diabetes Mellitus do tipo 2 e Hipotireoidismo), as Doenças Infecciosas (Resfriado/Gripe) e as Doenças Osteoarticulares (Dores Crônicas) foram as mais prevalentes, dados que reforçam os encontrados em outros estudos nacionais^{5,31,32} e internacionais,⁴³ que relataram tais doenças como as mais prevalentes, exigindo acompanhamento constante da equipe de saúde, monitoramento e controle adequado, além da dispensação regular de medicamentos.

O perfil epidemiológico presente na população de idosos do presente estudo aparentemente, justifica o perfil farmacoterapêutico e a média de consumo de medicamentos.^{20,44,45}

No presente estudo, os idosos utilizaram em média 4,9 medicamentos, semelhante a estudos realizados em Belo Horizonte, BH,⁴⁶ Ribeirão Preto, SP,²⁰ e em idosos residentes em países desenvolvidos.^{47,48} Porém, superior ao encontrado em algumas cidades brasileiras, Goiânia, GO,³² Porto Alegre, RS,³⁰ Quixadá, CE,³³ Campinas, SP,⁴⁹ Florianópolis, SC.⁵⁰ As diferenças encontradas, variaram de 3,2 a 7 medicamentos em média por idoso, com a prevalência de polifarmácia variando entre 11% a 70,6%.^{18,30,31,44}

A prática da polifarmácia é multifatorial, pode ser decorrente da presença de doenças crônicas e manifestações clínicas resultantes do envelhecimento,³¹ exigindo uma abordagem criteriosa e sistemática. Pode também indicar a gravidade da comorbidade ou a probabilidade de uso inadequado de medicamentos.

5.2 Avaliação da Prescrição realizada

Quanto aos grupos de medicamentos mais prescritos, sendo eles para o Sistema Cardiovascular, Sistema Digestivo, Sistema Endócrino e Sistema Nervoso Central, pode-se depreender que há correlação com a prevalência das doenças crônicas na população idosa.³¹ Este dado condiz com a literatura, pois essas doenças demandam a utilização de múltiplos medicamentos que possam garantir ou melhorar a qualidade de vida, tornando a polifarmácia, na grande maioria dos casos, necessária.³²

Quanto aos indicadores da OMS para a prescrição de medicamentos, no presente estudo, constatou-se que a maioria deles se aproxima dos padrões estabelecidos.

Dentre os medicamentos prescritos pela unidade de saúde, apenas 12,5% (n= 71), não constavam da lista de medicamentos padronizados pelo município Relação Municipal de Medicamentos (REMUME),¹ percentual inferior ao encontrado no estudo de Florianópolis.⁵⁰ No que se refere ao número de medicamentos por idoso, a Organização Mundial de Saúde identifica a necessidade de 1,3 a 2,2 medicamentos por prescrição. No entanto, tal critério, não diferencia as diversas faixas etárias, o que pode torná-lo insuficiente em relação aos dados da população idosa que, pela presença de múltiplas patologias, necessitam utilizar medicamentos para o controle de cada uma delas.

A prevalência do consumo de medicamentos potencialmente impróprios para idosos, está abaixo da encontrada em outros estudos no Brasil (15,4% a 41,0%).^{32,46} Os medicamentos potencialmente impróprios mais consumidos neste estudo, foram os antidepressivos e benzodiazepínicos, antihipertensivos, bloqueadores do canal de cálcio, diurético, nutrientes e laxantes, semelhante em termos de grupo a outros estudos feitos no Brasil^{32,33,46} e na Irlanda.⁴⁷ Os benzo Diazepínicos, possuem meia vida longa em idoso e conseqüente sedação prolongada com risco de quedas e fraturas. Os antidepressivos podem desencadear efeitos anticolinérgicos (dificuldade respiratória, visão turva, aumento do ritmo cardíaco, diminuição da pressão arterial), hipotensão ortostática e estimulação do Sistema Nervoso Central.⁹

¹ Lista de medicamento REMUME, município de Marília.

Vale destacar que tais medicamentos, embora considerados como potencialmente impróprios, podem ser utilizado num contexto de cuidados adequados, cita-se, por exemplo, a utilização de baixas doses de antidepressivos tricíclicos para o controle de dores crônicas⁵¹ ou a utilização de digoxina em doses baixas em circunstâncias particulares de Insuficiência cardíaca, mesmo em idosos.
52

Desta forma há a hipótese de que o uso desses medicamentos tanto pode ter ocorrido após uma análise individualizada e criteriosa⁶ ou refletir o desconhecimento dos prescritores em relação ao consumo de medicamentos impróprios para idosos.

5.3 Medicamentos prescritos, utilizados e dispensados pela Unidade de Saúde

De modo geral, nossos resultados mostram um sistema que funciona de forma concatenada, sucessiva e consequente, apresentando pouca descontinuidade, inesperado até, dadas as disparidades de acesso e complexidade a que a população está imersa.

Das 568 prescrições, 463 foram atendidas de alguma forma pelo sistema público, seja na própria unidade, no setor de medicações especiais ou farmácias populares, atingindo mais de 80% de dispensação. Se somamos a isso a busca das medicações em farmácias comerciais, atingimos a significativa meta de aproximadamente 85% dos idosos terem acesso ao medicamento prescrito, o que, em qualquer critério de avaliação, pode ser considerada bom.

Esses dados são indicadores indiretos do esforço dos prescritores em oferecer uma receita com medicações que constem do RENAME, pelo nome do sal, como rege a lei e do sistema em oferecer um pacote básico condizente com as necessidades, suplementado pelos programas como o MEDEX e Farmácias Populares.

5.4 Adesão ao Tratamento

Ao se analisar a **Adesão ao tratamento** medicamentoso, observou-se que **22,8%** mostraram um comportamento de não adesão ao tratamento medicamentoso,

números esses pouco superiores a estudo realizado no sul do país, onde os não aderentes foram 18,8%.⁵³

Na avaliação do **Grau de Adesão ao tratamento** foi observado que **40,3%** dos pacientes apresentaram comportamento de Baixa Adesão, estando condizente com estudos nacionais e internacionais.⁵⁴ O percentual de adesão ao tratamento medicamentoso, variou de 26,7% em Teresina,⁵⁵ Piauí e 53,9% em Campinas, São Paulo.⁴⁵

A não adesão ao tratamento de doenças crônicas é um fenômeno complexo e problema de etiologia multifatorial. Diversas abordagens têm sido propostas para explicar os comportamentos de adesão a tratamentos de saúde.

Os problemas da adesão verificam-se em todas as situações em que existe auto-administração do tratamento, independentemente do tipo de doença, qualidade e/ou acessibilidade aos recursos da saúde. A crença que os doentes são os únicos responsáveis pela adesão representa um equívoco, dado existirem diversos fatores que afetam o seu comportamento e a capacidade de adesão ao tratamento^{53,54} como questões sociais, econômicas, relacionadas aos serviços e aos profissionais de saúde etc.

Utilizando-se a escala ROMI (Rating of Medication Influences) - Escala de Influências na Medicação, foi possível observar que a "percepção de benefício diário" foi o fator mais associado à aderência e o sentimento de "desconforto por efeitos adversos" estava mais associada à não aderência.⁵⁶ Outro estudo, em pacientes com esclerose múltipla,⁵⁷ mostram a mesma relação de não aderência com presença de efeitos colaterais dos medicamentos utilizados.

Ao estudar pacientes em uso de anti-hipertensivos, o autor sugere⁵⁸ que o médico deve abordar sobre efeitos colaterais mesmo que o paciente não expresse espontaneamente e que usar a expressão **efeitos palpáveis** pode facilitar a comunicação entre ambos, além disso, o médico deve reforçar os efeitos benéficos dos tratamentos, mesmo quando surgem efeitos colaterais. Não minimizá-los, mas demonstrar que é um dos indicadores do efeito do tratamento, pois para o paciente indicam que o tratamento está dando resultados.

O esquecimento e o atraso no uso dos medicamentos foram apontados como as (principais) causas paralelas para não adesão ao tratamento, no presente estudo, sendo estes comportamentos involuntários e não intencionais.

Podem, portanto, eventualmente ser melhorados, dentre outras formas, por estratégias de educação e orientação da equipe, quando comparadas às atitudes intencionais⁵⁸ e assemelham-se aos problemas relacionados com a não adesão ao tratamento, em outras cidades brasileiras.^{55,60,61,62}

Alguns dos motivos relacionados com a não adesão, são possíveis de (resolução) intervenção, através de uma melhor gestão na aquisição e distribuição dos medicamentos, mantendo-se lista atualizada dos medicamentos mais prescritos, de acordo com as necessidades de saúde da população, e às queixas dos pacientes. A identificação dos problemas relacionados as dificuldades na tomada dos medicamentos, o conhecimento sobre a doença, a prescrição adequada em relação ao número de medicamentos prescritos são outras variáveis passíveis de impactar a adesão.⁶³

Outra variável observada, associada à não adesão, é a dificuldade de acesso do paciente ao tratamento medicamentoso (seja por falta dos medicamentos, falta da receita médica, etc), principalmente aos medicamentos de uso contínuo, utilizados no tratamento da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e/ou problemas referentes à saúde mental. Fatores associados foram observados no Sul e Nordeste do País, e os resultados revelam importante iniquidade em saúde, reforçando a necessidade de políticas para ampliar o acesso principalmente para populações mais pobres e em desvantagem.⁶⁴

5.5 Medicamentos prescritos dispensados e utilizados

Em nosso estudo, foram **dispensados**, pelos serviços públicos, 81,5% dos medicamentos **prescritos**, sendo que 83,8% foram **utilizados** pelos idosos, e 16,1% dos medicamentos prescritos, não foram dispensados. Semelhante resultado, foi encontrado em Florianópolis, SC.⁵⁰ Grande parte dos medicamentos prescritos constam da lista do REMUME, merecendo especial atenção do gestor, a inclusão de novas drogas.

Apesar do percentual elevado de medicamentos dispensados, dentre os medicamentos **prescritos**, destacam-se algumas classes de medicamentos que não foram **dispensados pelos serviços públicos**, (alguns antidepressivos, anticonvulsivantes e antilipêmicos).

Dentre os medicamentos **prescritos e não utilizados**, destacam-se algumas classes, como alguns os anti-hipertensivos, os antilipêmicos e os antimicrobianos, podendo estar relacionado ao acesso do paciente à medicação.^{46,59}

As explicações possíveis para essa dificuldade são que alguns medicamentos não constam da lista de medicamentos padronizados pelo município, ou do MEDEX; a ocorrência de prescrição de sais similares e que têm exatamente a mesma função dos disponibilizados e, por isso, não são padronizados ou ausência das medicações psicoativas em USF ou UBS tradicionais, uma vez que são habitualmente dispensadas em Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS-AD) ou Núcleos de Assistência à Saúde da Família (NASFs) ou outros locais que alberguem profissionais da saúde mental semelhante ao estudo realizado no município de Florianópolis e região sul e nordeste do país.^{50,64} Os medicamentos **prescritos e não dispensados** pela Unidade de Saúde, interferem certamente na adesão dos pacientes.

Outras causas comumente relacionadas são a dificuldade de acesso, o desconhecimento, o onde e como adquiri-lo ou ainda a dificuldade de deslocamento da população idosa. Segundo Bello,⁶⁵ a dificuldade de acesso, o tempo de espera, o local para entrega de medicamentos, principalmente os excepcionais, provoca sofrimentos para as pessoas que necessitam dos mesmos e podem (significar) resultar, eventualmente, no abandono ao tratamento.

5.6 Formas de armazenamento dos medicamentos no domicílio

No domicílio dos idosos, dos 655 medicamentos que estavam sendo utilizados por eles, 68,4%, encontrava-se armazenado no armário ou gaveta da cozinha. Não foram encontrados nas casas dos pacientes, medicamentos expostos à luz solar, umidade ou calor excessivo.

A luz, a temperatura elevada, a umidade, a ventilação e o manuseio adequado dos medicamentos, podem afetar a estabilidade dos mesmos. Quanto ao armazenamento, destaca-se ainda que o fato da maioria fazê-lo na cozinha, parece facilitar o acesso e a lembrança de tomá-los. Por outro lado, o fato de alguns, guardarem os medicamentos fora da embalagem, dificulta o reconhecimento e sua utilização adequada, oferecendo risco potencial de troca de drogas e superdosagem. Resultado inferior foi observado no município de Santa Rosa /RS.⁶⁶

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da necessidade da criteriosa atenção em relação ao uso de medicamentos entre os idosos, desenvolveu-se o presente estudo que analisou as características de 114 prescrições de idosos que passaram por consulta em Unidades da Estratégia da Saúde da Família. Os dados sociodemográficos dos idosos estudados apontam, que não existem diferenças em relação ao que mostram outros estudos com essa população. A maioria é mulher, vive sem o companheiro, tem baixo grau de escolaridade e baixa renda. Em relação ao diagnóstico médico referido, as Doenças do Sistema Cardiovascular (Hipertensão Arterial), as doenças do Sistema Endócrino (Diabetes Mellitus do tipo 2 e Hipotireoidismo), as Doenças Infecciosas (Resfriado/Gripe) e as Doenças Osteoarticulares (Dores Crônicas) foram as mais prevalentes, dados que reforçam os encontrados em outros estudos nacionais e internacionais, que relataram tais doenças como as mais prevalentes, exigindo acompanhamento constante da equipe de saúde, monitoramento e controle adequado, além da dispensação regular de medicamentos.

O fato de ter sido analisada apenas a prescrição da última consulta, por certo, não revela a totalidade dos medicamentos utilizados pelos idosos no seu cotidiano. Por outro lado, o fato de ter procurado a consulta por uma condição ou por queixas agudas como as relacionadas ao sistema osteoarticular, respiratório, digestório e sistema nervoso central, podem ter levado a prescrições temporárias de medicamentos, tornando essa média acima do que normalmente utiliza.

De qualquer forma, é certo que eles utilizam grande quantidade de medicamentos, na maioria das vezes necessários à manutenção das condições de vida e saúde. Mesmo assim, são considerados esquemas complexos e que demandam contínuo acompanhamento com vistas ao seu uso adequado.

No que se refere aos indicadores da OMS, observa-se que existe uma direção nesse sentido, uma vez que a maioria dos indicadores se aproxima do recomendado.

No que diz respeito a utilização das medicações potencialmente impróprias em idosos, ocorreu de forma menor do que o encontrado comumente na literatura e não deixa de ser motivo de otimismo em relação às intervenções medicamentosas em idosos na ESF.

De maneira geral, a prescrição de medicamentos aos idosos e seu armazenamento na região de Marília (SP) pode ser considerada efetiva. A adesão à terapêutica, problema complexo e multifatorial enfrenta dificuldades semelhantes às identificadas em outros estudos nacionais e internacionais.

As classes de medicamentos disponíveis no município de Marília contemplam 81,5% das necessidades de medicamentos prescritos para a pessoa idosa. Observa-se, no entanto que, aproximadamente 20% da população não têm acesso à algumas drogas.

É inegável, que a disponibilidade de medicamentos gratuitos, ofertados pelos governos (municipal, estadual e federal) facilitou o acesso ao tratamento medicamentoso prescrito, podendo significar maior controle dos agravos. A prescrição, a distribuição, a utilização e a guarda adequada dos medicamentos (apesar de alguns problemas observados), traz aos idosos, uma nova oportunidade no controle das doenças agudas e principalmente crônicas, contribuindo para o aumento da longevidade.

Sugerimos que as Unidades de Saúde sejam Núcleos de Notificação de prováveis Eventos Adversos dos Medicamentos, oriundos da vulnerabilidade desta população, da iatrogenia, das interações medicamentosas e intercorrências, vislumbrando melhor qualidade no cuidado ao idoso.

Sugerimos ainda, estudar a possibilidade de organizar o fluxo de distribuição dos medicamentos e/ou inclusão de novas drogas, como antilipêmicos, e bronqueolíticos, antihipertensivos e antidiabéticos, facilitando o acesso e auxiliando melhor controle destas patologias; A possibilidade de uma seleção mais criteriosa que valorize e considere esta faixa etária, redefinindo a seleção e disponibilização de alguns itens, que baseado em evidências e estudos fármaco epidemiológicos, poderão favorecer o uso racional e seguro desses insumos terapêuticos.

A capacitação da equipe de saúde, para prescrição adequada, de acordo com protocolos clínicos e baseada em evidências (gestão da clínica), a dispensação realizada por profissionais habilitados para tal, capazes de orientar adequadamente a pessoa idosa quanto ao uso, a guarda e conservação dos mesmos.

A sugestão de um trabalho organizado em rede, possibilitando uma rede interligada e integrada da assistência farmacêutica (em todos os pontos de atenção), com diretrizes estabelecidas, fluxos, rotinas, protocolos, visando facilitar o acesso e

o deslocamento da pessoa idosa , diminuindo custos e proporcionando maior qualidade no cuidado ao idoso.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
2. Cruz DT, Caetano VC, Leite ICG. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. Cad Saúde Colet. 2010, Rio de Janeiro,18(4): 500-8.
3. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública. 2009;43(3):548-54.
4. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
5. Marin MJS, Cecílio LCO, Perez AEWUF, Santella F, Silva CBA, Gonçalves Filho JR, Roceti LC, Cola L. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2008;24(7):1545-55.
6. Silva CSO, Pereira MI; Yoshitome YA; Neto JFR; Barbosa DA. Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Esc. Anna Nery [online].2010;14(4):811-818.
7. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [citado 23 jan 2014];63(1):136-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a23.pdf>
8. Frohlich SE, Mengue SS. Os indicadores de qualidade da prescrição de medicamentos da Organização Mundial da Saúde ainda são válidos?. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(4):2289-96.
9. Fick D, Semla T. Improving medication use in gerontological nursing: now is the time for interdisciplinary collaboration and translation. J Gerontol Nurs. 2011;37(8):3-4.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 19 dez 1973 [citado 23 jan 2013]. Disponível em http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei_5991_73.htm
11. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;5(3 Suppl):3561-7.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento de pessoas que vivem com HIV e AIDS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
13. World Health Organization (WHO). The safety of medicines in public health programmes: pharmacovigilance an essential tool. Geneva: WHO; 2006.
14. Willians C. Using medications appropriately in older adults. *Am Fam Physician*. 2002;66(10):1917-24.
15. São Paulo (Cidade). Prefeitura Municipal. Centro de Informações sobre Medicamentos. Uso de medicamentos pelo idoso [Internet]. São Paulo; 2003. [citado 7 jan 2014]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/assistenciafarmaceutica/cim-informa0101.pdf>
16. Flores LMF, Mengue SS. Drug use by the elderly in southern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(6):924-9.
17. Carvalho MFC. A polifarmácia em idosos do Município de São Paulo: Estudo SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento [dissertação na Internet]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2007. 195 p. [citado 7 jan 2014]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-05122007-083756/>
18. Gauterio DP, Santos SSC, Strapasson CMS, Vidal DAS, Piexak DR. Uso de medicamentos por pessoas idosas na comunidade: proposta de ação de enfermagem. *Rev Bras Enferm.*; 2013;66(5):702-8.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a política nacional de medicamentos. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 10 nov. 1998. [citado 7 jan 2014]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria_3916_98.pdf
20. Baldoni AO, Pereira LRL. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2011;3(3):313-21.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
22. Pereira VR. Métodos alternativos no critério Brasil para a construção de indicadores sócio-econômico: teoria da resposta ao item [dissertação na Internet]. Rio de Janeiro (RJ): Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2004. 103 p. [citado 23 jan 2013]. Disponível em: http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=5253@1

23. Santos FS, Oliveira KR, Colet CF. Adesão à terapia medicamentosa em diabéticos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Ijuí/RS: um estudo exploratório. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2010;31(3):223-27.
24. Groff DP, Simões PWTA, Fagundes ALSC. Adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos tipo II usuários da estratégia saúde da família situada no bairro Metropol de Criciúma, SC. *ACM Arq Catarin Med.* 2011;40(3),43-8.
25. Demoner MS, Ramos ERP, Pereira ER. Fatores associados à adesão ao tratamento anti hipertensivo em Unidade Básica de Saúde. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(1):27-34.
26. World Health Organization (WHO). The safety of medicines in public health programmes: pharmacovigilance an essential tool. Geneva: WHO; 2006.
27. World Health Organization (WHO). Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomical Therapeutic Chemical classification system with Defined Daily Doses (ATC/DDD Index) [Internet]. Geneva: WHO; 2006. [cited 2006 Jul 4]. Available from: <http://www.whocc.no/atcddd/>
28. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 dezembro de 2012. Aprovação das diretrizes, normas de regulamento, pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 13 jun 2013; Seção 1: 59.
29. Pilger C, Manon MH, Mathias TAF. Características sócio demográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev Latinoam Enferm.* 2011;19(5):1230-8.
30. Rocha CH, Oliveira APS, Ferreira C, Faggiani FT, Schroeter G, Souza ACA, DeCarli GA, Morrone FB, Werlang MC. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(Supl):703-10.
31. Galato D, Silva ES, Tiburcio LS. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polifarmácia. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(6):2899-905.
32. Santos TR, Lima DM, Nakatani AYK, Pereira LV, Leal GS, Amaral RG. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2013;47(1):94-103.
33. Silva GOB, Gondim APS, Monteiro MP, Frota MA, Meneses ALL. Uso de medicamentos contínuos associados em idosos de Quixadá, Ceará. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(2):386-95.
34. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Informações em saúde suplementar [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2013 [citado 10 dez 2013]. Disponível em: www.ans.gov.br/anstabnet?cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_02.def

35. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES.. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde. Rev Saúde Pública. 2008;42(4):733-40.
36. Virtuoso JF, Mazo GZ, Menezes EC, Cardoso ASA, Dias RG, Balbé GP. Perfil de morbidade referida e padrão de acesso a serviços de saúde por idosos praticantes de atividade física. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(1):23-31.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Pactuação unificada de indicadores [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [citado 5 ago 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume11.pdf.
38. Coelho SAS, Santos FC, Souza PMR, Gambarro RC, Lorenzet IC, Cendoroglo MS Manifestações osteoarticulares de doenças não reumatológicas em idosos: revisão. RBM Rev Bras Med. 2010;67(8 Supl):3-11.
39. Mota PM, Lima ALZ, Coelho E, Paula EMX, Furini AAC. Estudo sobre a utilização de antiinflamatórios não esteroidais prescritos em receitas para idosos da região Noroeste Paulista. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2010;31(2):157-63.
40. Agnolon MC, Santos SS, Almeida MHM. Grupo de orientação postural a idosos com dor osteomuscular: estabelecendo relações entre teoria e prática. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2006;17(2):80-6.
41. Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª edição (CIAP- 2). [tese]. Florianópolis: Faculdade de Medicina Estudo; 2009. [196] p.
42. Landsberg G, Savassi LCM, Sousa AB, Freitas JMR, Nascimento JS, Azagra R. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil. Utilizando a CIAP. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(11):3025-36.
43. Wändell P, Carlsson AC, Wettermark B, Lord G, Cars T, Ljunggren G. Most common diseases diagnosed in primary care in Stockholm, Sweden, in 2011. Fam Pract. 2013;30(5):506-13.
44. Vieira LB, Cassiani SHB. Avaliação da adesão medicamentosa de pacientes idosos hipertensos em uso de polifarmácia. Rev Bras Cardiol. 2014;27(3):195-202.
45. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. Ciênc Saude Coletiva. 2010;15(3 Supl):3507-15.
46. Gontijo MF, Ribeiro AQ, Klein CH, Rozenfeld S, Acurcio FA. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saude Pública. 2012;28(7):1337-46.

47. Ryan C, O'Mahony D, Kennedy J, Weedle P, Byrne S. Potentially inappropriate prescribing in an Irish elderly population in primary care. *Br J Clin Pharmacol*. 2009;68(6):936-47.
48. Sicras Mainar A, Orti GM, Ramos BF. Relationship of polymedication in controlling blood pressure: compliance, persistence, costs and incidence of new cardiovascular events. *Med Clin (Barc)*. 2013;141(2):53-61.
49. Oliveira MA, Oliveira MA, Francisco PMSB, Costa KS, B MBA. Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(2):335-45.
50. Aziz MM, Calvo MCM, D'Orsi E. Medicamentos prescritos aos idosos em uma capital do Sul do Brasil e a Relação Municipal de Medicamentos. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(1):52-64.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1083, de 2 de outubro de 2012. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dor crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
52. Andrade JP. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol [Internet]*. 2009 [citado 5 ago 2014].93(1):3-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009002000001.
53. Walter SBH, Faioli M, Carvalho G, Valadão A, Abreu M. Adesão medicamentosa de pacientes do hiperdia pelo teste Haynes-Sacket. In: Anais do Congresso Sul-Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade; 2012; Florianópolis, SC [Internet]. Florianópolis (SC): Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2012. [citado 7 dez 2014]. Disponível em: <http://www.cmfc.org.br/sul/article/view/50/27>.
54. Natarajan N, Putnam W, Van Aarsen K, Beverley Lawson K, Burge F. Adherence to antihypertensive medications among family practice patients with diabetes and hypertension. *Can Fam Physician*. 2013;59(2):e93-e100.
55. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(7):1885-92.
56. Rosa MA, Marcolin MA, Elkis H. Avaliação dos fatores de aderência ao tratamento medicamentoso entre pacientes brasileiros com esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27:178-84.
57. Fiore APP, Fragoso YD. Tolerability, adverse events and compliance to glatiramer acetate in 28 patients with multiple sclerosis using the drug continuously for at least six months. *Arq Neuropsiquiatr* 2005;63(3B):738-40.

58. Benson J, Britten N. What effects do patients feel from their antihypertensive tablets and how do they react to them? Qualitative analysis of interviews with patients. *Fam Pract* 2006;23(1):80-7.
59. Santos DB, Neto JA, Rodrigues EL. Avaliação da adesão ao tratamento e perfil dos pacientes atendidos pelo Programa Hiperdia em Santa Bárbara do Goiás [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2006.
60. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(6):1763-72.
61. Daniel ACQG, Veiga EV. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. *Rev Bras Hiper*. 2010;17(1):4-63.
62. Gutiérrez-Angulo ML, Lopetegi-Uranga P, Sánchez-Martín I, Garaigordobil-Landazabal M. Therapeutic compliance in patients with arterial hypertension and type 2 diabetes mellitus. *Rev Calid Asist*. 2012;27(2):72-7.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Uso racional de medicamentos: temas selecionados / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
64. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(2):267-80.
65. Bello CB. Acesso a medicamentos: experiência da população de baixa renda na região do Butantã, São Paulo [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2009. 131 p.
66. Flores VB, Benvegnu LA. Perfil de Utilização de medicamentos em idosos na zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(6):1439-46.

APENDICE A

Projeto de Pesquisa

“Uso de Medicamentos por Idosos: Análise da Prescrição, Dispensação e Utilização no Município de Marília”.

Numero: 14827813.5.0000.5413- Responsável pela Coleta: Isabel Cristina Aparecida Stefano

I-Dados coletados do prontuário

USF:.....Ficha N°:.....

Nome:Idade:.....Sexo:.....

Endereço:.....

Motivo da consulta descrito:.....

Diagnósticos médico:.....

- a. **Cardio vascular:**(1) HAS (2)Insuficiência cardíaca (3) arritmia cardíaca (4) Insuficiência coronariana (5) varizes (6) insuficiência vascular (7) Outros (0)Não
- b. **Endocrinopatia:**(1) DM-Insulino dependente (2) DM-Não insulino dependente (3) hipotireodismo (4) hipertireoidismo (5) outra , especificar:_____
- c. **Osteoarticular:**(1) osteoartrose (2) osteoporose (3) fibromialgia (4) dores crônicas
- d. **Trato gastro intestinal:** (1)Gastrite (2) diarreia crônica (3) hepatite (4) colecistite
- e. **Sistema nervoso central:** (1) Cefaléia (2) Epilepsia (3) Demência (4) Seqüela de AVC (5) neuropatia periférica
- f. **Psiquiátrica:**(1) Depressão (2) ansiedade (3) distúrbio sono (4) esquizofrenia (5) outra psicose (6) alcoolismo (7) drogaadição
- g. **Genito-urinário:** (1)incontinência urinária (2)leucorréia (3) Doença Inflamatória Pélvica (4) prostratismo (5) insuficiência renal
- h. **Trato respiratório:** (1) bronquite crônica (2) asma (3) enfisema
- i. **Doenças infecciosas:** (1) conjuntivite (2) resfriado/gripe (3) otite (4) amigdalite (5) sinusite (6) traqueobronquite (7) Pneumonia (8) ITU (9) diarreia (10) celulite/erisipela (11) úlceras crônicas/ escaras (12)TBC (13) dengue (17) HIV (18)
- j. **Sistema hematológico:** (1) anemia (2) leucemia (3) linfoma
- k. **Neoplasia:** Ca próstata (1) Ca intestino (2) Ca Pulmão (3) Ca de mama
- l. Número de consultas médicas realizadas no último ano:.....

3a. Medicamentos prescritos pelo médico

Cód Med	Medicamento(1) (como prescrito)	Gen	Com	Dose(2)	Via(3)	N. vezes por dia(4)

3b. Medicamentos dispensados

Medicamento(1) como dispensado	Quantidade

II- Dados coletados no domicílio

1. Cor : branca(1) negro(2) pardo(3) amarelo(4) outro (5)

2. Estado Civil (1) solteiro (2) casado/ união estável (3)viúvo (4) separado/divorciado

3. Escolaridade:.....total anos que estudou

(1) nenhuma (2) fundamental completo (3) fundamental incompleto

(4) médio completo (5) médio incompleto (6) técnico

(7) superior completo (8) superior incompleto (9) pos graduado

4. Ocupação

1. Não trabalha: (1)Aposentado pensionista (2)Desempregado (3) Dona de Casa (4) Estudante (5) outro.....

2. Trabalha : (1) autônomo (2) funcionário público (3) Militar (4) profissional liberal

(5) Proprietário de comércio (6) proprietário de serviços (7) Trabalhador do comércio (8) trabalhador da indústria (9) Trabalhador de serviços

5. Renda familiar: SM valor em XX

Sem renda (1) até 1 SM (2) 1 a 2 SM (3) 2 a 3(4) 3 a 5 SM (5) 5 a 10 SM

(6) 10 a 20 SM (7) >20 SM

6. Número de pessoas que moram na casa.....

7. CLASSE SOCIAL (CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA DO BRASIL).

Grau de instrução (do responsável pelo domicílio)		
Analfabeto/primário incompleto(1)	Primário completo/ginásio incompleto (2)	Colegial incompleto/ ginásial incompleto (3)
Colegial completo (4)	Superior incompleto (5)	Superior completo (6)

Utensílios domésticos	0	1	2	3	4
TV em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada doméstica	0	2	4	4	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Máquina de lavar roupas	0	1	1	1	1
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Vídeo cassete/DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer	0	1	1	1	1

() Classe A1: 30 a 40 pontos / () Classe A2: 26 a 29 pontos / () Classe B1: 21 a 24 pontos / () Classe B2: 17 a 20 pontos / () Classe C: 11 a 16 pontos / () Classe D: 6 a 10 pontos.

8. Tem Plano de saúde? (1) Não (2) Sim : qual

9. Internação nos últimos 3 meses (1) Não (2) Sim

10. Realiza consulta regular na USF (1) Não (2) Sim frequência :

11. Recebe visita regular do agente comunitário (1) não (2) sim: quando

12. Motivo referido para a última consulta na USF

.....

13- Diagnósticos médico referido pelo paciente

- a. **Cardio vascular:**(1) HAS (2)Insuficiência cardíaca (3) arritmia cardíaca (4) Insuficiência coronariana (5) varizes (6) insuficiência vascular (7) Outros (0)Não
- b. **Endocrinopatia:**(1) DM-Insulino dependente (2) DM-Não insulino dependente (3) hipotireodismo (4) hipertiroidismo (5) outra , especificar:_____
- c. **Osteoarticular:**(1) osteoartrose (2) osteoporose (3) fibromialgia (4) dores crônicas
- d. **Trato gastro intestinal:** (1)Gastrite (2) diarreia crônica (3) hepatite (4) colecistite
- e. **Sistema nervoso central:** (1) Cefaléia (2) Epilepsia (3) Demência (4) Seqüela de AVC (5) neuropatia periférica
- f. **Psiquiátrica:**(1) Depressão (2) ansiedade (3) distúrbio sono (4) esquizofrenia (5) outra psicose (6) alcoolismo (7) drogaadição

16. Teste de Morisky

1. Você, alguma vez, esquece de tomar os seus medicamentos. Sim(1) Não(2)
2. Você, às vezes, é descuidado com o uso de seus medicamentos. Sim(1) Não(2).
3. Quando você se sente bem, alguma vez, deixa de tomar o seu medicamento. Sim(1) Não(2)
4. Quando você se sente mal com o medicamento, alguma vez, deixa de tomá-lo.

Sim(1) Não (2)

Dados referentes aos medicamentos Tabela na próxima página

15. Dados referentes ao uso de medicamentos: Visita na residência da pessoa idosa

Local de armazenagem : o mais fidedigno possível.: armário da pia do banheiro, em cima da geladeira, caixa dentro do guarda-roupa etc.

Medicamento Embalagem	Principio ativo/sal	Prescrito Sim(1) Não(2)	Dispensado pela Unidade Sim(1)Não(2)	Forma de aquisição	Posologia prescrita	Posologia usada	Qtdd existente Em casa (Unidade)	Local de armazenagem			
								Embal	local	umidade	bate sol,luz,cal

Embalagem: ampola, cartela, caixa,frasco, vidro, recipiente plástico, recipiente vidro, caixa sapato (descrever) etc...

Local: despensa(D),filtro água(F), armário Banheiro/quarto (A), Caixa Guarda Roupa(CGR), Gavetas(G), em Cima da geladeira (CG), outro? Qual_____...

Bate sol(S), muito quente(Q), Luz Solar (LS) Local úmido (U) Próximo a fonte de calor(FC)

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Titulo do estudo: “USO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS: ANÁLISE DA PRESCRIÇÃO, DISPENSAÇÃO E UTILIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE MARILIA/SP”

Informo que sou aluna do Curso de Mestrado Acadêmico, “Biologia e Envelhecimento” da Faculdade de Medicina de Marília e estou desenvolvendo um Projeto de Mestrado com o objetivo de analisar aspectos relacionados à prescrição, dispensação e utilização de medicamentos pelos usuários das ESF neste município, com destaque aos grupos etários: de idosos. A sua finalidade é evidenciar os problemas para possíveis medidas de intervenção. As respostas que você ou o idoso emitirem serão registradas no impresso que foi desenvolvido para servir de roteiro para a coleta dos dados, o qual se encontra disponível para o seu conhecimento. Para sua segurança, informamos que terá a garantia de:

- * Receber todas as informações que achar necessárias sobre a pesquisa a ser desenvolvida.
- * Ter sua identificação preservada.
- * Retirar seu consentimento em qualquer parte dos questionários sem problemas por este ato.
- * Não sofrer nenhum prejuízo por minha participação;
- * Ser informado (a) dos resultados dos estudos;
- * Ser esclarecido de qualquer dúvida por meio de contato com o pesquisador responsável
- * Sua participação não implicará em custos financeiros para você ou para o sistema de saúde;

É importante que saiba que os os resultados do estudo podem ser divulgados em eventos científicos ou publicados em revista científica.

Caso possa colaborar com o estudo, para atender as exigências éticas de pesquisa com seres humanos queira, por favor, preencher o termo de consentimento.

Eu _____ portador do RG nº _____ após ter sido informado (a) sobre o trabalho, concordo em participar do mesmo.

Marília, ____ de _____ de 2013.

Ass. do entrevistado

Ass. do pesquisador principal
Nome: Isabel Cristina Aparecida Stefano
COREN 18603

Ass. do pesquisador

ANEXO A

Parecer Consubstanciado do CEP

FACULDADE DE MEDICINA DE
MARÍLIA-FAMEMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uso de Medicamentos por Idosos: Análise da Prescrição, Dispensação e Utilização no Município de Marília

Pesquisador: Isabel Cristina Aparecida Stefano

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14827813.5.0000.5413

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Marília ((FAMEMA))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 303.105

Data da Relatoria: 13/06/2013

Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa visa conhecer a prática de prescrição, dispensação e utilização de medicamentos por idosos usuários da rede básica de saúde do município de Marília, visando subsidiar políticas e ações que possam auxiliar no uso adequado de medicamentos

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos

Objetivo geral: analisar aspectos relacionados à prescrição, dispensação e utilização de medicamentos pelos idosos atendidos pela ESF de um município de médio porte.

2.1 Objetivos específicos

1. Caracterizar aspectos demográficos e epidemiológicos e perfil de morbidade de idosos que passam por consulta médica na ESF.
2. Caracterizar as classes farmacológicas dos medicamentos mais prescritos aos idosos.
3. Analisar as prescrições medicamentosas utilizando os indicadores de prescrição de medicamentos propostos pela OMS;
4. Comparar o medicamento prescrito com sua respectiva dispensação e utilização;
5. Verificar a ocorrência de automedicação;
6. Verificar a adesão ao uso dos medicamentos prescritos.

Endereço: Rua: Orlando Righetti, 269
Bairro: Fragata **CEP:** 17.519-230
UF: SP **Município:** MARÍLIA
Telefone: (14)3402-1744 **Fax:** (14)3422-1079 **E-mail:** dirpos@famema.br

**FACULDADE DE MEDICINA DE
MARÍLIA-FAMEMA**

Continuação do Parecer: 303.105

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não existem riscos estimados, por se tratar de estudo observacional.

Benefícios: poderá subsidiar a tomada de decisão do poder público e das instituições formadoras de profissionais de saúde

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa trará mais informações a respeito da prescrição dispensação e utilização de medicamentos por idosos, visto que os idosos utilizam uma grande quantidade de medicamentos, é necessário saber se os medicamentos prescritos estão sendo utilizados corretamente

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nenhuma

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado - Retirar Documentos assinados pelo CEP/FAMEMA após 20/06/13

MARILIA, 13 de Junho de 2013


Assinador por:Valdeir Fagundes de Queiroz
(Coordenador)

Endereço: Rua: Orlando Righetti, 269
Bairro: Fragata CEP: 17.519-230
UF: SP Município: MARILIA
Telefone: (14)3402-1744 Fax: (14)3422-1079 E-mail: dirpos@famema.br