

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

GUSTAVO HENRIQUE DE MELO DA SILVA

**POLITICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS: DISCUTINDO POLIFARMÁCIA EM
IDOSOS DE UMA UNIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DE FAMÍLIA DE
MANHUAÇU, MINAS GERAIS**

VITÓRIA-ES

2019

GUSTAVO HENRIQUE DE MELO DA SILVA

**POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS: DISCUTINDO POLIFARMÁCIA DE
UMA ASSISTIDOS POR UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
MANHUAÇU, MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana Carrupt Machado Sogame

Área de Concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais

VITÓRIA-ES

2019

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

S586p Silva, Gustavo Henrique de Melo da
Política Nacional de Medicamentos : discutindo polifarmácia em idosos de uma unidade da Estratégia Saúde da Família de Manhuaçu, Minas Gerais / Gustavo Henrique de Melo da Silva. - 2019.
89 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2019.

1. Idoso. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Políticas Públicas de Saúde. 4. Multimorbidade. 5. Polifarmácia. I. Sogame, Luciana Carrupt Machado. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 305.26

GUSTAVO HENRIQUE DE MELO DA SILVA

**POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS:
DISCUTINDO POLIFARMÁCIA EM IDOSOS DE UMA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DE FAMÍLIA EM
MANHUAÇU- MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 19 de dezembro de 2019

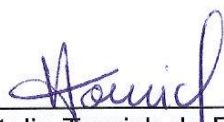
BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Luciana Carrupt Machado Sogame
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientadora



Profª Drª Gissele Carraro
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM



Profª Drª Natalia Tomich de Paiva Miranda
Centro Universitário UniFacig

Dedico a minha família e a todos os professores, pacientes que contribuíram para que esse próximo passo foi dado em minha trajetória acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e ao Senhor Jesus Cristo, por ter permitido alcançar mais um importante degrau em minha carreira acadêmica.

A minha família, por ser o suporte em vida nas alegrias e tribulações presentes como elo de fortaleza em todos os momentos.

A minha orientadora Profa. Dra. Prof.^a Dr.^a Luciana Carrupt Machado Sogame, peça fundamental nessa caminhada, sua vida estará marcada de maneira em especial até os fins de meus dias por me ensinar com louvor todos os conhecimentos adquiridos nesta etapa.

Ao Centro Universitário UNIFACIG, por acreditar em mim em todos os momentos.
A EMESCAM por ter juntamente com sua equipe me proporcionado esta oportunidade de crescimento profissional e acadêmico.

Aos idosos por aceitarem participar desta pesquisa e aos colaboradores do ESF São Vicente por nos acolherem neste período durante todo processo de execução.

RESUMO

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), sancionada em 1998, teve como objetivo assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, sendo um processo que foi construído ao longo de 10 anos, desde o início do Sistema Único de Saúde (SUS). A Estratégia de Saúde da Família inseriu-se no contexto da Assistência Farmacêutica Básica com a regulamentação da Portaria 204 de 2007, ampliando a cobertura de ações na descentralização do fornecimento de medicamentos. Apesar das estratégias para redução do consumo de medicamento de maneira inadequada, o uso de múltiplos medicamentos, ou polifarmácia, é comum e crescente na prática clínica, principalmente em pessoas acima de 65 anos. A presente pesquisa teve como objetivo analisar a associação das condições de saúde e a polifarmácia em idosos assistidos na Estratégia de Saúde da Família do Município de Manhuaçu à luz da PNM. Para tanto, realizou-se um estudo observacional transversal realizado na Unidade São Vicente de Manhuaçu. Caracterizou-se o perfil socioeconômico, demográfico, de condições de saúde do idoso e verificou-se o número de medicamentos utilizados. Dos 229 idosos selecionados a prevalência de polifarmácia foi de 43% sendo que os idosos apresentavam uma média de idade de 71,88 ($\pm 8,35$) anos (71%). A maioria dos idosos eram mulheres (65%), da raça branca (59%), casados (51%), com primeiro grau de escolaridade (41%), renda de 1 a 3 salários mínimos (41,5%), 91% não fumavam, 86% não consumiam bebidas alcólicas, não praticavam atividade física (66%), não possuíam plano de saúde (57%), não estiveram internados no último ano (86%), apresentavam alguma condição crônica de saúde (80%), com predominância de doenças cardiovasculares (56%). Cinco variáveis foram associadas à polifarmácia: idade, uso de bebidas alcoólicas, prática de atividade física, internação no último ano e presença de doença crônica. O presente estudo contribuiu para melhor compreensão e demonstração de que a polifarmácia em idosos, acompanhados na ESF, ainda constitui-se um problema comum e que estratégias de prevenção são necessárias na tentativa de redução da mesma. A qualificação profissional tem papel fundamental na prevenção da polifarmácia através de uma avaliação geriátrica multidimensional permitindo uma racionalização da prescrição médica nesta faixa etária assim como estratégias de prevenção e complicações de multimorbidades.

Palavras Chave: Políticas Públicas de Saúde. Idoso. Multimorbidade. Polifarmácia Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The National Medicines Policy (PNM), sanctioned in 1998, aimed to ensure the access of the population to safe, effective and quality medicines, the lowest possible cost being a process that was built over 10 years since the beginning of the Unified Health System (SUS). The Family Health Strategy was inserted in the context of Basic Pharmaceutical Assistance with the regulation of Ordinance 204 of 2007 expanding the coverage of actions in the decentralization of the supply of medicines. Despite strategies to reduce drug use in an inadequate manner, the use of multiple drugs, or polypharmacy, is common and increasing in clinical practice, especially in people over 65 years of age. The present study was aimed at analyzing the association of health conditions and polypharmacy in elderly people assisted in the Family Health Strategy of the city of Manhuaçu in the light of the PNM. For this purpose, an observational cross-sectional study was conducted at the São Vicente de Manhuaçu Unit. The socioeconomic, demographic, and health profile of the elderly was characterized and the number of drugs used was verified. Of the 229 selected elderly, the prevalence of polypharmacy was 43% and the elderly had a mean age of 71.88 (8,35) years (71%). Most of the elderly were women (65%), white (59%), married (51%), with first degree of education (41%), income from 1 to 3 minimum wages (41.5%), 91% did not smoke, 86% did not drink alcohol, did not practice physical activity (66%), had no health insurance (57%), were not hospitalized in the last year (86%), had some chronic health condition (80%), with predominance of cardiovascular diseases (56%). Five variables were associated with polypharmacy: age, alcohol use, physical activity, hospitalization in the last year and presence of chronic disease. This study contributed to a better understanding and demonstration that polypharmacy in the elderly, accompanied by FHS, is still a common problem and that prevention strategies are necessary in the attempt to reduce it. Professional qualification plays a key role in the prevention of polypharmacy through a multidimensional geriatric evaluation allowing a rationalization of medical prescription in this age group as well as prevention strategies and complications of multimorbidities.

Keywords: Public Health Policy. Aged. Multimorbidity. Polypharmacy. Family Health Strategy.

LISTA DE SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Caps	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEME	Central de Medicamentos
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
Comare	Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Rename
Conitec	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
DCNT	Doença Crônica Degenerativa não Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
laps	Institutos de Aposentaria e pensão
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
Mesp	Ministério da Educação e Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
Pais	Programa de Ações Integradas da Saúde
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAUMP	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
Prev-Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
Piass	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAMHPS	Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 JUSTIFICATIVA.....	15
1.2 OBJETIVOS.....	15
1.2.2 Objetivo Geral.....	16
1.2.3 Objetivos Específicos.....	16
2 MATERIAL E MÉTODO.....	17
2.1 TIPO DE PESQUISA.....	17
2.2 LOCAL.....	18
2.3 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA.....	18
2.3.1 Cálculo Amostral.....	18
2.3.2 Critérios de Inclusão.....	19
2.3.3 Critérios de Exclusão.....	19
2.4 MÉTODO/PROTOCOLO.....	19
2.4.1 Perfil sócio demográfico e de saúde dos idosos.....	20
2.4.2 Medicamentos em uso.....	20
2.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	21
2.5.1 Análise descritiva.....	21
2.5.2 Análise Inferencial.....	21
2.6 QUESTÕES ÉTICAS.....	22
3 A CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS FARMACÊUTICAS NO BRASIL.....	23
3.1 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	23
3.2 REDEMOCRATIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE A POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS.....	32
3.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA E RISCOS DE POLIFARMÁCIA NO IDOSO.....	44
3.3.1 Disponibilização e dispensação de medicamentos na atenção básica.....	44
3.3.2 Polifarmácia no idoso.....	45
4 FATORES RELACIONADOS A POLIFARMÁCIA EM IDOSOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	50
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65

REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICES.....	77
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Idoso.....	78
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Família.....	79
APÊNDICE C - Instrumento de Coleta de Dados.....	80
ANEXOS.....	82
ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP.....	83
ANEXO B - Instruções aos Autores.....	86

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos mais relevantes desafios do século XXI. No mundo todo a cada segundo duas pessoas celebra seu sexagésimo aniversário, em um total anual de 58 milhões de aniversários de 60 anos. Uma em cada 9 pessoas no mundo tem 60 anos de idade ou mais e estima-se o crescimento para 1 em cada 5 por volta de 2050. O número de centenários aumentará globalmente de 316.600, em 2011, para 3,2 milhões em 2050. O envelhecimento populacional apresenta importantes implicações e de longo alcance para todos os domínios da sociedade e é um fenômeno que já não pode mais ser ignorado (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012).

A lei nº 8.842, de janeiro de 1994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso instituído pela Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, consideram como sendo idosos em nosso país pessoas com 60 anos e mais de idade. O censo demográfico realizado pelo IBGE em 2011, atualiza a população brasileira em 190.755.199 milhões de pessoas, sendo que 20.590.599 milhões, ou seja, aproximadamente 10,8 % da população total são formadas por idosos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

As mudanças ocorridas nas taxas de natalidade e mortalidade levando a uma transição de elevadas taxas para reduzidas, trouxe ao debate da transição demográfica importantes mudanças nas estruturas populacionais. Essas alterações têm ocorrido rapidamente, exigindo um ajuste rápido e adequado que não se realizará sem a intervenção do Estado, através de políticas públicas fundamentais (BRITO, 2007).

A população idosa em 1940 representava 4,1 % da população total brasileira e passou a representar aproximadamente 11 % em 2010, em valores absolutos aumento de 1,7 milhão para 21,6 milhões, enquanto que a população muito idosa (80 anos ou mais) passou de 170,7 mil para 2,9 milhões, espera-se que esse contingente alcance em 2050 um total de 13,3 milhões (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2014). A população de idosos acima de 65 anos no Estado de Minas Gerais atualmente

representa 9,51 % da população geral e segundo projeções para 2030 representará 15,24 % (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

Ao contrário do que ocorreu em muitos países desenvolvidos, no Brasil, esse envelhecimento tem sido muito rápido, desde a década de 1940 é na população idosa que se observam as maiores taxas de crescimento populacional (KÜCHEMANN, 2012).

Estima-se que 3 em cada 4 idosos de 65 anos ou mais na população mundial seja portador de uma Doença Crônica Degenerativa não Transmissível (DCNT), nesta faixa etária as complicações e piora nas condições de saúde exacerbam, pioram em severidade e novas condições tornam-se presentes (HAAP; MION; DUFFY, 2018).

As doenças crônicas não transmissíveis constituem um dos maiores problemas de saúde pública atualmente e têm gerado elevado número de mortes prematuras, com perda da capacidade para realizar as atividades da vida cotidiana e grande impacto financeiro para a sociedade. Atualmente no Brasil as DCNT correspondem por 72 % de todas as mortes atingindo indivíduos de todas as classes econômicas, mas principalmente os grupos mais vulneráveis como idosos e pessoas de baixa renda e escolaridade (BRASIL, 2015).

O aumento da expectativa de vida da população acarreta o aumento do contingente de DCNT demandando assistência contínua na qual o uso de medicamentos tem papel importante. Os idosos representam os principais consumidores de medicamentos de uma população, sendo que aqueles de idade avançada tendem a utilizar ainda mais produtos farmacêuticos e, portanto, tornam-se mais susceptíveis a efeitos adversos (COELHO FILHO, 2004). Em 2009, as famílias brasileiras gastaram 56,2 bilhões de reais com o uso de medicamentos (VIANA et al., 2015). Dentre as despesas em saúde, os gastos com medicamentos contribuíram para o aumento da pobreza revelando a elevada magnitude dos medicamentos nos gastos totais em saúde, em especial na parcela da população mais pobre (BOING et al., 2014).

Em diversos países do mundo, os sistemas de saúde apresentam propostas para assegurar a população medicamentos com qualidade, eficácia e segurança

comprovadas, além da promoção do uso racional de medicamentos. No Brasil, a Política Nacional de Medicamentos (PNM), a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, compreendidas como integrantes da Política Nacional de Saúde, tem como finalidade estas propostas (COSTA et al. 2017).

O uso de múltiplos medicamentos, ou polifarmácia, é comum e crescente na prática clínica, principalmente em pessoas acima de 65 anos. Este crescimento relaciona-se a vários fatores, como o aumento da expectativa de vida e o consequente aumento da multimorbidade, à maior disponibilidade de fármacos no mercado e de linhas-guia que recomendam o uso de associações medicamentosas para o manejo de várias condições de saúde. A associação otimizada de fármacos, prescritos de acordo com a melhor evidência disponível, pode curar, minimizar danos, aumentar a longevidade e melhorar a qualidade de vida. Porém, algumas terapias são inadequadas e podem ocasionar reações adversas e interações medicamentosas.

A polifarmácia, que no Brasil tem sua prevalência ocorrendo entre 11 % a 35,9 %, é uma questão clínica, com repercussões sociais (CARVALHO et al., 2012; NEVES et al., 2013; SANTOS et al., 2013; SILVA et al., 2012).

A polifarmácia é comum em adultos idosos e inclui medicamentos prescritos, aqueles não-prescritos e preparações fitoterápicas. Destaca-se, que aproximadamente 30% dos adultos de 65 anos ou mais em países desenvolvidos consomem cinco ou mais medicamentos (KIM; ARISH, 2017). Não há uma definição universalmente aceita para polifarmácia, segundo Rozenfeld (2003) há estudos que consideram polifarmácia tomar mais de três ou até mais de dez medicamentos.

Para a realização desta presente pesquisa, optou-se por trabalhar com o uso de cinco ou mais medicamentos, conforme o preconizado na Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) (NASCIMENTO et al., 2017).

A cada ano o número de prescrições farmacológicas aumentam com consequente risco de aumento de reações adversas as drogas, muitas delas seriam evitáveis se

houvesse uma preocupação com a prevenção do uso de medicamentos potencialmente inapropriados e de combinações indesejáveis (OLIVEIRA, 2016).

Um número reduzido de estudos avaliou a polifarmácia no âmbito da atenção primária e em sistemas públicos de saúde. Além disso, uma grande parcela das evidências científicas de eficácia dos medicamentos é resultado de ensaios clínicos randomizados que, na maioria das vezes excluem: idosos, pessoas com comorbidades e polifarmácia (GUTHRIE, 2015). Portanto, um grande número dos trabalhos publicados na literatura não fornece informações diretamente relevantes para as pessoas que necessitam de associações medicamentosas. Estudos sobre estes eventos são particularmente importantes para uma melhor compreensão dos desafios na prestação de cuidados de qualidade em saúde (RYAN, 2014).

Com relação a disponibilidade de medicamentos, as atividades relacionadas à seleção destes é uma medida imprescindível para a consolidação das Políticas de Saúde, em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Em nosso território, o processo permanente de revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) exerce papel fundamental na seleção de medicamentos proporcionando melhores condições de assistência farmacêutica ao usuário (COSTA et al. 2017). Esse instrumento permitiu ao Brasil contribuir com listas ou relações de medicamentos, periódica e sistematicamente atualizadas, com o objetivo de orientar estados e municípios, prioritariamente com relação ao processo de seleção de medicamentos para atendimento ao usuário. O processo se iniciou em 1964 e resultou até a versão de 2017 (BRASIL, 2017).

Diante do exposto, eu entendo que existe o comprometimento da saúde de idosos e uma repercussão social no uso incorreto de medicamentos gerando polifarmácia que conduz a gastos e internações desnecessárias nesta faixa etária a presente pesquisa se propõe a responder a seguinte pergunta: “Qual a associação entre as condições de saúde e a polifarmácia de idosos assistidos pela ESF de Manhuaçu-MG à luz da PNM?”

1.1 JUSTIFICATIVA

A experiência do pesquisador, autor deste trabalho como referência do Serviço de Geriatria do Município de Manhuaçu há 12 anos motivou-me a desenvolver esta pesquisa pois observa-se desde o início da trajetória profissional um grande número de prescrições inadequadas que poderiam ser evitadas com orientações simples aos demais profissionais de saúde que atuam na atenção básica do município.

O uso de medicamentos constitui um dos itens mais importantes na atenção à saúde do idoso, porém sua farmacoterapia requer cuidados especiais. Sabe-se que os riscos da utilização inadequada são maiores nesta fase da vida quando comparado as demais fases, porque os idosos tornam-se mais vulneráveis aos efeitos adversos devido principalmente as suas características fisiológicas, a presença de multimorbidades e a polifarmácia.

Como médico geriatra a questão da polifarmácia sempre foi e será um desafio no campo das políticas de atenção e promoção de saúde da pessoa idosa e através deste trabalho se poderá propor e apontar medidas que norteiem as equipes de saúde locais quanto as melhores formas de seleção de medicamentos com conseqüente diminuição do risco de polifarmácia pela gestão e uso racional de medicamentos e conseqüente diminuição de custos para famílias e sistema de saúde tanto público e privado.

1.2 OBJETIVOS

A seguir estão especificados os objetivos que foram traçados para este estudo.

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a associação entre as condições de saúde e a polifarmácia de idosos assistidos pela ESF de Manhuaçu-MG à luz da Política Nacional de Medicamentos.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever o perfil de idosos assistidos pela ESF de Manhuaçu-MG quanto às condições de saúde, aspectos sociodemográficos e medicações em uso;
- b) Identificar a prevalência de polifarmácia em idosos assistidos pela ESF de Manhuaçu-MG;
- c) Verificar a associação entre as condições de saúde, os aspectos sociodemográficos com a polifarmácia de idosos assistidos pela ESF de Manhuaçu-MG.

2 MATERIAL E MÉTODO

Descreve-se, a seguir, os processos e instrumentos que foram utilizados durante esta pesquisa.

2.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e de corte transversal. A pesquisa aconteceu em três momentos distintos, mas que podem ocorrer simultaneamente ou não.

Num primeiro momento foi realizado a revisão de literatura para atender aos objetivos propostos neste estudo. Materiais contidos em livros, como também teses e dissertações foram utilizadas, como também consultas a bases eletrônicas como Pub Med, Lilacs e Science Direct. Bibliotecas eletrônicas como CAPES podem ser incluídas neste estudo. Os idiomas de publicação escolhidos para seleção de artigos são inglês, espanhol e português, sendo que as buscas aconteceram com as seguintes palavras-chave: *Health Public Policies, Aged, Multimorbidity, Polypharmacy, Family Health Strategy* do período de janeiro de 2000 até janeiro de 2019.

Na segunda etapa foi realizada uma pesquisa documental de todas as principais leis relacionadas a evolução das Políticas Públicas de Saúde até a criação e evolução da política farmacêutica no Brasil extraídas das bases de dados do Ministério da Saúde e Governo Federal e na terceira etapa as entrevistas de idosos da ESF de São Vicente de Manhuaçu e as avaliações foram realizadas pelo próprio pesquisador e por acadêmicos de medicina devidamente treinados.

2.2 LOCAL

A cidade escolhida para a pesquisa foi Manhuaçu, localizada no interior do Estado de Minas Gerais, na região sudeste do Brasil, com uma área total de 628,318Km². De acordo com dados de 2016 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística(2017b), conta com uma população residente de 79.574 pessoas.

O estudo em questão priorizou como campo de estudo a unidade São Vicente localizada na zona urbana do município de Manhuaçu que conta com 22 unidades Básicas de Saúde sendo 6 rurais e 18 urbanos. Esta unidade tem seu território dividido em 11 micro áreas, em novembro de 2018 contava com um total de 4.716 pessoas cadastradas, 748 idosos.

2.3 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Descrever-se-á aqui os dados observados, que foram utilizados para seleção e caracterização da amostra.

2.3.1 Cálculo Amostral

Os participantes desta amostra foram indivíduos idosos adscritos ao território da unidade de Saúde São Vicente na cidade de Manhuaçu/MG no mês de outubro de 2018. O cálculo amostral foi realizado para diferentes prevalências com 748 idosos cadastrados na unidade de saúde, com margem de erro de 0,05 e estimativa de proporção de 0,5 e o n almejado foi de 255 idosos.

Para seleção da amostra foram adotados os critérios de inclusão e exclusão a seguir, e em ambos os casos os indivíduos apenas serão considerados para o estudo após

assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A e B).

2.3.2 Critérios de Inclusão

No presente estudo foram incluídos os indivíduos que possuíam idade igual ou superior a 60 anos, de acordo com critérios da Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de janeiro de 1994) e o Estatuto do idoso (instituído pela Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003). Também, foi necessário residirem permanentemente na área urbana do município, demonstrarem interesse mútuo em participar do estudo, tanto o idoso quanto o membro da família, para responder aos instrumentos de pesquisa. Foram incluídos 229 idosos que atenderam a esses critérios.

2.3.3 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo os idosos que não possuíam familiar apto a participar da pesquisa ou aqueles em que houve a impossibilidade de acesso ao idoso por recusa ou restrição da família; e os casos de óbito e/ou migração para outra região, prévios à realização da coleta de dados. Foram excluídos 26 idosos que atenderam os seguintes critérios de exclusão: 2 casos de óbito, 1 internação, 8 migrações para outra região prévios a realização da coleta de dados e 15 que recusaram a participar da pesquisa.

2.4 MÉTODO/PROTOCOLO

Inicialmente foi realizado o sorteio dos indivíduos elegíveis para o estudo tendo como base o cálculo amostral. Em um segundo momento o pesquisador entrou em contato com estes indivíduos e seus familiares através de visita domiciliar com auxílio dos agentes comunitários de saúde, momento em que os Termos de Consentimento Livre

Esclarecido – TCLE entregues para assinatura, tanto do idoso (APÊNDICE A), quanto de seu familiar ou responsável (APÊNDICE B).

O instrumento utilizado na pesquisa foi aplicado na residência do idoso com agendamento prévio e em horário conveniente para os participantes, sendo eles compostos de uma ficha de coleta de dados destinada a caracterização dos idosos e do número de medicamentos em uso (APÊNDICE C) para caracterização da polifarmácia.

As entrevistas e as avaliações foram realizadas pelo próprio pesquisador ou por colaboradores devidamente treinados. Para identificar a qualificação da equipe e a integralidade na aplicação dos instrumentos, foi realizado um teste-piloto com 20 sujeitos, sendo estes incluídos na população do estudo.

2.4.1 Perfil sócio demográfico e de saúde dos idosos

Num primeiro momento foi aplicada a ficha de coleta de dados para caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico dos idosos e de condições de saúde. Esta contém questões de cunho pessoal com as variáveis: sexo, idade, raça, estado civil, escolaridade, renda salarial, hábitos de vida e se possui plano de saúde e internação nos últimos doze meses. Os participantes e seus cuidadores foram questionados sobre a presença das seguintes doenças crônicas: hipertensão, diabetes mellitus, doenças do coração, colesterol alto, histórico de Acidente Vascular Cerebral (AVC), doenças pulmonares crônicas, reumatismo, demências e depressão. A questão utilizada foi: *Alguma vez o senhor(a) recebeu como informação que teria ou tem uma das seguintes doenças?* (APÊNDICE C).

2.4.2 Medicamentos em uso

Aos entrevistados foram solicitados, além das receitas médicas, as bulas, rótulos ou

embalagens de todos os medicamentos, para: a) assegurar a acurácia dos nomes dos medicamentos fornecidos, b) evitar a omissão, geralmente por esquecimento, das medicações em uso. Ao entrevistado e/ou cuidador foi necessário informar nome, frequência e qual a finalidade/tratamento para qual aquela medicação foi prescrita ou está sendo usada por conta própria para qual finalidade/tratamento. A questão utilizada foi: *Algum médico indicou tratamento para esta doença?*" (APÊNDICE C).

O critério de polifarmácia utilizado foi uso de 5 ou mais medicamentos em concordância ao critério predominantemente utilizado em pesquisas clínicas nacionais e internacionais.

2.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram tabulados em planilha do *Software Microsoft Excel* e analisados de forma descritiva e inferencial.

2.5.1 Análise descritiva

A análise descritiva foi reportada através de tabelas de frequências, para variáveis nominais, e medidas de resumo de dados como médias, desvio padrão, mínimo e máximo, para as variáveis contínuas.

2.5.2 Análise Inferencial

Para verificar a associação de polifarmácia e das variáveis foi utilizado o teste Chi-quadrado ou Exato de Fischer e seus resíduos. Para a análise de dados utilizou o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*. Para as variáveis com $p < 0,05$ foi

calculado o resíduo do χ^2 . Foi adotado nível de significância de $p < 0.05$, com Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) para todas as análises.

2.6 QUESTÕES ÉTICAS

O presente estudo foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (CEP/EMESCAM) e foi aprovado com parecer número 2.851.034 sendo a pesquisa pertencente ao macro projeto Condições de Saúde, Capacidade Funcional e Funcionalidade Familiar de Idosos Assistidos por uma Unidade de Saúde da Família de Manhauçu-MG (ANEXO A).

Em todas as etapas da pesquisa foram respeitadas as normas estabelecidas nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da resolução 466/12. O sigilo das informações obtidas foi garantido mediante a não identificação nominal dos sujeitos da pesquisa, os quais serão identificados numericamente (01, 02, 03...), e a guarda das informações ficou sob responsabilidade do pesquisador responsável durante o período de cinco anos.

3 A CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS FARMACÊUTICAS NO BRASIL

A história das políticas públicas de saúde no Brasil está inserida em um contexto maior que a própria história do Brasil como Estado-Nação, faz-se a seguir um breve histórico da construção das políticas públicas farmacêuticas no Brasil e estratégias de combate ao uso indevido e a polifarmácia na população e também a influência da polifarmácia no idoso com seus potenciais riscos e estratégias já estabelecidas de prevenção.

3.1 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

As primeiras ações de saúde pública foram executadas com a vinda da família real para o Brasil em 1808, que tinham como objetivo a manutenção de uma mão-de-obra saudável capaz de manter os negócios promovidos pela realeza. Nesse período, o interesse pela saúde e pela regulamentação da prática profissional esteve diretamente relacionado ao interesse político e econômico do Estado de garantir sua sustentabilidade e a produção da riqueza, seguindo modelos políticos aplicados na Europa do século XVIII (COSTA, 1985).

A preocupação maior baseava-se na saúde da cidade e do produto, sendo que assistência ao trabalhador era consequência dessa política, implementando-se algumas ações voltadas para estes como a instituição da quarentena, com esta se constituindo a principal estratégia para evitar a propagação de doenças, sem uma preocupação mais efetiva com o tratamento do doente (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1995).

Com a proclamação da república em 1889, inicia-se uma nova política de fortalecimento econômico da elite cafeeira. A lavoura de café necessitava de mão-de-obra assalariada e as epidemias que se alastravam entre os trabalhadores devido as péssimas condições de saneamento básico prejudicavam o crescimento da economia (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1995).

Iniciava-se, portanto, nesta época a busca de conhecimento e ações na área de saúde pública com a criação, em 1897, da Diretoria Geral de Saúde Pública, o incentivo as pesquisas nas faculdades de medicina e no exterior e a criação de institutos específicos de pesquisa, como o Instituto Soroterápico Federal, em 1900, sendo renomeado no ano seguinte Instituto Oswaldo Cruz (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1995).

A partir de 1902, com a entrada de Rodrigues Alves na presidência da República ocorre um conjunto de mudanças na condução da saúde pública nacional. Foi implementado um conjunto de obras públicas de saneamento e urbanização na capital nacional associado ações específicas de saúde, especialmente no combate a doenças epidêmicas como febre amarela, peste bubônica e varíola (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1995).

No ano seguinte, 1903, a reforma na saúde foi implementada, sob a coordenação de Oswaldo Cruz, assumindo a diretoria geral de saúde pública. Em 1904, Oswaldo Cruz propõe um código sanitário que objetiva desinfecção de estabelecimentos nocivos a saúde e notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica associado a atuação da polícia sanitária. Ele também promove a campanha de vacinação obrigatória, sendo seus métodos alvo de muita discussão e crítica culminando na época o movimento popular no Rio de Janeiro, conhecido como a Revolta da Vacina (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1995).

Na década de 1910 e 1920, tem início a segunda parte do movimento sanitarista de Oswaldo Cruz, com ênfase ao saneamento rural e no combate a três grandes endemias rurais (ancilostomose, malária e Mal de Chagas). Foram organizadas expedições de médicos sanitaristas pelo país com o objetivo de conhecer mais amplamente a situação de saúde no território nacional e a necessidade de construção de uma política de Estado nesta área (HOCHMAN; FONSECA, 1999).

Durante a Primeira República, o movimento sanitarista trouxe a situação de saúde como uma questão política e social, sendo um dos efeitos desse movimento a expansão da autoridade estatal sobre o território nacional e ao mesmo tempo criavam-se bases para a burocratização em saúde pública. Em 1920, é criada a Diretoria

Nacional de Saúde Pública, fortalecendo as políticas de centralização governamental e centralização das ações (HOCHMAN; FONSECA, 1999).

As ações públicas voltavam-se principalmente para ações coletivas e preventivas deixando grande parte da população desamparada que não possuía recursos para subsidiar uma assistência à saúde. O direito integral à saúde não fazia parte dos interesses governamentais da época e não havia, também, preocupação com uma política de proteção social dos indivíduos (HOCHMAN; FONSECA, 1999).

No início da década de 1920, o Estado brasileiro sofria grande pressão do mercador importador capitalista cada vez mais exigentes com a qualidade dos produtos e muitas restrições surgiam com relação aos produtos brasileiros devido a insalubridade de navios e portos, exportando doenças. Novas ações foram implementadas no controle de doenças, tanto na área de saúde pública como na assistência médica individual (COSTA, 1985).

Além disso, movimentos anarquistas, comunistas e revoltas populares pressionavam o Estado por ações mais adequadas com relação a política de saúde. Sendo assim, em 1923 o chefe de polícia Eloy Chaves, em 1923, propôs uma lei que regulamentava a formação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (Caps) para algumas classes trabalhistas mais atuantes política e financeiramente, ligados a produção exportadora (BRASIL, 1923).

As Caps eram organizadas por empresas e trabalhadores e administradas pelos mesmos, funcionando como um seguro social. Nem todas as empresas forneciam esses benefícios aos trabalhadores sendo mais comum naquelas de maior porte. O Estado em nada contribuía e nem tinha responsabilidade na administração dessas caixas, restringia-se apenas a legalização de uma organização, os benefícios que os segurados recebiam eram socorros médicos, medicamentos, aposentadorias e pensões para herdeiros. Com a Caps, uma pequena parcela da população de trabalhadores do país passava a contar com uma aposentadoria, pensão e assistência à saúde, portanto, nesse período o direito à assistência à saúde estava restrito a condição de segurado (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

O Estado passa a assumir ativamente o papel de regulador da economia a partir de 1930, seguindo um projeto econômico de industrialização (FIORI, 1995). Assistia-se um fortalecimento de um projeto político-ideológico de construção nacional com duas medidas principais que impulsionaram a políticas de saúde: a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) responsável por ações de saúde pública de caráter preventivo e a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio responsável pelo desenvolvimento de arcabouço jurídico e material de assistência médica individual previdenciária (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

A política de proteção ao trabalhador no governo Vargas marca uma trajetória de início de expansão e algumas políticas sociais foram importantes: a obrigatoriedade da carteira de trabalho para trabalhadores urbanos, definição da jornada de trabalho de oito horas, direito a férias e a lei do salário mínimo. E, neste período, são criados os Institutos de Aposentaria e pensão (Iaps), abrangendo uma maior proteção social do que os Caps, constituindo o primeiro esboço do sistema de proteção social brasileiro (FIORI, 1995).

Os Iaps passam a incluir outras classes de profissionais e não mais somente as empresas: Instituto dos Marítimos, dos comerciários, dos industriais entre outros, contando neste momento com a participação do Estado na sua administração, controle e financiamento. O trabalhador que não estivesse contribuindo com os institutos era excluído da proteção social. A proteção previdenciária era privilégio de poucos incluídos, deixando de grande parcela da população, principalmente os carentes, transformando a situação em grande injustiça social (FIORI, 1995).

Quem não se inseria na medicina previdenciária encontrava-se também excluído do direito à assistência à saúde prestada pelos institutos contando apenas com alguns serviços prestado pelo Mesp em áreas estratégicas como por exemplo tuberculose, hanseníase, saúde mental, entre outros e contando também com a caridade e assistencialismo dos profissionais de saúde (FIORI, 1995).

O início da inserção da assistência farmacêutica nas políticas públicas no Brasil ocorreu com o estabelecimento dos Iaps. Analisando os benefícios das Caixas e, posteriormente, dos Iaps, e sua provável relação com Assistência Farmacêutica (AF),

verifica-se que, em geral, constava a possibilidade de compra, pelo beneficiário, de alguns medicamentos por preços especiais, menores do que os praticados no mercado. Essa modalidade de benefício alastrou-se no mesmo período em que cresceu dramaticamente a presença dos laboratórios internacionais no Brasil, juntamente com sua pressão para o estabelecimento de um amplo mercado de medicamentos (GIOVANELLA, 2008).

Nos anos 1950, o processo de industrialização acelerada determinou a mudança do polo da economia de agrícola para industrializada, passando os grandes centros urbanos a abrigar uma grande massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde. Tal fato levou a uma progressão rápida dos serviços de saúde, instaurando a prática de convênios-empresa para suprir essa demanda cada vez mais crescente. Surgem os grandes hospitais com tecnologias de última geração e especialização dos recursos humanos, tornando a assistência à saúde mais cara e o principal ponto de referência na busca por atendimento (MENDES, 1993).

O modelo de saúde passa a ser centrado no hospital e na assistência cada vez mais especializada seguindo uma tendência mundial, fruto do conhecimento científico obtido pela ciência médica no pós-guerra. O conhecimento mais detalhado da fisiopatologia das doenças permitiu o desenvolvimento de novas drogas e uma revolução na prática médica, assim como uma mudança no paradigma de saúde da população que passa a viver mais e sofrer com a presença de doenças crônicas típicas da modernidade (MENDES, 1993).

Nos principais países europeus, iniciam-se os chamados Estados de Bem-Estar Social (conhecidos com Welfare State) tendo como fundamento o ressurgimento das economias afetadas pela guerra e configuração de estados fortes compromissados com a democracia e justiça social, sendo este uma forma de combate ao comunismo e manutenção das economias no padrão competitivo mundial (ESPING-ANDERSEN, 1995).

Os Estados de Bem-Estar consistiam em uma política baseada e sustentada no equilíbrio econômico e social com o objetivo de garantir o bem-estar da população e manter a produção econômica. Os pilares dessa política baseavam-se em pleno

emprego, saúde, educação, saneamento, habitação, lazer, transporte e assistência social para aqueles não incluídos no sistema produtivo (FARIA, 1997).

No Brasil, não se iniciou nesse período uma política de bem-estar social mas sim a ideia do desenvolvimentismo indicando a relação pobreza-doença-subdesenvolvimento, mostrando a necessidade de políticas que resultassem em melhora do nível de saúde da população como condição para se obter o desenvolvimento, sendo isto um marco para uma discussão mais aprofundada sobre o direito à saúde e à proteção social como política pública. O chamado sanitarismo desenvolvimentista representado por Samuel Pessoa, Carlos Gentile de Melo e Mário Magalhães propunham um modelo de compreensão das relações entre saúde e doença e sua fundamental importância para a transformação social e política do país (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Neste período ocorreram acontecimentos importantes que marcaram a trajetória política da saúde como a criação do Ministério da Saúde (MS) em 1953 e a reorganização dos serviços nacionais de controle de endemias em 1956, possibilitando a incrementação nas ações nos programas de saúde voltado ao combate as endemias rurais (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

A política desenvolvimentista gerou riquezas e mobilizou recursos, levando a mudanças concretas nas cidades e gerando novas demandas para o sistema de saúde pública e previdenciário. A partir desta época, as políticas de saúde tornaram-se um importante instrumento para o Estado, principalmente pelo quantitativo de recursos que passou a mobilizar postos de trabalho, indústrias, ensino profissional, hospitais e ambulatórios. Constituíam-se, neste momento, a base para a expansão do sistema de saúde e para a consolidação de um complexo produtivo, mas ainda nesta fase o direito a saúde integral não era um direito do cidadão brasileiro (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Com o início do regime militar, em 1964, a expansão e consolidação do modelo médico empresarial trouxe mudanças para o sistema sanitário brasileiro, com ênfase na assistência médica, crescimento progressivo do setor privado e a abrangência de algumas parcelas sociais no sistema previdenciário (CORDEIRO, 1984).

A primeira mudança significativa ocorreu em 1966 com a unificação dos laps e a constituição do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). A sua criação permitiu a fusão dos institutos, gerando insatisfação naqueles contribuintes com maiores benefícios, pois os de institutos mais pobres poderiam usufruir dos institutos de melhor assistência, ocasionando a migração de pacientes de alguns institutos e gerando filas, demora no atendimento e outros problemas, culminando em uma insatisfação geral (CORDEIRO, 1984).

Com as reformas iniciadas em 1966, o governo passou a editar uma série de medidas dentre as quais algumas relacionadas ao acesso aos medicamentos. Assim, o Decreto 312, de 28 de fevereiro de 1967, autorizando “A prestação da assistência farmacêutica pela previdência social”, estabeleceu, em seu Artigo 2º, que aquela poderia assumir as seguintes modalidades: a) fornecimento direto de medicamentos; b) financiamento, parcial ou total, da aquisição de medicamentos; c) ação em consignação de medicamentos a empresas, mediante convênios. Ainda determinou, no Artigo 3º, que os “Beneficiários da assistência farmacêutica, sempre que possível, participarão do seu custeio, na medida dos seus ganhos efetivos”. Também estabeleceu que “Os órgãos públicos federais colaborarão na prestação da assistência farmacêutica, inclusive fornecendo medicamentos de sua fabricação, mediante convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social” (Artigo 4º) (BRASIL, 1967).

Nesse contexto, e em meio ao *milagre econômico brasileiro*, foi criada a Central de Medicamentos (CEME), em 1971. Como um órgão diretamente ligado à Presidência da República tinha, em princípio, o objetivo de regular a produção e a distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos subordinados aos ministérios (BERMUDEZ, 1995).

No início da década de 1970, a política do INPS levou à inclusão de novas categorias profissionais no sistema como, trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos, e a cada nova categoria que era incluída aumentava-se, ainda mais os gastos e a demanda no setor de saúde. Em resposta, o Estado iniciou um processo de contratação de hospitais privados, permitindo a formação do chamado complexo médico-empresarial (CORDEIRO, 1984).

Mesmo com inclusão de várias categorias no sistema de proteção, muitos cidadãos ainda não tinham o direito à atenção à saúde. Os indicadores mostravam altas taxas de mortalidade infantil 87,9 mortes para cada mil nascidos vivos e a esperança ao nascer era de 52,7 anos na década de 1970. A transição epidemiológica e demográfica ocorrida nos países desenvolvidos, ainda estava longe de ser atingida, apesar de todo desenvolvimento econômico ocorrido desde a década de 1950. Isso deve-se principalmente à estagnação social em decorrência do precário investimento em políticas públicas comprometidas com o desenvolvimento social (CORDEIRO, 1984).

A partir dos meados da década de 1970, devido a um cenário de crise política e financeira iminente no governo militar, começam a ser definidas novas estratégias para garantia de manutenção do governo, dentre elas o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) que abrangeu uma política de desenvolvimento que tinha como meta principal a formulação de estratégias de desenvolvimento social, buscando a integração e colaboração de políticas estatais, visando a conjugação das políticas econômicas e sociais. No campo da saúde, essa política significou o fortalecimento do movimento sanitário que tinha como base de apoio instituições públicas com forte respaldo teórico, ou seja, a intelectualidade pertencente ao setor de saúde publicava estudos referentes às condições de saúde e social da população criticando a condução política do Estado e reivindicava mudanças efetivas na assistência à saúde no Brasil (BANCO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 1997).

O movimento sanitário buscava reverter o que era determinado na assistência à saúde no contexto do país, através de quatro medidas para debate: (BANCO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 1997):

- a) A saúde como direito de todo cidadão, independente de contribuição ou qualquer outro critério de discriminação;
- b) As ações de saúde devem ser integradas em um único sistema, garantindo o acesso da população a todos os serviços, seja de caráter preventivo ou curativo;

- c) A gestão administrativa e financeira das ações deve ser descentralizada para os estados e municípios; e
- d) O Estado deve promover a participação e o controle social das ações de saúde.

O cenário deste período era ainda de exclusão de uma boa parcela da população à assistência à saúde, poucos tinham o direito garantido de assistência médica prestada pelo INPS, e os demais serviços de saúde não absorviam a demanda de atenção gerada pela restante da população. Não havia no país ainda se constituído uma política de Estado cidadã mais abrangente, portanto, uma política voltada para o cidadão que não possuía nenhuma espécie de vínculo produtivo, este não era reconhecido pela importância e valor como membro de uma comunidade. Nesse sentido, as reformas propostas ao setor de saúde apresentadas pelo movimento sanitário também se inseriam em uma lógica de maior reestruturação do Estado e consolidação de uma cidadania significativa para o povo brasileiro (BAPTISTA, 2003).

Dentre as políticas implementadas destacam-se: criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) em 1974 para distribuição de recursos em programas sociais; a formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), no mesmo ano, responsável por ações a serem implementadas em diversos ministérios da área social; a Instituição do Plano de Pronta Ação (PPA), também em 1974, que consistiu em uma medida de clara tendência para um projeto de universalização da saúde; a formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, que desenvolveu um conjunto integrado de ações nas três esferas de governo; a promoção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1976, que estendeu às ações de saúde de atenção básica ao Nordeste do país; a constituição do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (Sinpas), em 1977, com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que passou a ser o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico assistencial da previdência social (BRASIL, 1974).

Esse conjunto de medidas favoreceu a criação de políticas mais universalistas na área de saúde, priorizando a oferta de serviços de atenção básica e contribuindo para o fortalecimento da perspectiva de reforma do setor. Neste período, também ocorreu o fortalecimento do setor médico empresarial beneficiando-se das políticas de investimento na área social. O aumento gradativo dos convênios com o setor privado ocasionou a falta de investimento progressivo no setor público, surgindo as medicinas de grupo como mais uma opção de atenção à saúde da população (CORDEIRO, 1984).

Com a sua transferência para o Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1974, a CEME passou a atuar somente na aquisição e distribuição de medicamentos, delineando-se uma tendência nitidamente privatista na sua integração com o parque produtor. Nesse período, AF caracteriza-se como um benefício (acesso a alguns medicamentos) a certos grupos populacionais, vinculado a direitos contratuais de grupos de trabalhadores ou assistencialismo estatal em relação aos mais pobres (BERMUDEZ, 1995).

Com a implementação dessas medidas, a saúde passava a assumir um sentido mais abrangente decorrente de condições de melhoria do acesso da saúde, apesar disso, os 100 anos de História do Brasil demonstraram uma cultura política concentradora do poder decisório em uma pequena parcela da sociedade, mantendo grande desigualdade entre grupos sociais e regiões. O ideal da reforma sanitária exigia uma mudança no modo de administração do Estado, transformando o modo burocrático de concentração do poder e de renda para um modelo de novo Estado de participação democrática e disposição social para distribuição de renda (BERMUDEZ, 1995).

3.2 REDEMOCRATIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE A POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

No início da década de 1980, foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde, apresentando como proposta a reformulação da política de saúde e a formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). Este consistia em

uma expansão e extensão nacional do Pias, desenvolvido no Período de 1976 a 1979 no Nordeste do Brasil (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980).

O Pias realizou um trabalho bem-sucedido na melhoria de saúde do Nordeste com comunidades de até 20000 habitantes. O Prev-Saúde tinha como objetivo abranger uma rede de serviços básicos, tendo como fundamento os cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, atingindo a meta de toda população até o ano 2000 (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980).

Apesar das tentativas e propostas, o Prev-Saúde acabou não sendo incorporado pelo governo e muito menos colocado em prática, devido a resistência burocrática sedimentada no Inamps, a forte oposição das entidades médico-empresariais, pressões oriundas do campo da medicina liberal e do setor privado contratado (CORDEIRO, 1991).

Em 1981, outros mecanismos de reformulação do sistema de saúde foram encaminhados sendo a primeira medida a criação do Conselho Consultivo de Administração a Saúde Previdenciária (Conasp) que teve como objetivo encontrar respostas concretas que justificassem a crise do setor, demonstrando uma rede de saúde ineficiente, complexa, indutora de fraudes e desvio de recursos, a relação entre o Inamps e os demais serviços de assistência pelo Estado era pouco resolutiva e operativa (CORDEIRO, 1991).

A partir deste parecer, foram elaboradas estratégias básicas para reestruturação do setor entre elas destacam-se o Programa de Ações Integradas da Saúde (Pais) e o Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) (CORDEIRO, 1991).

O Pais, posteriormente denominado Ações Integradas de Saúde (AIS), retomou a estratégia pelo Prev-Saúde que teve como por objetivo a assinatura de convênios entre o Inamps, estados e municípios para repasse de recursos destinados a construção de unidades visando oferecer assistência gratuita a toda a população e não somente a beneficiários da previdência, retomando portanto a estratégia

apresentada pelo Prev-Saúde e conquistando um avanço expressivo na construção de políticas que levaria a reforma do setor de saúde (CORDEIRO, 1991).

Já o SAMHPS teve como fundamento o controle de recursos para o setor privado através da introdução de um instrumento gerencial de pagamentos de contas hospitalares baseado nos procedimentos médicos-cirúrgicos, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Com este sistema foi possível um maior controle nas fraudes sendo implantado pelo setor público em 1991 e utilizado até os dias de hoje (CORDEIRO, 1991).

No ano de 1986, o MS convocou técnicos, gestores de saúde e usuários para a realização e uma discussão aberta a ser realizada na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), sendo este um marco histórico por permitir a participação da comunidade e técnicos na discussão da política setorial, reunindo em torno de 4000 pessoas e aprovando por unanimidade a diretriz de universalização da saúde e o controle social efetivo com relação as práticas de saúde estabelecida (FARIA, 1997).

As propostas da VIII CNS não foram concretizadas de imediato, sendo que após a Conferência o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) se apresentou como uma transição para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Este, avançou na política de descentralização do orçamento, permitindo maior autonomia dos estados na realização de programas do setor e em acréscimo deu prosseguimento nos processos de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Ao mesmo tempo em que o SUDS era implementado, ocorria a realização da Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88 na qual foi realizada a discussão da reforma do setor de saúde e implantação do SUS (BRASIL, 1987).

A criação do SUS foi fundamental na construção do modelo protetor brasileiro, pois sua instituição levou o Estado a assumir a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, através de políticas sociais e econômicas visando a redução do risco de doenças e outros agravos com uma política de saúde capaz de garantir acesso

universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde da população (BRASIL, 1988).

A proposta de criação de um sistema de saúde único com capacidade de abranger diferentes situações de saúde nos mais diversos níveis de complexidade, possibilitando ações de prevenção e promoção às doenças até a assistência hospitalar de maior complexidade (LIMA; BATISTA, 2003) orientava-se para: Princípio 1 – Universalização do Acesso às ações e serviços de saúde com a garantia aos cidadãos acesso em todos os níveis de sistema garantido por uma rede de serviço hierarquizada; Princípio 2 – Integralidade da Atenção que garante o acesso a um conjunto de ações e serviços para cada caso exigidos em todos os níveis de complexidade do sistema e Princípio 3 – Descentralização, com direção única do sistema com o objetivo de promover uma maior democratização do processo decisório em saúde como estratégia de enfrentamento das desigualdades regionais e sociais.

O modelo de AF estabelecido pela CEME já não se adequava aos princípios e diretrizes do SUS: a prática centralizadora daquela instituição estava na contramão da descentralização; o foco em atender unicamente grupos populacionais financeiramente carentes, em contraposição à universalidade; o binômio aquisição-distribuição era insuficiente para garantir segurança e qualidade no acesso aos medicamentos (BRASIL, 1987).

Em 1990 foram realizados uma série de esforços para que o SUS fosse implantado baseado na Constituição Federal de 1988. Os medicamentos constituem-se parte fundamental na assistência à saúde, contribuindo para ao bem-estar de saúde e na prevenção de doenças na população geral (AZEREDO, 2012).

A Lei Orgânica 8080/90 implementou entre os campos de abrangência do SUS planos de assistência terapêutica integral dentre elas a política nacional farmacêutica e de medicamentos. Atualmente, tem-se discutido que o acesso integral, igualitário e universal à assistência farmacêutica necessita de suporte ao usuário do SUS, estar de acordo com Relação Nacional de Medicamentos e diretrizes em consonância a protocolos clínicos pré-estabelecidos e ter a liberação de medicamentos em unidades definidas pela coordenação do SUS (AZEREDO, 2012).

A Política Nacional de Medicamentos foi implementada pelo MS após o fim da central de medicamentos que ocorreu em 1997, sancionada pela Portaria nº 3916 em 1998 estabelecendo que as medicações sejam fornecidas de forma segura, eficaz e com qualidade com a promoção do uso racional e o acesso a população aos medicamentos básicos para tratamento das doenças (SANTOS-PINTO, 2014).

Com o objetivo de assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, os gestores do SUS, nas três esferas de Governo, atuando em estreita parceria, deveriam concentrar esforços no sentido de que o conjunto das ações direcionadas para o alcance deste propósito estejam balizadas pelas diretrizes a seguir explicitadas (BRASIL, 2001):

- a) Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais: O MS estabelecerá mecanismos que permitam a contínua atualização da RENAME, imprescindível instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País;
- b) Regulamentação Sanitária de Medicamentos: Serão enfatizadas as questões relativas ao registro de medicamentos e à autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos, bem como as restrições e eliminações de produtos que venham a revelar-se inadequados ao uso, na conformidade das informações decorrentes da farmacovigilância. A promoção do uso de medicamentos genéricos será, igualmente, objeto de atenção especial. Portanto, o gestor federal deverá identificar os mecanismos necessários para tanto, por exemplo, a adequação do instrumento legal específico;
- c) Reorientação da AF: O modelo de assistência farmacêutica será reorientado de modo que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. As ações incluídas nesse campo da assistência terão por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais. A reorientação do modelo de assistência farmacêutica, coordenada e disciplinada em âmbito nacional pelos três gestores do Sistema, deverá estar fundamentada na descentralização da

gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado;

- d) **Promoção do Uso Racional de Medicamentos:** Atenção especial será concedida à informação relativa às repercussões sociais e econômicas do receituário médico, principalmente no nível ambulatorial, no tratamento de doenças prevalentes. Especial ênfase deverá ser dada, também, ao processo educativo dos usuários ou consumidores acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, bem como quanto à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados;
- e) **Desenvolvimento Científico e Tecnológico:** Será incentivada a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica e promovida a dinamização de pesquisas na área, com destaque para aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico nacional, incentivando a integração entre universidades, instituições de pesquisa e empresas do setor produtivo;
- f) **Promoção da Produção de Medicamentos:** Esforços serão concentrados no sentido de que seja estabelecida uma efetiva articulação das atividades de produção de medicamentos da RENAME, a cargo dos diferentes segmentos industriais (oficial, privado nacional e transnacional). A capacidade instalada dos laboratórios oficiais – que configura um verdadeiro patrimônio nacional – deverá ser utilizada, preferencialmente, para atender as necessidades de medicamentos essenciais, especialmente os destinados à atenção básica, e estimulada para que supra as demandas oriundas das esferas estadual e municipal do SUS;
- g) **Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos:** O processo para garantir a qualidade, a segurança e a eficácia dos medicamentos fundamentam-se no cumprimento da regulamentação sanitária, destacando-se as atividades de inspeção e fiscalização, com as quais é feita a verificação regular e sistemática. Essas atividades, coordenadas em âmbito nacional pela Secretaria de Vigilância Sanitária,

serão efetivadas mediante ações próprias do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no cumprimento dos regulamentos concernentes às boas práticas de fabricação. Essa sistemática permitirá a concretização dos preceitos estabelecidos na Lei n.º 8.080/90 e em legislações complementares;

- h) Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos: O contínuo desenvolvimento e capacitação do pessoal envolvido nos diferentes planos, programas e atividades que operacionalizarão a PNM deverão configurar mecanismos privilegiados de articulação intersetorial, de modo a que o setor saúde possa dispor de recursos humanos - em qualidade e quantidade – cujo provimento, adequado e oportuno, é de responsabilidade das três esferas gestoras do SUS.

Dentre as diretrizes da PNM destaca-se a Diretriz de Promoção do Uso Racional de Medicamentos que abrange uma gama de ações individuais e articuladas considerando o conceito proposto pela PNM, abrangendo o paciente, os profissionais de saúde, os gestores, as instituições relacionadas a saúde e os sistemas de saúde. Em 2002, do primeiro curso nacional sobre o do uso racional de medicamentos à criação do Comitê Nacional para o Uso Racional de Medicamentos, em 2007, foi elaborado uma série de materiais para a educação dos usuários e para a capacitação de profissionais de saúde, realização de congressos e a instituição do Prêmio Uso Racional de Medicamentos *Lenita Wannmacher* (BRASIL, 2007b).

A partir da PNM, a AF que passou a ser incorporada ao SUS caracterizou-se pela disponibilização de medicamentos por meio de programas isolados e sem a devida articulação. A implantação do Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, logo em seguida, pretendeu auxiliar a organização do modelo apontado pela PNM. No entanto, a aprovação da PNM não foi acompanhada de ações articuladas que promovessem a sua implementação integral no sistema de saúde do país como uma clara regulamentação sobre o financiamento e o incremento dos serviços relacionados ao fornecimento de medicamentos (SCHENKEL et al., 2004).

Com o estabelecimento de programas de abrangência nacional, os laboratórios oficiais direcionaram sua produção para um mesmo e pequeno elenco de

medicamentos, perdendo sua função estratégica, tanto na produção de medicamentos negligenciados pela grande indústria, quanto na regulação de preços do mercado. Aliado ao crescimento populacional, maior expectativa de vida e crescimento no percentual de idosos, população que mais necessita de medicamentos, o período também se caracterizou pelas mudanças da indústria farmacêutica, principalmente no que diz respeito à crescente monopolização dos laboratórios internacionais, agressividade em relação às patentes e bem como da maior medicalização da vida (SIQUEIRA; GAUDARD, 2009).

A partir de 2003, a AF foi definida como uma das cinco prioridades do MS. A criação da Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos do MS (SCTIE/MS), e nela o Departamento de AF e Insumos Estratégicos (DAF), conferiu visibilidade para a questão, em uma demonstração da necessidade de se prover o Sistema com estruturas políticas, administrativas e assistenciais específicas. Dessa forma, foi possível iniciar uma articulação entre os vários programas governamentais que incluíam o fornecimento de medicamentos, no sentido de harmonizar as quantidades e variedade destes. O exemplo da criação de uma instância para a gestão da Assistência Farmacêutica no nível federal passou a ser adotado crescentemente pelos estados e municípios (SILVA; CAETANO, 2016).

Em maio de 2004, ocorreu na instância do Conselho Nacional de Saúde e não do Ministério da Saúde, a aprovação da PNAF, enquanto que a PNM trata a AF como uma das sete de suas prioridades, a PNAF incorpora essas e outras prioridades, sob a forma de eixos estratégicos, aos objetivos da AF. Portanto, sem anular a PNM, a PNAF expande a abrangência da AF (BRASIL, 2004).

Em 2004, formou-se também o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), iniciando um novo modelo de financiamento na AF (copagamento) e de organização através de parcerias com farmácias privadas. Estas, por sua extensão e ramificação, foram responsáveis pelo crescimento e expansão PFPB, principalmente pela introdução da isenção de copagamento para anti-hipertensivos, antidiabéticos e antiasmáticos, após 2011 (MENGUE, 2016). Em 31 de março de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) decidiu pelo fim do repasse de manutenção a essas unidades, sendo pactuado que o Ministério da Saúde repassaria integralmente as

verbas que eram destinadas à manutenção destas unidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica Básica em 100% dos municípios brasileiros, gerando, assim, um maior investimento para compra de medicamentos considerados essenciais à população e otimização dos recursos gastos na Assistência Farmacêutica. Em função desta decisão, gradualmente as unidades de Rede Própria foram desabilitadas, tendo seu funcionamento encerrado no fim do ano de 2017, sendo que atualmente o programa *Aqui tem Farmácia Popular* funciona por meio do credenciamento de farmácias e drogarias comerciais, aproveitando a dinâmica da cadeia farmacêutica (produção x distribuição x varejo). São oferecidos medicamentos gratuitos para hipertensão (pressão alta), diabetes e asma, além de medicamentos com até 90% de desconto indicados para dislipidemia (colesterol alto), rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma. Ainda pelo sistema de copagamento, o Programa oferece anticoncepcionais e fraldas geriátricas (BRASIL, 2017).

Outro ponto importante foi o estabelecimento de uma clara posição hierárquica superior das necessidades SUS sobre qualquer definição no setor farmacêutico. Assim, modifica a concepção de AF, tratada pela PNM como serviços governamentais, colocando-a na esfera de poder sobre as decisões políticas. Um dos principais exemplos, nesse sentido, foi a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) composta por representantes dos Ministérios da Saúde, Fazenda, Justiça e Casa Civil. Com poderes maiores do que a Câmara anterior (CAMED), a CMED passou a ter atribuições mais abrangentes para deliberar sobre preços e para elaborar diretrizes de regulação do setor (BRASIL, 2003).

Com a Portaria 204 de 2007, a AF passou a constar na regulamentação do financiamento para as ações e serviços de saúde, sob a forma de um bloco próprio. Dentro do bloco de financiamento para a AF foram previstos três componentes (BRASIL, 2007a):

- a) Componente Básico, para aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e daqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos;

- b) Componente Estratégico, para financiamento de ações de assistência farmacêutica dos programas de saúde estratégicos (controle de endemias, como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; antirretrovirais do programa DST/Aids; sangue e hemoderivados; e imunobiológicos);
- c) Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, chamado, a partir de 2009, de Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, para medicamentos destinados ao tratamento em nível ambulatorial, de acordo com as linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.

A AF Básica se norteou para suprir as necessidades da Atenção Primária em Saúde e obteve a longo prazo a expansão da cobertura das ações, em modelos de execução municipal e financiamento tripartite, que aumento 391 % em valores per capita – de R\$ 2,00 em 1999, para os atuais R\$ 9,82 por habitante/ano em 2016. O principal componente do programa adquiriu e procedeu à centralização do planejamento das ações de saúde pública, resultando na definição federal de insumos, seu financiamento e aquisição, sobrando para os demais níveis de gestão a programação ascendente e a realização da distribuição (MENGUE, 2016).

O principal componente atualmente denominado Especializado e anteriormente conhecido como de alto custo ou excepcional se consolidou como a responsável pela garantia da integralidade – evidenciando uma tendência às pressões para a aquisição de tecnologias, muitas vezes de alto custo, por meio da criação de protocolos de tratamento que definam ou não os insumos necessários (NASCIMENTO et al., 2017). O centro da tomada de decisão neste componente definiu-se, na Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec), o padrão de escolha e a padronização dos insumos no SUS, o que demonstra a modificação da essencialidade para a incorporação. Este setor possui um financiamento aliado aos estados e foi o que mais progrediu ao longo dos anos. Em 2003, o MS gastou quase 500 milhões e em 2015 houve um aumento para quase 6 bilhões (aumento aproximado de 1200%) (MENGUE, 2016).

Os componentes Estratégicos e Especializado incluem medicamentos em situação de proteção patentária, que correspondem a insumos de alto custo e são responsáveis pelo peso nos gastos públicos com medicamentos. Isto tornou-se um desafio e impõe que uma agenda de controle de preços para esses produtos leve em consideração a necessidade de aumento do poder de barganha governamental, o que inclui um embate entre a barreira patentária e estratégias de fabricação local (CHAVES, 2016).

A fim de promover cada vez mais a AF nas Redes de Atenção à Saúde e voltando-se também para a integralidade do cuidado, foi criado em 2012 o Programa Nacional de Qualificação da AF (Qualifar-SUS) tem como foco a estrutura, educação, informação e cuidado. Os cursos do Projeto Sentinela que se iniciaram em 2002, com o intuito na gestão da AF, farmacovigilância contribuíram para uma prática de obtenção de informações sobre o desempenho de uso de medicamentos fora do ambiente controlado de ensaios clínicos, com o objetivo de se evitar os efeitos prejudiciais da má utilização (NASCIMENTO et al., 2017).

O panorama apresentado demonstra esforços de um programa estruturado e ambicioso através da PNM, mostrando sua relevância como documento orientador e transversal aos diferentes governos. As diretrizes e as prioridades previstas na PNM mostraram-se lidar com um duplo embate: de um lado, enfrentar a fluidez do mercado financeiro a partir da sua regulação, e de outro, assegurar a distribuição de medicamentos alinhada à operacionalização do sistema público de saúde (NASCIMENTO et al., 2017).

Um dos grandes avanços estabelecidos pela PNM foi a criação da Rename levando a um processo de revisão da lista de medicamentos essenciais, com a implementação da Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Rename (Comare) com a instituição de exclusão e inclusão de medicamentos em consultas públicas, de acordo com a essencialidade dos principais medicamentos de acordo com as doenças mais prevalentes e a medicina baseada em evidências (SILVA; CAETANO, 2011).

No Brasil a primeira lista de medicamentos foi estabelecida pelo Decreto no. 53.612, de 26 de fevereiro de 1964, denominada Relação Básica e Prioritária dos Produtos Biológicos e Matérias para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário. Desde a sua

criação esta lista sofreu uma série de atualizações, duas ainda na década de 1970 (1972 e 1975) e várias outras a partir do final da década de 1980, até sua versão final em 2017 sendo denominada Rename a partir do ano 2000. Esta lista tem por objetivo nortear aos órgãos subnacionais na elaboração da seleção de medicamentos (BRASIL, 2018).

Contribui para esta lista de medicamentos tanto itens de atenção primária até os níveis secundários e terciários de atenção, perfazendo um total de 503 em 2010, englobando produtos oftalmológicos e oncológicos (BRASIL, 2010). Com influências sobre a integralidade da AF no SUS e suas ações diretas, a Lei 12.401 e o Decreto 7.508, ambas de 2011, levaram a incorporação dos mecanismos de atuação da Comare pela Conitec, transformando a Rename de um consenso norteador de práticas clínicas e gerenciais para uma lista assertiva de medicamentos (BRASIL, 2011a, 2011b).

Em 2017, a Rename foi constituída por produtos financiados por meio de componentes da AF (Básico, Estratégico e Especializado), pela Relação Nacional de Insumos e pela Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar, dentre os novos medicamentos destacam-se novas medicações para tratamento do HIV, o uso de adesivo transdérmico para tratamento da doença de Alzheimer, incorporações de medicações para tratamento de hiperparatireoidismo e inclusão de antibiótico injetável para tratamento da Sífilis resistente a ciprofloxacim, totalizando 809 itens (BRASIL, 2017).

Observa-se que mais que uma evolução de parâmetros para seleção de medicamentos no SUS ocorreu, entre 1998 e 2017, uma substituição de uma suposta política na essencialidade como critério norteador da AF, que contribuía para a universalização dos cuidados, para a inclusão de tecnologias, tendo como foco a inovação como a principal característica da integralidade na assistência farmacêutica. Esta tendência é devida principalmente a maciça judicialização da AF no SUS (COSTA et al., 2017).

3.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA E RISCOS DE POLIFARMÁCIA NO IDOSO

A seguir discorre-se sobre a importância da dispensação correta de medicamentos na Atenção Básica e os riscos que a polifarmácia pode acarretar no idoso.

3.3.1 Disponibilização e dispensação de medicamentos na atenção básica

A disponibilização de medicamentos seguros, eficazes e essenciais, primordialmente aqueles considerados necessários para combater as doenças dos países pouco desenvolvidos foi uma das principais recomendações internacionais dos últimos anos, sob o título geral de *acesso aos medicamentos essenciais*. De fato, a acessibilidade e o consumo de medicamentos têm aumentado em todos os países, segundo levantamento da Organização Mundial da Saúde (HOEBERT; LAING; STEPHENS, 2011). No Brasil, os recentes resultados do inquérito populacional sobre acesso e uso dos medicamentos indicam altos níveis de acesso aos medicamentos (ÁLVARES et al., 2017).

A importância da dispensação de medicamentos tem sido negligenciada, resultando em um entendimento básico de entrega de medicamentos, atendimento a normas legais ou mera burocracia, refletido na prática observada nas farmácias (ARRAIS; BARRETO; COELHO, 2007). Com a publicação da PNAF, a normatização das atividades das farmácias pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (BRASIL, 2009) e a recente publicação da lei no 13.0216 (BRASIL, 2014), o real objetivo da dispensação começa a aproximar-se das necessidades da sociedade, buscando transcender o simples fornecimento de medicamentos para a promoção do uso racional dos medicamentos.

Nos poucos estudos sobre avaliação dos serviços de dispensação publicados no Brasil, a situação descrita é preocupante em relação à qualidade dos serviços, sob os

aspectos de organização, estrutura, operacionalidade e integração com as ações de saúde (SARTOR; FREITAS, 2014).

Estudos sugerem que a complexidade dos atos da prática farmacêutica, em relação ao que o serviço de dispensação pode oferecer, especialmente no que se refere à provisão de serviços mais orientados aos usuários, pode estar limitada pelas condições de trabalho, como tempo, infraestrutura e a gestão dos serviços, provocando erros de dispensação importantes e impactantes para a saúde dos usuários (JAMES et. al., 2009).

No âmbito da atenção básica no SUS, uma série de investimentos têm procurado incentivar o desenvolvimento e qualificação dos serviços farmacêuticos sob os aspectos de capacitação das equipes, recursos para estruturação das unidades de dispensação e disponibilização de sistema informatizado (COSTA; NASCIMENTO JUNIOR, 2012). Reconhecer as características atuais dos serviços de dispensação na atenção básica no Brasil é fundamental para avaliar a implementação das políticas públicas adotadas e subsidiar futuros investimentos.

3.3.2 Polifarmácia no idoso

Uma das graves consequências que a utilização, prescrição e dispensação de maneira incorretas de medicamentos pode ocasionar é a polifarmácia no idoso (NASCIMENTO et al., 2017). Como já mencionado anteriormente a polifarmácia é definida como o uso de 5 ou mais medicamentos e apresenta uma prevalência média de 10 % em algumas comunidades do mundo (CHEN et al., 2001).

Nos países desenvolvidos, é cada vez maior o número de medicamentos disponíveis para tratar múltiplas doenças crônicas e são prescritos mais medicamentos para prevenção de doenças como a osteoporose, doença isquêmica coronariana e cerebrovascular. Uma vez que a maioria das doenças crônicas estão associadas com o avançar da idade, os idosos são o principal alvo para este aumento na prescrição. Além do avanço da idade, outros fatores que levam ao aumento da prescrição de

medicamentos incluem tratamentos mais recentes como a doença de Alzheimer, indicações mais amplas para várias classes de drogas cardiovasculares, e limiares inferiores em que condições como hipertensão e hipercolesterolemia são agora tratados (WESTIN; HEALTH, 2005).

O aumento do uso de estratégias de prescrição preventivas primárias e secundárias, particularmente na doença cardiovascular ateromatosa tem levado muitos pacientes a tomar estatinas a longo prazo, antiagregantes plaquetários ou anticoagulantes, consistente com as indicações mais amplas para tais medicamentos (SMITH et al., 1999).

No Reino Unido, onde os idosos constituem um quinto da população, quase metade dos medicamentos prescritos em receita médica são consumidos por esta faixa etária (KENNERFALK et al., 2002), em idosos acima de 65 anos a média de uso é de dois medicamentos prescritos e acima da faixa etária de 75 anos esse número aumenta para 2,5 medicamentos (CHEN et al., 2001). Em comparação a outras populações mundiais, pessoas acima de 75 anos consomem uma média de 3,5 medicamentos diários no norte da Itália (NOBILI et al., 1997) e quatro medicamentos diários na Dinamarca (BARAT; ANDREASEN.; DAMSGAARD, 2000).

Nos Estados Unidos, a polifarmácia é encontrada em mais de 40 % dos idosos acima de 65 anos (KAUFMAN et al., 2002). Na maioria desses estudos, na comunidade, sobre o uso de medicamentos, observa-se que as mulheres ingerem mais medicamentos prescritos do que os homens. Residentes de instituição de longa permanência são em pequeno número, mas um importante grupo de pacientes que ingerem muitos medicamentos diários, tendo uma média de 6 a 8 drogas por dia (NYGAARD et al., 2003).

Outro grande risco de polifarmácia ocorrem nos idosos admitidos em unidades de internação, poucos estudos estão disponíveis sobre o número real de medicamentos utilizados por pacientes hospitalizados. Em um estudo norueguês sobre os problemas relacionados a medicamentos em idosos, os pacientes internados utilizavam uma média de 4,6 medicamentos no momento da admissão (BLIX et al., 2004). Pacientes hospitalizados na Suíça recebem uma média de seis medicamentos diariamente

(FATTINGER et al., 2000). Pacientes que recebem alta da ala de medicina geral de um hospital de ensino em Boston, Estados Unidos, apresentam uma média de 8 medicamentos prescritos (SCHNIPPER et al., 2006). Em pacientes admitidos em um hospital distrital do Reino Unido, o número médio de medicamentos prescritos que utilizavam na admissão duplicou de dois em 1994, para quatro em 2004 e receberam alta com uma média de três medicamentos em 1994 e cinco em 2004 (GORARD; KIND, 2005). De igual modo, o número médio de medicamentos prescritos na alta aumentou de quatro para oito ao longo da década, com alguns pacientes recebendo alta com mais de 20 medicamentos diferentes (GORARD; KIND, 2005).

Paciente com um número crescente de prescrições de medicamentos são consequência do aumento da complexidade da medicina moderna. Um paciente com Infarto Agudo do Miocárdio há 15 anos receberia na alta hospitalar somente aspirina, um beta-bloqueador e um nitrato, atualmente tal paciente também receberá um inibidor de enzima de conversão da angiotensina, uma estatina e clopidogrel (ANTITHROMBOTIC TRIALISTS' COLLABORATION, 2002). Doenças como o diabetes tipo 2 e insuficiência cardíaca exigem cada vez mais regimes mais complexos de tratamentos, sendo a polifarmácia difícil de evitar. À medida que cada edição de novos consensos é atualizada, as listas de prescrição de cuidados primários e secundários continuam a aumentar e também consequentemente os pacientes hospitalizados tem uma maior chance de receberem alta com uma grande quantidade de medicamentos.

Os regimes complexos de utilização de múltiplos medicamentos contribuem para uma má administração como a não conformidade de horários, duplicidade terapêutica, confusão entre nomes genéricos e comerciais e mais reações adversas e interações medicamentosas (SORENSEN et al., 2005). Estima-se que aproximadamente 5 % das admissões hospitalares estão ligadas a reações adversas medicamentosas (PIRMOHAMED et al., 2004). As reações adversas medicamentosas são mais prováveis de ocorrer com a polifarmácia nos idosos e nas mulheres (COLT; SHAPIRO, 1989). As reações adversas a medicamentos ocorrem em 5 a 10 % nos pacientes internados e estão associados ao aumento do tempo de internação e custos (CLASSEN et al., 1997). Mesmo a transição de pacientes externos para internados

pode estar associada a erros de transcrição e estes são mais prováveis nos pacientes com polifarmácia (TAM et al., 2005).

Muitos regimes de polifarmácia representam uma prescrição coesa, mas também há uma série de prescrições inadequadas, particularmente nos idosos (STUCK et al., 1994). Nos Estados Unidos, os critérios para o uso inadequado de medicamentos prescritos entre os residentes da comunidade e instituições de longa permanência foram ampliados para promover uma melhor terapia medicamentosa em pessoas idosas em todos os contextos (AMERICAN GERIATRIC SOCIETY, 2019). O ponto fundamental para esses critérios são listas de medicamentos associados a piores resultados sob utilização e que devem ser evitados em idosos. Ansiolíticos, antidepressivos e sedativo-hipnóticos figuram de forma proeminente nestas listas. Embora haja alguma evidência de um declínio na prescrição inadequada de medicamentos (AMERICAN GERIATRIC SOCIETY, 2019), tentativas de reduzir a polifarmácia em geral tiveram sucesso limitado. Algumas estratégias melhor sucedidas para reduzir o número de medicamentos utilizados por pacientes idosos na comunidade têm envolvido farmacêuticos revendo lista de medicamentos e, em seguida, discutindo mudanças pessoalmente com o médico prescritor (ZAROWITZ et al., 2005). Embora as visitas domiciliares a pacientes possam reconhecer problemas no uso de medicamentos inadequados, tais intervenções nem sempre melhoram os resultados no combate a polifarmácia (HOLLAND et al., 2005). Em instituições de longa permanência aonde idosos residentes utilizam mais medicamentos que os idosos da comunidade, estratégias de revisão e redução de medicamentos potencialmente inapropriados parecer ser mais benéfica (ROBERTS et al., 2001).

A lista de medicamentos de um paciente deve sempre levar em consideração se o benefício compensará os possíveis danos. As sociedades de especialidades devem prestar aconselhamento específicos sobre se os benefícios de algumas intervenções possam ser empregados para indivíduos muito idosos. Exemplo disto são que mais informações são necessárias sobre os prováveis benefícios de se iniciar o tratamento com estatinas em prevenção primária em pacientes acima de 80 anos de idade (FOODY et al., 2006).

Apesar das medidas acima referidas, o aumento da polifarmácia em idosos parece inevitável numa população em envelhecimento crescente adquirindo simultaneamente múltiplas morbidades. Diante disso, regimes simplificados de administrações de medicamentos devem ser adotados. Regimes de dose única diária e utilização de um medicamento para tratar mais do que uma doença (por exemplo, hipertensão e angina) simplificarão as rotinas de uso de medicamentos. Comprimidos de combinação fixas de doses, embalagens com blister-calendário e caixas organizadoras de comprimidos, podem melhorar a aderência e evitar o uso incorreto de medicamentos, mas estas estratégias ainda não foram rigorosamente testadas (CONNOR; RAFTER; RODGER, 2004). A polifarmácia, particularmente em idosos, está aqui para ficar, e os esforços para minimizar os seus malefícios devem ser intensificados.

4 FATORES RELACIONADOS A POLIFARMÁCIA EM IDOSOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Factors related to polypharmacy in the elderly in the family health strategy

Resumo

Objetivo: Verificar a associação entre as condições de saúde, os aspectos sociodemográficos com a polifarmácia de idosos assistidos pela ESF de Manhuaçu-MG. **Método:** Estudo observacional transversal realizado em uma Unidade de Manhuaçu-MG. Caracterizou-se perfil socioeconômico, demográfico, condições de saúde e hábitos de vida. Verificou-se o número de medicamentos utilizados e considerou-se polifarmácia o uso de 5 ou mais medicamentos. Realizou-se o Teste do Qui-quadrado. **Resultados:** Dos 229 idosos selecionados a prevalência de polifarmácia foi de 43% e a média de idade 72 anos. A maioria dos idosos eram mulheres (65%), da raça branca (59%), casados (51%), com primeiro grau de escolaridade (41%), renda de 1 a 3 salários mínimos (41,5%), 91% não fumavam, 86% não consumiam bebidas alcólicas, não praticavam atividade física (66%), não possuíam plano de saúde (57%), não estiveram internados no último ano (86%), possuíam alguma condição crônica de saúde (80%), com predominância de doenças cardiovasculares (56%). Cinco variáveis foram associadas à polifarmácia: idade, uso de bebidas alcoólicas, prática de atividade física, internação no último ano e presença de doença crônica. **Conclusão:** Verificou-se que a presença de comorbidades e internação no último ano foram os principais fatores associados a polifarmácia o que demonstra que o envelhecimento e condições de saúde contribuem para o uso excessivo de medicamentos nesta faixa etária. Os achados corroboram para a necessidade de capacitação de profissionais de saúde no manejo das condições de saúde dos idosos, além do estímulo ao envelhecimento ativo na prevenção de morbidades nesta faixa etária.

Palavras chave: Idoso. Estratégia de Saúde da Família. Polifarmácia.

Abstract

Objective: To verify the association between the health conditions, the sociodemographic aspects and the polypharmacy of elderly people assisted by the FHS of Manhuaçu-MG. **Method:** Cross-sectional observational study performed in a Manhuaçu-MG unit. Socioeconomic, demographic, health conditions and life habits were characterized. The number of drugs used was verified and polypharmacy was considered the use of 5 or more drugs. Chi-square test was performed. **Results:** Of the 229 selected elderly, the prevalence of polypharmacy was 43% and the mean age was 72 years. Most of the elderly were women (65%), white (59%), married (51%), with first degree of education (41%), income from 1 to 3 minimum wages (41.5%), 91% did not smoke, 86% did not drink alcohol, did not practice physical activity (66%), had no health insurance (57%), were not hospitalized in the last year (86%), had some chronic health condition (80%), with predominance of cardiovascular diseases (56%). Five variables were associated with polypharmacy: age, alcohol use, physical activity, hospitalization in the last year and presence of chronic disease. **Conclusion:** It was found that the presence of comorbidities and hospitalization in the last year were the main factors associated with polypharmacy, which demonstrates that aging and health conditions contribute to the excessive use of drugs in this the age group. The findings corroborate the need to train health professionals in the management of health conditions of the elderly, in addition to stimulating active aging in the prevention of morbidities in this age group.

Keywords: Aged. Family Health Strategy. Polypharmacy.

INTRODUÇÃO

Em 2009, as famílias brasileiras gastaram 56,2 bilhões de reais com o uso de medicamentos¹. Dentre as despesas em saúde, os medicamentos foram os grandes responsáveis pelo aumento da pobreza revelando a elevada magnitude dos medicamentos nos gastos totais em saúde, em especial na parcela da população mais pobre².

O uso de múltiplos medicamentos, ou polifarmácia, é comum e crescente na prática clínica, principalmente em pessoas acima de 65 anos¹. Este crescimento relaciona-se a vários fatores, como o aumento da expectativa de vida e o consequente

aumento da multimorbidade, à maior disponibilidade de fármacos no mercado e de linhas-guia que recomendam o uso de associações medicamentosas para o manejo de várias condições de saúde². A associação otimizada de fármacos, prescritos de acordo com a melhor evidência disponível, pode curar, minimizar danos, aumentar a longevidade e melhorar a qualidade de vida³. Porém, algumas terapias são inadequadas e podem ocasionar reações adversas e interações medicamentosas³.

A polifarmácia é comum em adultos idosos e inclui medicamentos prescritos, aqueles não-prescritos e preparações fitoterápicas². Destaca-se que aproximadamente 30 % dos adultos de 65 anos ou mais em países desenvolvidos consomem cinco ou mais medicamentos⁴.

A cada ano o número de prescrições farmacológicas aumentam com conseqüente risco de aumento de reações adversas as drogas, muitas delas seriam evitáveis se houvesse uma preocupação com a prevenção do uso de medicamentos potencialmente inapropriados e de combinações indesejáveis⁵.

Um número reduzido de estudos avaliou a polifarmácia no âmbito da atenção primária e em sistemas públicos de saúde. Além disso, uma grande parcela das evidências científicas de eficácia dos medicamentos é resultado de ensaios clínicos randomizados, que na maioria das vezes excluem idosos, pessoas com comorbidades e polifarmácia⁶. Portanto, a grande maioria dos estudos publicados na literatura não fornece informações diretamente relevantes para as pessoas que necessitam de associações medicamentosas. Estudos sobre estes eventos são particularmente importantes para uma melhor compreensão dos desafios na prestação de cuidados de qualidade em saúde⁷, principalmente a se considerar a população idosa.

Diante do exposto, o presente estudo propôs verificar a associação entre as condições de saúde, os aspectos sociodemográficos com a polifarmácia de idosos assistidos pela ESF de Manhuaçu-MG.

MÉTODO

Pesquisa observacional, descritiva e de corte transversal, realizado no período de novembro de 2018 a setembro de 2019 que priorizou como campo de estudo a Unidade São Vicente, localizada na zona urbana do município de Manhuaçu, pertencente a Zona da Mata Mineira. Para o cálculo amostral utilizou-se como base os dados do Sistema de Atenção Básica (SIAB) cadastrados na unidade de saúde, com margem de erro de 0,05 e estimativa de proporção de 0,5 e o n almejado foi de 255 idosos para o estudo primário sendo incluídos na presente pesquisa 229 idosos que atenderam a todos os critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos, residência permanente na área urbana do município e o de demonstrar interesse mútuo em participar do estudo. Foram excluídos 26 idosos que atenderam os critérios de exclusão: 2 casos de óbito, 1 internação, 8 migrações para outra região prévios a realização da coleta de dados e 15 que recusaram a participar da pesquisa.

O instrumento utilizado na pesquisa foi aplicado na residência do idoso com agendamento prévio e em horário conveniente para os participantes, sendo ele composto de uma ficha de coleta de dados destinada a caracterização do perfil socioeconômico e demográfico dos idosos (sexo, idade, raça, estado civil, escolaridade, renda salarial), hábitos de vida (tabagismo, consumo de bebidas alcólicas e práticas de atividade física) e de condições de saúde dos idosos (presença ou ausência plano de saúde, internação nos últimos doze meses, presença de doenças crônicas). As doenças foram caracterizadas em doenças cardiovasculares, metabólicas e outras que não se enquadraram nestes grupos. Com relação ao uso de medicamentos verificou-se o número de medicamentos prescritos e não prescritos e considerou-se polifarmácia o uso de 5 ou mais medicamentos³.

Para caracterizar o uso de medicamentos foi solicitado ao entrevistado além das receitas médicas as bulas, rótulos ou embalagens de todos os medicamentos, para: a) assegurar a acurácia dos nomes dos medicamentos fornecidos, b) evitar a omissão, geralmente por esquecimento, das medicações em uso. Foi também solicitado ao entrevistado e/ou cuidador informar qual a finalidade/tratamento para qual aquela medicação foi prescrita ou está sendo usada por conta própria para qual

finalidade/tratamento. A questão utilizada foi: *Algum médico indicou tratamento para esta doença?*”.

A análise descritiva foi reportada através de tabelas de frequências, para variáveis nominais, e medidas de resumo de dados como médias, desvio padrão, mínimo e máximo, para as variáveis contínuas. Para verificar a associação de polifarmácia com as características socioeconômicas e condições de saúde foi utilizado o teste Chi-quadrado e para as variáveis com $p < 0,05$ foi calculado o resíduo do χ^2 para as variáveis com $p < 0.05$. Para a análise de dados utilizou o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Foi adotado nível de significância de $p < 0.05$, com Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) para todas as análises.

O macroprojeto primário intitulado “Condições de Saúde, Capacidade Funcional e Funcionalidade Familiar de Idosos Assistidos em uma Estratégia de Saúde da Família de Manhuaçu-MG” deu origem a presente pesquisa e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (CEP/EMESCAM) parecer no. 2.851.034.

RESULTADOS

Do total de idosos selecionados a maioria utilizava pelo menos um medicamento prescrito (88%). Mais de um terço dos idosos (38 %) utilizava pelo menos um não prescrito. O número médio de medicamentos prescritos em uso por idoso foi de 4,05 ($\pm 3,3$) variando de 0 a 20 medicamentos em uso. Em relação a medicamentos não-prescritos, a média de uso por idoso foi de 0,71 ($\pm 1,9$) variando de 0 a 5 medicamentos em uso. Em relação a classe de medicamentos utilizada as doenças cardiovasculares predominaram com um total de 40 % das medicações.

Dos 229 idosos selecionados a prevalência de polifarmácia foi de 43,2 % (99 idosos) sendo que os idosos apresentavam uma média de idade de 71,88 ($\pm 8,35$) anos variando a faixa etária de 60 a 97 anos dos quais a maior parte era composta pela faixa etária de menos de 79 anos (71 %). A maioria dos idosos entrevistados pertencia ao sexo feminino (65 %), da raça branca (59 %), casados (51 %), com primeiro grau de

escolaridade (41 %) e renda de 1 a 3 salários mínimos (41,5%). Com relação aos hábitos de vida 91,3% dos idosos não fumavam e nem consumiam bebidas alcóolicas (85,6%) e não praticavam nenhuma atividade física (65,9%). Com relação as condições de saúde, a grande maioria não possuía plano de saúde (56,8%), não estiveram internados no último ano (85,6%) mas grande parte da população estudada possuía alguma condição crônica de saúde (80,3%), sendo que a grande maioria com predominância de doenças cardiovasculares (55,6%) dentre estas Hipertensão Arterial Sistêmica, Sequela de AVC e Doenças do Coração.

A tabela 1 apresenta os resultados do perfil sócio demográfico e econômico, condições de saúde e hábito de vida associados a presença ou ausência de polifarmácia.

Tabela 1 Características sócio-demográficas e econômicas, condições de saúde e hábito de vida de idoso adstritos a uma Unidade de Saúde da Família, considerando a presença ou ausência de Polifarmácia. Manhuaçu-MG, 2019

(Continua)

Polifarmácia					
Variáveis	Não n= 130		Sim n = 99		p ¹
	N	(%)	N	(%)	
Sexo	52	40,0%	28	28,3%	0,065
Masculino					
Feminino	78	60,0%	71	71,7%	
Faixa Etária	112	86,2%	70	70,7%	0,004*
Até 79 anos					
80 anos ou mais	18	13,8%	29	29,3%	
Raça	79	60,8%	56	56,6%	0,522
Branca					
Parda/Negra	51	39,2%	43	43,4%	
Est.Civil	74	56,9%	43	43,4%	0,006
Casado					
Solteiro/Viuvo	41	31,5%	51	51,5%	
Outros	15	11,5%	5	5,1%	
Escolaridade	19	14,6%	12	12,1%	0,165
Analfabeto					
Alfabetizado	24	18,5%	26	26,3%	
1 grau comp/incomp	50	38,5%	43	43,4%	
2 grau comp/incomp	13	10,0%	10	10,1%	
Superior	24	18,5%	8	8,1%	
Renda	36	27,7%	28	28,3%	0,341
Menos de SM					
1 a 3 SM	48	36,9%	47	47,5%	

Tabela 1 Características sócio-demográficas e econômicas, condições de saúde e hábito de vida de idoso adstritos a uma Unidade de Saúde da Família, considerando a presença ou ausência de Polifarmácia. Manhuaçu-MG, 2019

(Conclusão)

3,1 a 5 SM	17	13,1%	10	10,1%	
5,1 a 7 SM	4	3,1%	2	2,0%	
> 7,1 SM	5	3,8%	5	5,1%	
não resp	20	15,4%	7	7,1%	
Fuma	14	10%	6	6%	0,211
Sim					
Não	116	90%	93	94%	
Bebe	28	21,5%	5	5%	0,001*
Sim					
Não	102	78,5%	94	95%	
Atv. Física	52	40%	26	26%	0,003
Sim					
Não	78	60%	73	74%	
P. de Saúde	72	55,4%	58	58,6%	0,628
Não					
Sim	58	44,6%	41	41,4%	
Internação	117	90,0%	79	79,8%	0,031*
Não					
Sim	13	10,0%	20	20,2%	
D. Crônica	40	30,8%	5	5,1%	0,001*
Não					
Sim	90	69,2%	94	94,9%	

Legenda:1. Teste do Qui-Quadrado de Fischer, P. Saúde: Plano de Saúde, Atv. Física: Atividade Física
*p < 0,005

A tabela 2 apresenta o resíduo do Qui-Quadrado (resíduo ajustado) calculado para as variáveis nas quais houve associação significativa ($p < 0,05$) assim considerada entre duas categorias na casela em que o resíduo ajustado apresentou valor maior que 1,96 ou menor que -1,96. Em outras palavras, quanto maior o valor do resíduo ajustado acima de 1,96, ou quanto menor, abaixo de -1,96, maior a associação entre as referidas categorias.

Tabela 2. Resíduos do Qui Quadrado em que houve associação entre polifarmácia em idosos assistidos na ESF São Vicente e as variáveis – idade, uso de bebidas alcólicas internação no último ano, presença de doença crônica e prática de atividade física.

		Polifarmácia	
		Não	Sim
Faixa etária	Até 79 anos	2,9	-2,9
	80 anos ou mais	-2,9	2,9
Uso de bebida Alcólica	Não	-3,5	3,5
	Sim	3,5	-3,5
Internação no último ano	Não	2,2	-2,2
	Sim	-2,2	2,2
D.crônica	Não	4,9	- 4,9
	Sim	-4,9	4,9
Atividade Física	Não	-2,2	2,2
	Sim	2,2	-2,2

DISCUSSÃO

A prevalência da polifarmácia nesse estudo foi de 43,2 % e os fatores idade acima de 80 anos, internação no último ano, presença de doença crônica, uso de bebidas alcólicas e a prática de atividade física associaram-se a polifarmácia. A prevalência encontrada na presente pesquisa foi maior do que a polifarmácia em alguns estudos brasileiros tendo estes sua prevalência variando entre 10,3% a 35,9%^{8, 9, 10, 11, 12}. Nos Estados Unidos, a prevalência de polifarmácia em idosos tem aumentado ao longo dos anos, e os dados disponíveis mais recentes indicam que aproximadamente 39 % dos idosos tomam 5 ou mais medicamentos¹³. Os dados do Irish Longitudinal Study on Ageing relataram a polifarmácia em 27 % da população idosa usando a mesma definição¹⁴. Embora as estimativas de prevalência variem entre os países do mundo, a polifarmácia em idosos é reconhecida como uma questão global generalizada¹⁵.

O número médio de medicamentos é semelhante aos resultados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamento (PNAUM) em que a maioria dos idosos utilizavam de 3 a 4 medicamentos¹⁶. Da mesma forma verificou-se que o total das prescrições a maioria relacionava-se a

doenças cardiovasculares resultado também observado na PNAUM. No Brasil, a mortalidade por doenças cardiovasculares vem liderando as estatísticas desde o fim dos anos de 1960, em parte principalmente devido ao envelhecimento populacional, mudanças no estilo de vida como urbanização e globalização¹⁷, o que pode justificar os resultados da presente pesquisa.

A prevalência de doenças crônicas também contribuiu para o risco de polifarmácia o que é também demonstrado em vários outros estudos na população geriátrica^{18,19,20}. Em um estudo realizado na Colômbia, a prevalência de polifarmácia esteve diretamente relacionado a múltiplas condições crônicas de saúde prevalecendo o uso de medicamentos para hipertensão, doenças metabólicas e condições psiquiátricas, outras condições também foram relacionadas como a fragmentação do cuidado ao paciente levando a prescrição de vários profissionais¹⁸. Outros estudos em populações de idosos com transtornos mentais e hospitalizados¹⁹ e idosos institucionalizados²⁰ também relacionaram a polifarmácia a condições crônicas de saúde.

Mais de um terço dos idosos utilizam pelo menos um medicamento não prescrito e apesar da Política Nacional de Medicamentos determinar entre seus objetivos o fornecimento de medicamentos considerados essenciais para o tratamento de doenças crônicas através do Programa da Farmácia Popular do Brasil (PFPB)²¹ ainda é alto o consumo de medicamentos não prescritos entre os idosos. Segundo ao estudo SABE realizado na cidade de São Paulo²¹ na população idosa é comum a busca por tratamento de sintomas frequentes influenciada por experiências passadas e também pelos meios de comunicação como propagandas que estimulam a automedicação²². O uso de medicamentos não prescritos por pessoas idosas, para tratar doenças é de preocupação crescente. O *National Social Life, Aging, and Health Project*, um estudo longitudinal norte-americano sobre comportamentos relacionados ao envelhecimento, estimou que quase metade dos idosos entre 75 e 85 anos usam regularmente pelo menos um medicamento não prescrito ou suplemento dietético²³.

Um dos fatores associado a polifarmácia foi a maior faixa etária o que corrobora com achados em outros estudos de prevalência de polifarmácia²⁴. O aumento da idade contribui para o surgimento de multimorbidades, fragilidade e

dependência e conseqüentemente o risco de polifarmácia na faixa etária dos muitos idosos aumenta exponencialmente contribuindo também para o aumento do risco de efeitos colaterais e hospitalização²⁵.

A polifarmácia também esteve associada a internação no último ano. Estudos clínicos demonstram que o tempo de hospitalização contribui para o risco de polifarmácia principalmente naqueles idosos que apresentam sintomas psicológicos (depressão, agitação, ansiedade e insônia) geralmente ocasionados ou exacerbados pelas condições clínicas durante o período de hospitalização nos pacientes geriátricos²⁶ e em conseqüência também dos efeitos colaterais muitas vezes imprevisíveis devido a mudanças na farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos. Além disso, a prescrição em idosos em serviços terciários de internação hospitalar carece de profissionais devidamente treinados no manejo e conhecimento das drogas potencialmente inapropriadas nessa faixa etária o que pode ocasionar aumento dos efeitos adversos a medicamentos, múltiplas admissões hospitalares e aumento da mortalidade²⁷.

O uso de bebidas alcóolicas foi relacionado a menor incidência de polifarmácia, alguns pacientes idosos abandonam o tratamento medicamentoso para fazer uso de bebidas alcóolicas²⁸, isso pode ser um dos motivos de menor polifarmácia nos idosos avaliados neste estudo, sabendo-se que os índices de uso e dependência do álcool ainda permanecem elevados na população brasileira²⁹.

Outro fator protetor em relação a polifarmácia foi a prática de atividades físicas. Sabe-se que a atividade física contribui para diminuição da morbidade e mortalidade em pacientes frágeis e pré-frágeis³⁰ sendo este um importante marcador para polifarmácia na terceira idade. As funções fisiológicas podem ser preservadas ou melhoradas pelo exercício físico regular e a prevalência de vários distúrbios é significativamente reduzida como hipertensão, acidente vascular encefálico, síndrome metabólica, diabetes tipo 2, câncer de mama e cólon, depressão, risco de quedas, entre outros³¹. Além disso, em uma pesquisa realizada em uma coorte de 3967 idosos espanhóis acompanhados ao longo de 8,9 anos a prática de atividades físicas reduziu a mortalidade em todos os seguimentos independente da intensidade da atividade³²

O presente estudo contribuiu para melhor compreensão da polifarmácia em idosos acompanhados na ESF e seus principais fatores associados a esse risco. A qualificação profissional tem papel fundamental na prevenção da polifarmácia através de uma avaliação geriátrica multidimensional permitindo uma racionalização da prescrição médica nesta faixa etária assim como estratégias de prevenção e complicações de multimorbidades³¹. Deve-se considerar também que a qualificação de profissionais de saúde não deve restringir-se a atenção primária e sim a toda rede de atendimento a essa faixa etária, pois o risco de polifarmácia e uso de medicamentos inapropriados ocorrem em todos os níveis de atenção à saúde da população idosa. É fundamental o treinamento de profissionais que atuam na atenção básica em saúde do idoso com relação ao conhecimento dos principais medicamentos inapropriados para essa faixa etária e estratégias de desprescrição quando possível, isso contribuirá na diminuição do risco de polifarmácia e na prescrição inapropriada de medicamentos para esta faixa etária.

Apesar da criação da Política Nacional do Idoso em 1994, muitos gestores ainda desconhecem suas diretrizes o que impacta diretamente nas ações efetivas e planejamento de saúde da população idosa³³.

A presença de polifarmácia foi semelhante a encontrada em alguns estudos que acompanharam idosos hospitalizados e na comunidade, vale ressaltar que a literatura ainda carece de estudos avaliando populações em Estratégia de Saúde da Família (ESF) por este ter se tornado o principal programa de saúde em Atenção Primária no nosso País. Os muito idosos, com presença de comorbidades e internação no último ano foram os principais responsáveis pelo risco de polifarmácia o que demonstra que o envelhecimento e condições de saúde contribuem para o uso excessivo de medicamentos nesta faixa etária.

Por tratar-se de um estudo transversal, torna-se mais difícil estabelecer uma relação temporal entre os eventos e considerar com maior grau de certeza se a relação entre a polifarmácia e os dados obtidos serem causal ou não, devido à dificuldade de provarem uma existência de uma sequência temporal entre os dados analisados.

CONCLUSÃO

Verificou-se uma alta prevalência de polifarmácia na população idosa estudada corroborando com índices de frequência de populações de outros estudos mostrando a importância do tema na prática geriátrica diária. Além disso, a associação encontrada entre polifarmácia, envelhecimento, doenças crônicas degenerativas e práticas de atividades físicas nos alerta para a importância de que não basta que tenhamos índices elevados de sobrevivência populacionais comparados a países desenvolvidos, é necessário que haja uma conscientização e capacitação profissional no conhecimento e na prática do envelhecimento ativo o que irá contribuir para diminuição dos índices de morbidades entre a população idosa e consequente redução da polifarmácia.

REFERÊNCIAS

1. Viana KP, Brito AS, Rodrigues CS, Luiz RR. Acesso a medicamentos de uso contínuo entre idosos, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2015; 49(14):1-10. Brasil. *Rev Cuidarte*. 2018;9(2):2135-44.
2. Boing AC, Bertoldi AD, Posenato LG, Peres KG.. Influência dos gastos em saúde no empobrecimento de domicílios no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2014; 48 (5):797-807.
3. Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Junior AA, Gomes IC, Silveira MR, Costa EA, et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica* 2017;51 Supl 2:19s.
4. Kim J, Arish AL. Polypharmacy and Medication Management in older adults. *Nursing Clin North American* 2017;52(3):457-68.
5. Oliveira MG, Amorim WW, Oliveira CRB, Coqueiro HL, Gusmão LC, Passos LC. Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. *Geriatr Gerontol Aging* 2016;10(4):168-81.
6. Guthrie B, Makubate B, Hernandez-Santiago V, Dreischulte T. The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis. *BMC Med* 2015;13(35):74-84.
7. Ryan R, Santesso N, Lowe D, Hill S, Grimshaw J, Pictor M, Kaufman C, Cowie G, Taylor M. Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Apr;(4):CD007768.

8. Almeida NA, Reiners, AAO, Azevedo RCS, Silva AMC, Cardoso JDC, Souza LC. Prevalência e fatores associados à polifarmácia entre os idosos residentes na comunidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2017;20(1):143-53.
9. Carvalho MFC, Lieber NSR, Bergsten-Mendes G, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, Duarte YAO. Polifarmácia entre idosos do município de São Paulo - Estudo SABE. *Rev Bras Epidemiol* 2012;15(4):817-27.
10. Neves SJF, Marques APO, Leal MCC, Diniz AS, Medeiros, TS, Arruda IKG. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2103;47(4):759-68.
11. Santos TRA, Lima, DM, Nakatani AYK, Pereira LV, Leal GS, Amaral RG. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2013;47(1):94-103.
12. Silva AL, Ribeiro AQ, Klein, CH, Acurcio FA. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. *Cad Saúde Pública* 2012;28(6):1033-45.
13. Kantor ED, Rehm CD, Haas JS, Chan AT, Giovannucci EL. Trends in prescription drug use among adults in the United States from 1999-2012. *JAMA* 2015 Nov 3;17(314):1818-30.
14. Donoghue OA, McGarrigle CA, Kenny RA (2019) The Irish Longitudinal Study on Ageing. In: Gu D., Dupre M. (eds) *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*. Springer, Cham. Available at: https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-319-69892-2_340-1.
15. Stewart D, Mair A, Wison M, Kardas P, Lewek P, Alonso A, McIntosh J, MacLure K. Guidance to manage inappropriate polypharmacy in older people: systematic review and future developments. *Expert Opin Drug Saf* 2017 Feb;16(2):203-13.
16. Ramos RL, Tavares NUL, Bertoldi AD, Farias MR, Oliveira MA, Pizzol TSD et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. *Rev Saúde Pública* 2016;50(supl. 2):1-13.
17. Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016). Burden of disease in Brazil, 1990–2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet* 2018 Sep 1;392(10149):760-75.
18. Castro-Rodriguez A, Machado-Duque ME, Gaviria-Mendoza A, Medina-Morales DA, Álvarez-Vera T, Machado-Alba JE. Factors related to excessive polypharmacy (≥ 15 medications) in an outpatient population from Colombia. *Int J Clin Pract* 2019;73(3):1-18.
19. Castilho ECD, Reis AMM, Borges TL, Siqueira LDC, Miasso AI. Potential drug–drug interactions and polypharmacy in institutionalized elderly patients

- in a public hospital in Brazil. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2018 Feb; 25(1):3-13.
20. Heer M, Grondin H, Sanchez S, Armaingaud D, Blochet C, Vial A, et al. Polypharmacy and potentially inappropriate medications: a cross-sectional analysis among 451 nursing homes in France. *Eur J Clin Pharmacol* 2017 May; 73(5):601-8.
 21. Mengue SS, Bertoldi AD, Ramos LR, Farias MR, Oliveira MA, Tavares NUL, et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2016;50(Supl. 2):8s.
 22. Secoli SRS, Marquesini EA, Fabretti SC, Corona LP, Romano-Lieber NS. Tendência da prática de automedicação entre idosos brasileiros entre 2006 e 2010: Estudo SABE. *Rev Bras Epidemiol* 2018;21(Supl 2):E180007.
 23. Kinsey JD, Nykamp D. Dangers of Nonprescription Medicines: Educating and Counseling Older Adults. *Consult Phar* 2017 May 1; 32(5):269-280.
 24. Oliveira MG, Amorim WW, Jesus SR, Heine, JM, Coqueiro HL, Passos LC, et al. A comparison of the Beers and STOPP criteria for identifying the use of potentially inappropriate medications among elderly patients in primary care. *J Eval Clin Prac* 2015 Apr;21(2):320-5.
 25. San-José A, Augustí A, Vidal X, Formiga F, Gómez-Hernández M, García J, et al. Inappropriate prescribing to the oldest old patients admitted to hospital: prevalence, most frequently used medicines, and associated factors. *BMC Geriatrics* 2015 Apr;15(1):42.
 26. Frankenthal D, Lerman Y, Lerman Y. The impact of hospitalization on potentially inappropriate prescribing in an acute medical geriatric Division. *Int J Clin Pharm* 2015 Feb;37(1):60-7.
 27. Franchi C, Tettamanti M, Djade CD, Pasina L, Mannucci PM, et al. E-learning in order to improve drug prescription for hospitalized older patients: a cluster-randomized controlled study. *Br J Clin Pharmacol* 2016 Jul;82(1):53-63.
 28. Monteschi M, Vedana KGG, Miasso AI. Terapêutica Medicamentosa: Conhecimento e Dificuldades de Familiares de Pessoas Idosas com Transtorno Afetivo Bipolar. *Texto Contexto Enferm* 2010;19(4):709-18.
 29. Guidolin BL, Silva Filho I G, Nogueira EL, Ribeiro Junior FP, Cataldo Neto A, et al. Patterns of alcohol use in an elderly sample enrolled in the Family Health Strategy program in the city of Porto Alegre, Brazil. *Ciêns Saúde Coletiva* 2016;21(1):27-35.
 30. Higuera-Fresnillo S, Cabanas-Sánchez V, Lopez-Garcia E, Esteban-Cornejo I, Banegas-JR, Sadarangani KP, et al. Physical Activity and Association Between Frailty and All-Cause and Cardiovascular Mortality in

Older Adults: Population-Based Prospective Cohort Study. *J Am Geriatr Soc* 2018 Nov;66(11):2097-103.

31. Rezende LF, Rabacow FM, Viscondi JY, Luiz-Odo C, Matsudo VK, Lee IM, et al. Effect of Physical Inactivity on Major Noncommunicable Diseases and Life Expectancy in Brazil. *J Phys Act Health* 2015 Mar;12(3):299-306.
32. Martinez-Gomez D, Guallar-Castillon P, Garcia-Esquinas E, Bandinelli S, Rodríguez-Artalejo F. Physical Activity and the Effect of Multimorbidity on All-Cause Mortality in Older Adults. *Mayo Clin Proc* 2017 Mar;92(3):376-82.
33. Reis CL, Koetz LCE, Périco E. National Policy on the Elderly: managers' perception and profile of the elderly of a small municipality. *Rev Bras Promoç Saúde* 2016;29(4):496-505.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição demográfica brasileira é reflexo das profundas transformações sociais e econômicas ocorridas ao longo do século XX. Esse período é marcado por um rápido processo de urbanização e industrialização (principalmente na segunda metade do século), pode-se dizer que, grosso modo, o envelhecimento da população brasileira é reflexo direto da queda da fecundidade. Cabe ressaltar que, entre as décadas de 1940 e 1960, houve significativa redução das taxas de mortalidade, o que, por sua vez, acarretou um relativo aumento da taxa de crescimento populacional.

No Brasil, o desafio para o século XXI é oferecer suporte de qualidade de vida para uma população com mais de 32 milhões de idosos, na sua maioria de nível socioeconômico e educacional baixo e com alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. Contudo, para atenção adequada ao idoso, juntamente com a magnitude e a severidade dos seus problemas funcionais, é imperativo o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde factíveis e condizentes com as reais necessidades das pessoas nessa fase da vida.

O principal objetivo da política de saúde, em diferentes países é o acesso equitativo aos serviços e produtos de saúde, onde a estratégia fundamental é o aumento da capacidade aquisitiva e o conhecimento técnico do consumidor, atrelado ao aumento da disponibilidade e melhor organização dos recursos médicos e serviços existentes. A Organização Mundial da Saúde e gestores de qualidade recomendam a padronização de insumos, de medicamentos e de protocolos de tratamento, como alternativa segura para uniformizar a qualidade e reduzir os custos.

Nesse contexto, foi elaborada a PNM tendo que tem como objetivos primordiais garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, ao menor custo possível; promover o uso racional dos medicamentos; e assegurar o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais. A Política Pública de AF, insere-se no contexto de políticas públicas maiores e mais complexas, quais sejam, a política nacional de medicamentos e o próprio sistema público de saúde delineado pela Constituição Federal de 1988.

As ações de assistência farmacêutica passaram a ter maior importância para os serviços de saúde, após a verificação que os gastos com medicamentos eram bastante elevados. Esses gastos não estavam somente relacionados com a aquisição dos medicamentos, mas também ao uso inadequado, o qual aumentava o número de internações hospitalares, contribuindo para altos custos com medicamentos.

Com efeito, a AF exerce um importante papel na Atenção primária em Saúde (APS). A disponibilidade dos medicamentos na APS deve atender as necessidades epidemiológicas, com suficiência, regularidade e qualidade apropriadas, de forma integrada com uma orientação para o seu uso racional por meio de diferentes serviços ofertados no território nacional. Tais ações, se aplicam na interação do farmacêutico com os demais integrantes dos serviços, podendo ser intensificado no apoio ao prescritor e à grupos de usuários de risco ou polimedicados, como idosos, hipertensos, diabéticos, entre outros, favorecendo a formação de vínculo e cedendo espaço para o exercício de educação em saúde para usuários e educação permanente para a equipe de saúde.

Todavia, diversos problemas persistem na provisão pública de medicamentos ambulatoriais, tornando a qualificação da AF na atenção básica uma agenda inconclusiva. Entre os problemas estão: baixa disponibilidade de medicamentos, inadequação de estrutura física para armazenamento e atendimento, falta de recursos humanos qualificados, entraves de origens diversas nos processos de aquisição e logística, insuficiência ou atraso de repasses financeiros e dificuldades com fornecedores, entre outros.

Levando-se em consideração os avanços obtidos desde a criação do SUS até a PNM muito se conquistou em relação a qualidade na AF, no entanto a saúde do idoso necessita de atenção especial devido a processo fisiológico de envelhecimento e o aumento de múltiplas morbidades adquiridas. É necessário que os profissionais que atendem essa demanda populacional sejam capacitados no que tangem as peculiaridades desta faixa etária, evitando o risco de iatrogenias e polifarmácias, levando a segurança terapêutica a população idosa proposta de maneira eficaz pela PNM.

A pesquisa de campo que norteou o estudo, cujo o objetivo foi analisar a associação entre as condições de saúde e a polifarmácia de idosos assistidos pela ESF de Manhuaçu-MG à luz da Política Nacional de Medicamentos, mostrou uma prevalência de polifarmácia de 43,2 % entre os idosos da ESF do Bairro São Vicente. A maioria dos idosos utilizam pelo menos um medicamento prescrito e mais de um terço dos idosos utilizam um medicamento não prescrito, sendo que a polifarmácia esteve associada a idade, uso de bebidas alcólicas, prática de atividades físicas, internação no último ano e presença de doença crônica.

Apesar de uma das principais diretrizes da PNM enfatizarem o uso racional de medicamentos, observa-se ainda um grande número de idosos sob o regime de polifarmácia o que demonstra mais uma vez a necessidade de profissionais treinados no atendimento ao idoso, conhecendo suas prioridades na medicalização e sabendo diferenciar sintomas fisiológicos e patológicos, as vezes comuns que contribuem para o excesso de medicalização.

Dos 229 idosos selecionados a prevalência de polifarmácia foi de 43,2 % dos quais a maior parte era composta pela faixa etária de menos de 79 anos. A maioria dos idosos entrevistados pertencia ao sexo feminino (65 %), da raça branca (59 %), casados (51 %), com primeiro grau de escolaridade (41 %) e renda de 1 a 3 salários mínimos (41,5%). Com relação aos hábitos de vida 91,3% dos idosos não fumavam e nem consumiam bebidas alcólicas (85,6%) e não praticavam nenhuma atividade física (65,9%). Com relação as condições de saúde, a grande maioria não possuía plano de saúde (56,8%), não estiveram internados no último ano (85,6%) mas grande parte da população estudada possuía alguma condição crônica de saúde (80,3%), sendo que a grande maioria com predominância de doenças cardiovasculares (55,6%) dentre estas Hipertensão Arterial Sistêmica, Sequela de AVC e Doenças do Coração. A polifarmácia esteve associada aos fatores idade acima de 80 anos, internação no último ano, presença de doença crônica, uso de bebidas alcólicas e a prática de atividade física.

Cabe informar que a característica seccional da presente pesquisa impossibilita estabelecer relação de causalidade entre as variáveis independentes e a polifarmácia. Torna-se importante então a realização de novas pesquisas, com abordagens

temporais diferenciadas, com o objetivo de estabelecer relações causais e as devidas respostas aos questionamentos levantados. No entanto, a metodologia empregada foi capaz de responder satisfatoriamente aos objetivos propostos e levantar novos questionamentos como “o que pode ser feito para diminuir a polifarmácia?” ou “quais estratégias de gestão podem levar a melhora na aplicabilidade da terapêutica segura determinada pela PNM?”, questões a serem respondidas em possíveis abordagens futuras.

REFERÊNCIAS

ÁLVARES, J. et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, Supl 2, p. 1-5, 2017.

AMERICAN GERIATRIC SOCIETY. Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **J AGS**, New York, 2019.

ANTITHROMBOTIC TRIALISTS' COLLABORATION. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. **BMJ**, London, v. 324, n. 7329, p. 71-86, Jan. 2002.

ARRAIS, P. S. D.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 927-37, 2007.

AZEREDO, T. B. **Política nacional de medicamentos no Brasil: da estrutura normativa à reflexão dos agentes sobre o processo de implementação**. 2012. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

BANCO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Edital nº PND - A 01/97/CVRD**. Rio de Janeiro: BNDES, 1997.

BAPTISTA, T. W. F. **Políticas de saúde no pós-constituente**: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil. 2003. 346 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

BARAT, I.; ANDREASEN, F.; DAMSGAARD, E. M. The consumption of drugs by 75-year-old individuals living in their own homes. **Eur J Clin Pharmacol**, Berlin, v. 56, n. 6, p. 501-9, Sep. 2000

BERMUDEZ, J. A. Z. **Indústria farmacêutica, estado e sociedade**. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1995.

BLIX, H. S. et al. The majority of hospitalised patients have drug-related problems: results from a prospective study in general hospital, **Eur J Clin Pharmacol**, Berlin, v. 60, n. 9, p. 651-8, Nov. 2004.

BOING, A. C. et al. Influência dos gastos em saúde no empobrecimento de domicílios no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 797-807, 2014.

BRASIL. **Atos institucionais**: atos institucionais 1-17: atos complementares 1-99: decretos-leis 319-1.322. Brasília, DF: Senado Federal, 1967-74. 16 v.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 13 abr. 1923. Seção 1, p. 10859.

_____. Decreto Lei nº 312, de 28 de fevereiro de 1967. Autoriza a prestação da assistência farmacêutica pela previdência social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 fev. 1967. Seção 1, p. 2484.

_____. Decreto nº 4.766, de 26 de junho de 2003. Regulamenta a criação, as competências e o funcionamento da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2003. Seção 1, p. 7.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jun. 2011a. Seção 1, p. 1.

_____. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 abr. 2011b. Seção 1, p. 4.

_____. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 ago. 2014; Seção 1:1.

_____. Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2007a.

_____. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília DF, 20 maio 2004. Seção 1, p. 96.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada.** Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2009.

_____. _____. **Medicamentos essenciais: os caminhos da autonomia:** documento-proposta. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1987.

_____. _____. **Política nacional de medicamentos.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. _____. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME 2007.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. _____. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME 2010.** Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2010.

_____. _____. **Relação nacional de medicamentos essenciais RENAME.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

_____. _____. **Saúde Brasil 2014:** Uma análise da situação de saúde e causas externas. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2015.

_____. _____. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2017. Anexo LXXV, nº 190.

BRITO, F. A. **Transição demográfica e as políticas públicas no Brasil:** crescimento demográfico, transição da estrutura etária e migrações internacionais. Brasília, DF: SAE, 2007.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. **Novo regime demográfico:** uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: IPEA, 2014.

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

CHAVES, G. C. **Interfaces entre a produção local e o acesso a medicamentos no contexto do acordo TRIPS da Organização Mundial do Comércio.** 2016. 371 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

CHEN, Y. F. et al. Self-reported medication use for older people in England and Wales. **J Clin Pharm Ther**, England, v. 26, n. 2, p. 129-40, Apr. 2001.

CLASSEN, D. C. et al. Adverse drug reactions in hospitalized patients. Excess length of stay, extra costs and attributable mortality. **JAMA**, Chicago, v. 277, n. 4, p. 301-6, Jan. 1997.

COELHO FILHO, J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil da utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 38, n. 4, p. 557-64, 2004.

COLT, H. G.; SHAPIRO, A. P. Drug-induced illness as a cause for admission to a community hospital. **J Am Geriatr Soc**, New York, v. 37, n. 4, p. 323-6, Apr. 1989.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., 1980, Brasília, DF. **Relatório Final...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1980.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília, DF. **Relatório Final...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

CONNOR, J.; RAFTER, N.; RODGERS, A. Do fixed-dose combination pills or unit-of-use packaging improve adherence? A systematic review. **Bull WHO**, Geneva, v. 82, n. 12, p. 935-9, Dec. 2004.

COSTA, K. S.; NASCIMENTO JUNIOR, J. M. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Rev saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, Supl 1, p. 91-9, 2012.

COSTA, K. S.; et al. Assistência farmacêutica na atenção primária: a pactuação Inter federativa no desenvolvimento das políticas farmacêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, Supl. 2, p. 2s, 2017.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

CORDEIRO, H. **As empresas médicas**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

CORDEIRO, H. **O sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri, 1991.

ESPING-ANDERSEN, G. O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. **Rev Lua Nova**, São Paulo, n. 35, p. 73-111, 1995.

FARIA, T. W. **Dilemas e consensos**: a seguridade social brasileira na Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88: um estudo das micro relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil, 1997. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

FATTINGER, K. et al. Epidemiology of drug exposure and adverse drug reactions in two Swiss departments of internal medicine. **Br J Clin Pharmacol**, London, v. 49, n. 2, p. 158-67, Feb. 2000.

FIORI, J. L. **Em busca do dissenso perdido**: ensaios críticos sobre a festejada crise do Estado. Rio de Janeiro: Insight, 1995.

FOODY, J. M. et al. Hydroxymethylglutaryl-CoA reductase inhibitors in older persons with acute myocardial infarction: evidence for an age-statin interaction. **J Am Geriatr Soc**, New York, v. 54, n. 3, p. 421-30, Mar. 2006.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Guia do acervo da Casa de Oswaldo Cruz**. Rio de Janeiro: COC, Fiocruz, 1995.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Resumo executivo**: envelhecimento no Século XXI: celebração e desafio. Nova York: ONU, 2012.

GIOVANELLA, S. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GORARD, D. A.; KIND, A. S. Prescribing patterns in acutely admitted medical patients: changes over 10 years. **Clin Medicine**, London, v. 5, n. 6, p. 663-44, Nov./Dec. 2005.

GUTHRIE, B. et al. The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis. **BMC Med**, London, v. 13, p. 74-84, Apr. 2015.

HAAP, M. B.; MION, L. C.; DUFFY, S. The challenge of multiple complex chronic conditions. **Geriatric Nursing**, Baltimore, v. 39, n. 2, p. 244-6, Mar./Apr. 2018.

HOCHMAN, G.; FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937- 45. In: PANDOLFI, D. (Org.) **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

HOEBERT, J.; LAING, R.; STEPHENS, P. **The world medicines situation 2011: pharmaceutical consumption**. 3. ed. Geneva: World Health Organization, 2011.

HOLLAND, R. et al. Does home based medication review keep older people out of hospital? The HOMER randomised controlled trial. **BMJ**, London, v. 330, n. 486, p. 293-7, Feb. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010: características da população e do domicílio: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

_____. **Evolução dos grupos etários 2000 - 2030**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

JAMES, K. L. et al. Incidence, type and causes of dispensing errors: a review of the literature. **Int J Pharm Pract**, London, v. 17, n. 1, p. 9-30, 2009.

KAUFMAN, D. W. et al. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States: the Slone survey. **JAMA**, Chicago, v. 287, n. 3, p. 337-44, Jan. 2002.

KENNERFALK, A. et al. Geriatric drug therapy and healthcare utilization in the United Kingdom. **Ann Pharmacother**, Cincinnati, v.36, n. 5, p. 797-803, 2002.

KIM, J.; ARISH, A. L. Polypharmacy and Medication Management in older adults. **Nursing Clin North American**, Philadelphia, v. 52, n. 3, p. 457-68, Sep. 2017.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Soc Estado**, Brasília, DF, v. 27, n. 1, p. 165-80, 2012.

LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. **Política e gestão da saúde no Brasil: desafios para a VISA**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

- LIMA, N. T.; FONSECA, C.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva. In: LIMA, N. T. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-58.
- MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1993.
- MENGUE, S. S. et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, Supl. 2, p. 8s, 2016.
- NOBILI, A. et al. Drug use by the elderly in Italy. **Ann Pharmacother**, Cincinnati, v. 31, n. 4, p. 416-22, Apr. 1997.
- NASCIMENTO, R. C. R. M. et al. Polifarmácia: uma realidade da atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, Supl. 2, p. 1s-19s, 2017.
- NEVES, S. J. F. et al. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 759-68, 2013.
- NYGAARD, H. A et al. Nursing-home residents and their drug use: a comparison between mentally intact and mentally impaired residents. The Bergen district nursing home (BEDNURS) study. **Eur J Clin Pharmacol**, Berlin, v. 59, n. 5-6, p. 463-9, Sep. 2003.
- OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. **(Im) previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.
- OLIVEIRA, M. G. et al. Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. **Geriatr Gerontol Aging**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 168-81, 2016.
- PIRMOHAMED, M. et al. Adverse drug reactions as a cause for admission to hospital: prospective analysis of 18820 patients. **BMJ**, London, v. 329, n. 7456, p. 15-9, Jul. 2004.
- ROBERTS, M. S. et al. Outcomes of a randomized controlled trial of a clinical pharmacy intervention in 52 nursing homes. **Br J Clin Pharmacol**, London, v. 51, n. 3, p. 257-65, Mar. 2001.
- ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 717-24, maio/jun. 2003.
- RYAN, R. et al. Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. **Cochrane Database Syst Rev**, Oxford, n. 4, p. CD007768, 2014.

SANTOS-PINTO, C. D. B. et al. Novos delineamentos da assistência farmacêutica frente à regulamentação da Lei Orgânica da Saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V. 29, n. 6, p. 1056-1058, 2014

SANTOS, T. R. A. et al. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 94-103, fev. 2013.

SARTOR, V. B.; FREITAS, S. F. T. Modelo para avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica à saúde. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 837-44, 2014.

SCHENKEL, E. P. et al. Assistência farmacêutica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 199-220.

SCHNIPPER, J. L. et al. Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. **Arch Intern Med**, Chicago, v. 166, n. 5, p. 565-71, Mar. 2006.

SILVA, A. L. et al. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1033-45, jun. 2012.

SILVA, R. M.; CAETANO, R. Costs of Public Pharmaceutical Services in Rio de Janeiro Compared to Farmácia Popular Program. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 50, 2016.

SILVA, R. M.; CAETANO, R. Um exame dos fluxos financeiros do Ministério da Saúde em pesquisa e desenvolvimento (2003-2005), segundo a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 687-700, 2011.

SIQUEIRA, F.; GAUDARD, A. M. Y. S. Acesso aos serviços de farmácia em atenção básica na SES-DF. **Comunic Ciências Saúde**, Brasília, DF, v. 20, n. 3, p. 211-17, jul./set. 2009.

SMITH, N. L. et al. Temporal trends in the use of anticoagulants among older adults with atrial fibrillation. **Arch Intern Med**, Chicago, v. 159, n. 14, p. 1574-8, Jul. 1999.

SORENSEN, L. et al. Medication management at home: medication-related risk factors associated with poor health outcomes. **Age Ageing**, London, v. 34, n. 6, p. 626-32, Nov. 2005.

STUCK, A. E. et al. Inappropriate medication use in community- residing older persons. **Arch Intern Med**, Chicago, v. 154, n. 19, p. 2195-200, 1994.

TAM, V. C. et al. Frequency, type and clinical importance of medication history erros at admission to hospital: a systematic review. **CMAJ**, Ottawa, v. 173, n. 5, p. 510-5, Aug. 2005.

VIANA, K. P. et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo entre idosos, Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.49, n.14, p. 1-10, 2015.

WESTIN, S.; HEATH, I. Thresholds for normal blood pressure and serum cholesterol. **BMJ**, London, v. 330, n. 7506, p.1461-2, Jun. 2005.

ZAROWITZ, B. J. et al. Reduction of high-risk polypharmacy drug combinations in patients in a managed care setting. **Pharmacotherapy**, Carlisle, MA, v. 25, n. 11, p. 1636-5, Nov. 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Idoso

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “**POLIFARMÁCIA EM IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DE FAMÍLIA DE MANHUAÇU, MINAS GERAIS**”. O projeto será executado pelo pesquisador principal. O objetivo geral deste estudo é estimar a prevalência do uso de medicamentos para doenças crônicas entre os idosos do município.

A participação do Sr (a) consiste em responder algumas perguntas pessoais como: idade, escolaridade, hábitos de vida e saúde e de instrumentos validados. Ressalto que não haverá utilização de métodos invasivos (ex. agulhas) ou medicamentos.

O (a) Sr (a) não é obrigado a participar, podendo vir a desistir a qualquer momento, sem se justificar ou se preocupar que isso venha trazer algum prejuízo para sua relação com os pesquisadores ou com a Unidade de Saúde. As informações obtidas serão utilizadas para fins científicos, apresentação em eventos e/ou publicação em periódicos e/ou livro, e em hipótese alguma o seu nome será divulgado.

A sua participação não acarretará risco para sua saúde, porém, pode vir a ocorrer desconfortos em razão do tempo da entrevista, por exemplo, e para minimizá-lo a pesquisa será realizada da forma mais eficaz e rápida possível e a mesma foi previamente agendada e acordada com o Sr (a) visando o seu conforto.

Quanto aos benefícios envolvidos, além de contribuir para o crescimento da comunidade científica, a sua participação poderá ajudar no planejamento de ações e na constante melhora da qualidade da assistência prestada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família na atenção aos idosos.

Eu _____, portador do RG _____ declaro ter sido informado e orientado quanto ao teor da pesquisa acima descrita. Estou ciente sobre o objetivo da pesquisa e que não há nenhum valor econômico envolvido, a pagar ou receber, pela minha participação. Portanto, manifesto o meu livre consentimento em participar como voluntário do projeto de pesquisa aqui mencionado.

Este documento será assinado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

Assinatura do Entrevistado

Assinatura Pesquisador Responsável

Manhuaçu, ____/____/20____

Em caso de dúvidas ou maiores informações o Sr (a) pode entrar em contato com:

Pesquisadora responsável: Gustavo Henrique de melo da Silva

E-mail: gmelosilva@bol.com.br / Celular: (33) 98854-1303

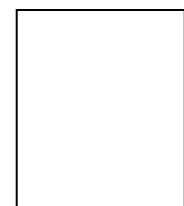
Endereço: Rua Nudant Pizeli, nº349, sala 207. Manhuaçu, MG. Cep:36.900.000

Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP EMESCAM

E-mail: comite.etica@emescam.br / Telefone: (27) 3334-3586

Endereço: Prédio da Farmácia, Av. Nossa Senhora da Penha, 2190, Vitória – ES, 29045-402.

Funcionamento: 2º a 6º feira das 07:00 às 16:00



Impressão do dedo
polegar do
participante
(caso
necessário)

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Família

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “**POLIFARMÁCIA EM IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DE FAMÍLIA DE MANHUAÇU, MINAS GERAIS**”. O projeto será executado pelo pesquisador principal. O objetivo geral deste estudo é estimar a prevalência do uso de medicamentos para doenças crônicas entre os idosos do município.

A participação do Sr (a) consiste em responder algumas perguntas pessoais como: idade, escolaridade, hábitos de vida e saúde e de instrumentos validados. Ressalto que não haverá utilização de métodos invasivos (ex. agulhas) ou medicamentos.

O (a) Sr (a) não é obrigado a participar, podendo vir a desistir a qualquer momento, sem se justificar ou se preocupar que isso venha trazer algum prejuízo para sua relação com os pesquisadores ou com a Unidade de Saúde. As informações obtidas serão utilizadas para fins científicos, apresentação em eventos e/ou publicação em periódicos e/ou livro, e em hipótese alguma o seu nome será divulgado.

A sua participação não acarretará risco para sua saúde, porém, pode vir a ocorrer desconfortos em razão do tempo da entrevista, por exemplo, e para minimizá-lo a pesquisa será realizada da forma mais eficaz e rápida possível e a mesma foi previamente agendada e acordada com o Sr (a) visando o seu conforto.

Quanto aos benefícios envolvidos, além de contribuir para o crescimento da comunidade científica, a sua participação poderá ajudar no planejamento de ações e na constante melhora da qualidade da assistência prestada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família na atenção aos idosos.

Eu _____, portador do RG _____ declaro ter sido informado e orientado quanto ao teor da pesquisa acima descrita. Estou ciente sobre o objetivo da pesquisa e que não há nenhum valor econômico envolvido, a pagar ou receber, pela minha participação. Portanto, manifesto o meu livre consentimento em participar como voluntário do projeto de pesquisa aqui mencionado.

Este documento será assinado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

Assinatura do Entrevistado

Assinatura Pesquisador Responsável

Manhuaçu, ____/____/20____

Em caso de dúvidas ou maiores informações o Sr (a) pode entrar em contato com:

Pesquisadora responsável: Gustavo Henrique de melo da Silva

E-mail: gmelosilva@bol.com.br / Celular: (33) 98854-1303

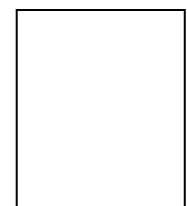
Endereço: Rua Nudant Pizeli, nº349, sala 207. Manhuaçu, MG. Cep:36.900.000

Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP EMESCAM

E-mail: comite.etica@emescam.br / Telefone: (27) 3334-3586

Endereço: Prédio da Farmácia, Av. Nossa Senhora da Penha, 2190, Vitória – ES, 29045-402.

Funcionamento: 2º a 6º feira das 07:00 às 16:00.



Impressão do dedo
polegar do
participante
(caso
necessário)

APÊNDICE C - Instrumento de Coleta de Dados

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS		
IDADE:	SEXO:	RAÇA:
ESTADO CIVIL: () CASADO () VIÚVO () SOLTEIRO () SEPARADO () OUTRO		
ESCOLARIDADE: () SABE LER/ESCREVER () COMPLETO () PRIMEIRO GRAU () INCOMPLETO () SEGUNDO GRAU () SUPERIOR () ANALFABETO		
RENDA SALARIAL: () < 1 SALÁRIO MÍNIMO () 1 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS () 3 A 5 SALÁRIOS MÍNIMOS () > 5 SALÁRIOS MÍNIMOS		
HÁBITOS DE VIDA: FUMO: () SIM () NÃO BEBIDA ALCÓOLICA: () SIM () NÃO ATIVIDADE FÍSICA: () SIM () NÃO		
POSSUI PLANO DE SAÚDE: () SIM () NÃO		
INTERNAÇÃO HOSPITALAR NOS ÚLTIMOS DOZE MESES: () SIM () NÃO		
PRESENÇA DE DOENÇAS CRÔNICAS: () HIPERTENSÃO () DIABETES MELLITUS () COLESTEROL ALTO () DOENÇAS DO CORAÇÃO () HISTÓRICO DE AVC () DOENÇAS PULMONARES CRÔNICAS () REUMATISMOS () DEMÊNCIAS () DEPRESSÃO		
MEDICAMENTOS: () PRESCRITO () Ñ PRESCRITO () PREPARAÇÕES FITOTERÁPICAS MEDICAMENTOS EM USO: NOME/FREQUÊNCIA		

ANEXOS

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDIÇÕES DE SAÚDE, CAPACIDADE FUNCIONAL E FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MANHUAÇU- MG

Pesquisador: Luciana Carrupt Machado Sogame

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 95324418.8.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.851.034

Apresentação do Projeto:

CONDIÇÕES DE SAÚDE, CAPACIDADE FUNCIONAL E FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MANHUAÇU- MG

É um projeto guarda-chuva cujas informações serão utilizadas para a dissertação de três mestrados

Objetivo da Pesquisa:

Tem como objetivo geral analisar as condições de saúde, capacidade funcional e funcionalidade familiar de idosos assistidos pela estratégia da saúde da família de Manhuaçu- MG em uma única unidade. Como objetivos específicos apresenta:

- a) Caracterizar o perfil de idosos assistidos pela estratégia saúde da família de Manhuaçu-MG considerando os aspectos sociodemográficos e clínicos.
- b) Classificar a funcionalidade de idosos assistidos pela estratégia saúde da família de Manhuaçu-MG
- c) Verificar a funcionalidade familiar dos idosos assistidos pela estratégia saúde da família de Manhuaçu-MG
- d) Observar o índice de vulnerabilidade clínico funcional de idosos assistidos pela estratégia saúde da família de Manhuaçu-MG

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Lúzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.851.034

e) Identificar a prevalência de polifarmácia em idosos assistidos pela estratégia saúde da família de Manhauçu-MG

f) Verificar a associação entre as condições de saúde e os aspectos sociodemográficos com a polifarmácia e vulnerabilidade clínico funcional de idosos assistidos pela estratégia saúde da família de Manhauçu-MG

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador relata que o estudo pode apresentar riscos mínimos para os indivíduos, que se evidenciam na possibilidade de incômodo e/ou desconforto ao responder às entrevistas ou ao passarem pelas avaliações. Para que estes riscos sejam amenizados as entrevistas serão realizadas em data e horário pré-agendado e conveniente para o entrevistado, e quanto às avaliações, os instrumentos utilizados reproduzem e/ou inquerem sobre atividades do dia-a-dia e/ou condições psicossociais, não configurando portanto estresse adicional aos idosos. Todos os pesquisadores envolvidos serão previamente treinados para que todo o processo de entrevista e avaliação seja feita de forma rápida e dinâmica. Caso apresentem alguma necessidade detectada através dos instrumentos de avaliação,

a equipe de saúde será informada e os idosos imediatamente encaminhados a Unidade de Saúde para acompanhamento.

Outro risco em potencial neste estudo é a identificação de seus participantes, risco este que será nulificado através do comprometimento dos pesquisadores com o absoluto anonimato dos envolvidos. Como benefício relata o melhor conhecimento do perfil da população idosa atendida, conhecendo quem são e qual a realidade funcional e de saúde dos idosos assistidos pela ESF será possível propor estratégias de assistência e prevenção de comorbidades advindas com o processo e envelhecimento, e, dessa forma, auxiliar na promoção do envelhecimento saudável, favorecendo a essa população um bem-estar, físico, psíquico e social.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de relevância visto que o envelhecimento populacional é uma realidade do nosso país; e o conhecimento dessa população pode levar a melhor utilização dos recursos públicos para a atenção à saúde da mesma.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto; carta de anuência; dois TCLE (para os idosos e para a familiares) Cronograma.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
 Bairro: Bairro Santa Lúza CEP: 29.045-402
 UF: ES Município: VITORIA
 Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.851.034

Documentação apresentada adequadamente para realização dos estudos

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1189381.pdf	07/08/2018 11:37:02		Aceito
Outros	carta.pdf	08/08/2018 13:24:56	Luciana Carrupt Machado Sogame	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	08/08/2018 13:20:10	Luciana Carrupt Machado Sogame	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs.pdf	08/08/2018 13:19:38	Luciana Carrupt Machado Sogame	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	08/08/2018 13:15:08	Luciana Carrupt Machado Sogame	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
 Bairro: Bairro Santa Lúzia CEP: 29.045-402
 UF: ES Município: VITÓRIA
 Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.851.034

VITORIA, 28 de Agosto de 2018

Assinado por:
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador)

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ANEXO B - Instrução aos Autores

Os artigos devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, fonte arial, corpo 12, espaçamento entre linhas 1,5; alinhamento à esquerda, página em tamanho A-4.

Título e Título Curto

O artigo deve conter Título completo e título curto em português e inglês. Para artigos em espanhol, os títulos devem ser escritos em espanhol e inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão ter títulos em inglês e português.

O artigo submetido deverá ter quatro títulos: Um Título (em Língua Inglesa), outro em Língua Portuguesa e mais um Título Curto em Inglês e em Português no cabeçalho do manuscrito.

No ScholarOne (Step 1 - Author-Supplied Data >Title), o título longo principal preenchido deverá ser obrigatoriamente grafado em inglês.

Um bom título permite identificar o tema do artigo.

Resumo

Os artigos deverão ser acompanhados de resumo com um mínimo de 150 e máximo de 250 palavras

Os artigos submetidos em inglês deverão ter resumo em português, além do abstract em inglês.

Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivo, método, resultado e conclusão com as informações mais relevantes. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas com as mesmas informações. Não deve conter citações.

Palavras-chave

Indicar, no campo específico, de três e a seis termos que identifiquem o conteúdo do trabalho, utilizando descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme (disponível em <http://www.bireme.br/decs>).

Corpo do artigo

A quantidade de palavras no artigo é de até 4 mil, englobando Introdução; Método; Resultado; Discussão; Conclusão e Agradecimento.

Deve ser digitado em extensão .doc, .txt ou .rtf, fonte arial, corpo 12, espaçamento entre linhas 1,5; alinhamento à esquerda, página em tamanho A-4.

Introdução

Deve conter o objetivo e a justificativa do trabalho; sua importância, abrangência, lacunas, controvérsias e outros dados considerados relevantes pelo autor. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Método

Deve informar a procedência da amostra, o processo de amostragem, dados do instrumento de investigação e estratégia de análise utilizada. Nos estudos envolvendo seres humanos, deve haver referência à existência de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi desenvolvido.

Resultados

Devem ser apresentados de forma sintética e clara, e apresentar tabelas ou figuras elaboradas de forma a serem autoexplicativas, informando a significância estatística, quando couber. Evitar repetir dados do texto. O número máximo de tabelas e/ou figuras é 5 (cinco).

Discussão

Deve explorar os resultados, apresentar a interpretação / reflexão do autor fundamentada em observações registradas na literatura atual e as implicações/desdobramentos para o conhecimento sobre o tema. As dificuldades e limitações do estudo podem ser registradas neste item.

Conclusão

Apresentar as conclusões relevantes face aos objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo.

Agradecimentos

Podem ser registrados agradecimentos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho, em parágrafo com até cinco linhas.

Financiamento da pesquisa

Os casos de estudos com financiamentos deverão ser indicados na nota de rodapé, na 1ª página do artigo, informando o número do processo e o tipo de subsídio.

Referências

Máximo de 35 referências para artigos originais e de 50 para artigos de revisão.

Solicitamos que ao menos 50% das referências devam ser publicações datadas dos últimos 5 anos e que sejam normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Trata-se de uma norma taxativa da RBGG, passível de exclusão do artigo de nossos sistemas.

A identificação das referências no texto, nas tabelas e nas figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. As referências devem ser listadas pela ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto (e não em ordem alfabética). Esse número deve ser colocado em expoente. Todas as obras citadas no texto devem figurar nas referências.

Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

Imagens, figuras, tabelas, quadros ou desenhos devem ter fonte: 10, centralizados, espaçamento entre linhas: simples, com informação do local do evento/coleta e Ano do evento. O número máximo do conjunto de tabelas e figuras é de cinco. O tamanho máximo da tabela é de uma página.

Gráficos devem ter fonte: 11, centralizados, indicando em seu título o fenômeno estudado, as variáveis teóricas usadas, a informação do local do evento/coleta, ano do evento. No corpo do texto, não devem haver repetição de valores que já constam nos gráficos/tabelas.

Devem ser encaminhados e produzidos no formato Excel ou Word porém de forma editável, em tons de cinza ou preto, com respectivas legendas e numeração.

Trabalhos feitos em outros softwares de estatística (como SPSS, BioStat, Stata, Statistica, R, Mplus etc.), serão aceitos, porém, deverão ser editados posteriormente de acordo com as solicitações do parecer final e, traduzidos para o inglês.

Pedimos aos autores que utilizem o Chelist abaixo, de acordo com o tipo de estudo feito:

> CONSORT – para ensaios clínicos controlados e randomizados (<http://www.consort-statement.org/checklists/view/32-consort/66-title>)

> CONSORT CLUSTER – extensão para ensaios clínicos com conglomerados (<http://www.consort-statement.org/extensions?ContentWidgetId=554>)

> TREND – avaliação não aleatorizada; o artigo deve tratar sobre saúde pública (<http://www.cdc.gov/trendstatement/>)

> STARD – para estudos de precisão diagnóstica (http://www.stard-statement.org/checklist_maintext.htm)

- > REMARK – para estudos de precisão prognóstica (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3362085/>)
- > STROBE – para estudos epidemiológicos observacionais (estudo de coorte, caso controle ou transversal) (<http://www.strobe-statement.org/>)
- > MOOSE – para metanálise de estudos epidemiológicos observacionais (<http://www.consort-statement.org/checklists/view/32-consort/66-title>)
- > PRISMA – para revisões sistemáticas e metanálises (<http://www.prisma-statement.org/statement.htm>)
- > CASP – para revisões integrativas (<http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists>)
- > COREQ – para estudos qualitativos (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>)

Pesquisas envolvendo seres humanos: deverão incluir a informação referente à aprovação por comitê de ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Na parte “Método”, constituir o último parágrafo com clara afirmação deste cumprimento. O manuscrito deve ser acompanhado de cópia de aprovação do parecer do Comitê de Ética.

Ensaio clínico: a RBGG apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS, ICMJE e WHO. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Links: <http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/> e <http://www.icmje.org/>