



Uso de medicamentos por idosos: análise da prescrição, dispensação e utilização num município de porte médio do estado de São Paulo

Medication use by the elderly: analysis of prescribing, dispensing, and use in a medium-sized city in the state of São Paulo

Isabel Cristina Aparecida Stefano¹
Lucieni Oliveira Conterno²
Carlos Rodrigues da Silva Filho²
Maria José Sanches Marin³

Resumo

Objetivo: descrever a prática de prescrição, dispensação, utilização, adesão e armazenamento dos medicamentos por idosos. **Método:** estudo descritivo e transversal em unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), do município de Marília, São Paulo, Brasil, a partir da verificação dos prontuários e entrevistas com 114 idosos, após sete a dez dias da consulta médica. A análise foi realizada de forma descritiva. **Resultados:** a média de medicamentos prescritos foi de 4,98 por idoso. Do total dos medicamentos prescritos, 81,5% foram dispensados pelos serviços públicos, sendo, em menor proporção, as classes dos nutrientes (50%); os antilipêmicos (62,1%); os analgésicos (30,7%); os dermoprotetores (66,6%); os fitoterápicos (40%) e os antiparasitários e antifúngicos (37,5%). Dos medicamentos prescritos, 83,8% estavam sendo utilizados; sendo que os medicamentos dispensados em menor proporção também não foram utilizados pelos idosos, exceto os analgésicos. Dos entrevistados, 40,3% apresentaram comportamento de baixa adesão. A maioria armazenava os medicamentos em local apropriado. **Conclusão:** a prescrição, a dispensação, a utilização e o armazenamento dos medicamentos pelos idosos podem ser considerados efetivos, embora a adesão ainda seja baixa, demandando novas ações e intervenções.

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

Abstract

Objective: To describe the prescribing, dispensing, use, adhesion, and storage of medicines to and by the elderly. **Method:** A descriptive cross-sectional study was performed in Estratégia Saúde da Família (Family Health Strategy) health centers (ESF), in Marília in the state of São Paulo, Brazil, based on the records of and interviews with 114 individuals seven to ten days after a medical consultation. A descriptive analysis was carried out. **Results:** The mean number of prescribed drugs was 4.98 per elderly patient. Of the total number of prescribed drugs, 81.5% were supplied by public services, with the nutrient (50%); antilipemic (62.1%); analgesic (30.7%); dermo-protector (66.6%); herbal (40%) and parasite and antifungal (37.5%) classes dispensed the least. A total of 83.8% of the

Keywords: Elderly. Drug Utilization. Drug Prescriptions Family Health Strategy.

¹ Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, Departamento Regional de Saúde (DRS-IX). Marília, SP, Brasil

² Faculdade de Medicina de Marília, Curso de Medicina. Marília, SP, Brasil.

³ Faculdade de Medicina de Marília, Curso de Enfermagem. Marília, SP, Brasil.

prescribed drugs were used, while the drugs dispensed at the lowest rates were not used by the elderly, except for analgesics. A total of 40.3% of the respondents exhibited low adherence. Most stored their medicines in a suitable place. *Conclusion:* The prescribing, dispensing, use and storage of medications to and by the elderly can be considered effective, but adherence remains low, requiring new strategies and interventions.

INTRODUÇÃO

A utilização de medicamentos é considerada uma condição frequente entre os idosos e, ainda que contribua para prolongar e melhorar as condições de vida, pode gerar sérios problemas à saúde, especialmente quando seu uso é inadequado, seja devido à prescrição ou à dispensação e à utilização dos mesmos¹. A utilização indiscriminada de medicamentos tem impacto no âmbito clínico e econômico, sendo considerada um dos principais indicadores de segurança do paciente².

No Brasil, aproximadamente 80% dos idosos que vivem na comunidade utilizam pelo menos um tipo de medicamento^{2,3}. Além disso, o uso de mais de um fármaco configura-se como prática frequente entre eles, o que pode levar a intercorrências advindas das reações adversas⁴.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que mais de 50% dos medicamentos são prescritos ou dispensados de forma inadequada e que 50% dos pacientes utilizam medicamentos de maneira incorreta. Destaca-se que os alvos mais comuns de uso irracional de medicamentos são as pessoas que fazem uso de polifarmácia, uso inapropriado de antibiótico e de medicamentos injetáveis, automedicação e a prescrição em desacordo com as melhores práticas⁵. Acrescentam-se, ainda, falhas nos processos de seleção, abastecimento e controle da qualidade, falta de orientação quanto ao tratamento, o que resulta em baixa adesão, má utilização e tratamento inefetivo⁵.

Visando à maior adequação na utilização de medicamentos, políticas vêm sendo propostas. Em nível nacional, a Política Nacional de Medicamentos⁶ tem-se constituído no principal instrumento para a orientação das ações de saúde relacionadas ao uso de medicamentos. Seu principal objetivo é garantir segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção de seu uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Entre

as prioridades estão a promoção do uso racional de medicamentos, o que inclui a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas e o consumo de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade, nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado⁶.

Outro aspecto importante a ser considerado é o momento da dispensação. A Lei nº 5991, de 17 de dezembro de 1973, norma legislatória que rege o "controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos" no Brasil, adota o seguinte conceito para dispensação: "ato de fornecimento ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não"⁷.

No que se refere ao uso adequado de medicamentos, a adesão parece ser uma condição ainda mais complexa, pois se trata de um processo multifatorial, abrangendo aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e comportamentais, que requerem decisões compartilhadas e corresponsabilização entre a pessoa enferma, a equipe de saúde e a rede social⁸.

Este estudo tem como objetivo caracterizar e descrever a prática de prescrição, dispensação, utilização, adesão e armazenamento dos medicamentos por idosos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Marília, um município do estado de São Paulo, visando subsidiar políticas e ações que possam auxiliar sua utilização adequada.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, realizado em unidades da ESF de um município situado no centro oeste do estado de São Paulo, com uma população aproximada de 220.000 habitantes. Destes, 28.600 são idosos, o que representa 13% da

população total. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE)⁹.

No modelo de atenção à saúde do município, a rede básica é composta por 12 Unidades Tradicionais (UBS) e 34 Unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que constituem a porta de entrada do sistema de saúde. As unidades da ESF atendem, aproximadamente, 54% da população total do município. O abastecimento de medicamentos em cada uma das Unidades Básicas de Saúde é assegurado a partir da solicitação realizada mensalmente sob a responsabilidade da equipe de enfermagem.

Além disso, o Município conta com uma Unidade Central da Assistência Farmacêutica (UCAF), que atende às prescrições oriundas principalmente das unidades de atenção hospitalar e ambulatorial, bem como das instituições de longa permanência. Importante ressaltar que são fornecidos medicamentos padronizados e disponíveis, desde que a prescrição esteja na denominação genérica, conforme legislação vigente. O município conta também com duas unidades da Farmácia Popular do Brasil, programa do governo federal que disponibiliza medicamentos a preços de custo, a partir do fornecimento de receita médica. No ano de 2005, foi implantada a Farmácia Municipal de Manipulação (Fitosaúde), que dispensa medicamentos para as prescrições de pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Marília e, no ano de 2009, a Farmácia de Medicamentos Excepcionais (Medex) da Regional de Saúde de Marília, que disponibiliza os medicamentos excepcionais e de alto custo para algumas patologias específicas¹⁰.

Para a coleta dos dados, foram sorteadas duas unidades da ESF de cada região da cidade (norte, sul, leste e oeste), perfazendo um total de oito. Para cálculo amostral, foi considerada a população estimada de idosos adstrita nas USF. Entre os 28.600 idosos, a prevalência de uso de medicamentos foi de 80%, sendo a margem de erro de 10% e a confiança de 99%. Foram acrescidos ao valor calculado 10% para cobrir possíveis perdas ou recusas, resultando em uma amostra de 114 idosos.

Foram entrevistados 30 idosos da região leste, 25 da região sul, 33 da região norte e 26 idosos da região oeste, considerando a proporção da população por área de abrangência, o que totalizou, então, 114 idosos.

Foram incluídos no estudo, os idosos que tinham condições de comunicação clara ou que estivesse acompanhado do cuidador e excluídos aqueles não encontrados no domicílio após a terceira visita, que não se comunicavam com clareza e que se encontravam sozinhos no domicílio no momento da visita. O estudo foi realizado no período de julho a dezembro de 2013 e foi apoiada pelos Agentes Comunitários de Saúde que levaram a pesquisadora até o domicílio e apresentaram a mesma ao idoso e aos familiares.

A coleta de dados foi realizada por um dos autores. Inicialmente, foram consultados os prontuários para obter os medicamentos prescritos e o endereço do idoso, logo após ser atendido em consulta médica. Na sequência, transcorridos de sete a dez dias da consulta médica, foram realizadas visitas domiciliares e, aplicando-se um instrumento previamente elaborado, foram entrevistados todos aqueles que aceitaram participar do estudo. Aqueles que não tinham condições de fornecer as informações, elas foram fornecidas pelo cuidador ou familiares.

Foram coletados dados sociodemográficos e epidemiológicos como cor, escolaridade, ocupação, renda familiar, plano de saúde, doenças referidas, internação no último ano, definindo a condição econômica de cada idoso pela escala de classificação econômica do Brasil. Para avaliação da classe social foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), em seis classes (A1, A2, B1, B2, C e D)¹¹. Além disso, foram verificados os seguintes itens: a forma de aquisição dos medicamentos prescritos na última consulta (se por meio de compra em farmácias privadas ou por dispensação nos serviços públicos e/ou privados); quais medicamentos prescritos na última consulta estavam sendo utilizados; se havia outros medicamentos prescritos de uso contínuo e, ainda, a adesão aos medicamentos de uso regular.

Para verificação da adesão, foi utilizado o questionamento sobre o uso correto da medicação, conforme proposto por Haynes et al, que usa a seguinte questão: *Muitas pessoas têm algum tipo de problema para tomar seus remédios. Nos últimos 30 dias o (a) Sr(a) teve dificuldades para tomar seus remédios?* Se a resposta for afirmativa indica que o indivíduo é não aderente^{12,13}. Para identificar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso foi também utilizado o teste de Morisky, bastante empregado por estudos nacionais na área, considerando sua confiabilidade.

A partir de sua aplicação, o paciente é classificado como grupo de *alto grau de adesão* quando todas as respostas são negativas; quando pelo menos uma das respostas é afirmativa, o paciente é classificado como pertencente ao grupo de *baixo grau de adesão*. O teste de Morisky permite também discriminar se o comportamento de baixo grau de adesão é não intencional ou intencional^{12,13}.

Outro item avaliado foi a forma e condições de armazenagem dos medicamentos, momento em que foi solicitado ao participante mostrar o local.

Os medicamentos foram classificados de acordo com *Anatomical Therapeutic Chemical Code (ATC)*¹⁴, incluindo a classe e o princípio ativo de acordo com o grupo anatômico ou sistema em que atua. Foi realizada análise descritiva dos dados.

Para atender aos preceitos éticos de pesquisa com seres humanos, o presente estudo contou com

autorização do Secretário Municipal de Saúde e com a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, sob o Parecer N° 303.105 de 13/06/2013. Os participantes foram orientados quanto ao procedimento do estudo e quando de acordo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Participaram efetivamente do estudo 114 idosos. Quanto às principais características demográficas, 62,3% (n=71) são mulheres, 53,5% (n=61) encontravam-se na faixa entre 60-69 anos 92,1% (n=105) tinha pouca ou nenhuma escolaridade; 78,9% (n=90) eram aposentados ou pensionistas; 14,9% (n=17) moravam sós, e 98,2% (n=102) pertenciam às classes D e C; e 6,1% (n=7) possuíam Plano de Saúde Suplementar (Tabela 1).

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas de 114 idosos residentes na área de abrangência de oito unidades de saúde da família. Marília, SP, 2014.

Idade (anos)	Número (%)
60-69	61(53,5)
70-79	39(34,2)
≥80 e	14(12,3)
Sexo	
Feminino	71(62,3)
Masculino	43(37,7)
Estado Civil	
Vive só (solteiro, viúvo, separado, divorciado)	58(50,9)
Casado/união estável	56(49,1)
Escolaridade (anos)	
Nenhuma	39(34,2)
≤4	66(57,9)
+ 4	09(07,9)
B2	02(01,8)
C	50(45,0)
D	59(53,2)
Plano de Saúde	
Não	107(93,9)
Sim	07(06,1)

A tabela 2 mostra as doenças referidas pelos idosos entrevistados, agrupadas de acordo com o CID 10. Dos entrevistados, 85,0% (n=97) referiram doenças do Sistema Cardiovascular, sendo a HAS a mais referida. As Doenças Endócrinas, nutricionais

e metabólicas foram referidas por 46,5% (n=53) dos idosos, com predomínio do diabetes *mellitus*; seguidas das Doenças Infecciosas e Osteoarticulares, principalmente as dores crônicas, entre outras, sendo que a média foi de duas doenças referidas /idoso.

Tabela 2. Doenças referidas pelos 114 idosos entrevistados de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Marília, SP, 2014.

Doenças referidas	Número (%)
Doença Cardiovascular	97 (85,0)
Hipertensão Arterial Sistêmica	79 (69,3)
Insuficiência cardíaca	2 (01,7)
Insuficiência coronariana	4 (03,5)
Outros	5 (04,4)
Arritmia Cardíaca	7 (06,1)
Endocrinopatia	53 (46,5)
Diabetes <i>mellitus</i> Tipo 2	35 (30,7)
Hipotireoidismo	9 (07,9)
Dislipidemia	9 (07,9)
Osteoarticular	19 (16,7)
Osteoartrose	7 (06,1)
Dores Crônicas	12 (10,6)
Trato Gastro Intestinal	3 (02,6)
Gastrite	2 (01,7)
Colecistite	1 (00,9)
Sistema Nervoso Central	7 (06,1)
Cefaleia, Demência, Sequela AVC	4 (03,5)
Epilepsia	3 (02,6)
Psiquiátrica	5 (04,4)
Depressão	5 (04,4)
Genito-Urinária	9 (07,8)
Incontinência Urinária, Infecção Trato Urinário	6 (05,2)
Doença Inflamatória Pélvica	3 (02,6)
Trato Respiratório	6 (05,2)
Bronquite Crônica	2 (01,7)
Asma	1 (00,9)
Enfisema	3 (02,6)
Doenças Infecciosas	17 (14,9)
Trato Respiratório (Resfriado/Gripe)	16 (14,0)
Pneumonia	1 (00,9)
Sistema Hematológico	5 (04,4)
Anemia	5 (04,4)
Outros (Úlceras Crônicas, Escaras)	3 (02,6)
Total	224 (100)*

AVC: Acidente Vascular Cerebral; *Alguns dos 114 idosos referiram mais de uma doença.

De acordo com os prontuários dos 114 idosos que passaram por consulta médica, foram prescritos 568 medicamentos, uma média de 4,98 medicamentos por idoso. Os medicamentos mais prescritos foram os que atuam no Aparelho Cardiovascular 38%

(n=216), seguidos pelos medicamentos que atuam no Sistema Digestivo 10,9% (n=62), sobretudo os antiácidos; os referentes ao Sistema Endócrino, 10,6% (n=60), e ao Sistema Nervoso Central 10,2% (n=58), principalmente os antidepressivos. (Tabela 3).

Tabela 3. Classes de Medicamentos, Prescritos, Dispensados na Unidade de Saúde e Utilizados pelos pacientes. Marília, SP, 2014.

Classes de medicamentos	Prescrito	Dispensado	%*	Utilizado	%**
Sistema Nervoso Central	58	54	93,1	54	93,1
Antidepressivos (Fluoxetina, amitriptilina)	29	26	89,6	26	89,6
Ansiolíticos e Hipnóticos (Diazepan, nitrazepan, clonazepan)	16	16	100	16	100
Antipsicóticos, Neurolépticos e Antiparkinsoniano (clorpromazina, Clormazepan, Benzerazida, Carbonato lítio)	8	8	100	8	100
Anticonvulsivantes (Fenobarbital)	5	4	80,0	4	80,6
Sistema Cardiovascular	216	172	79,6	179	82,8
Anti hipertensivos (Atenolol, Propranolol, Enalapril, Losartana)	127	115	90,5	115	90,5
Antiagregante Plaquetário e Antitrombóticos (AAS)	43	42	97,6	42	97,6
5Antilipêmico (Sinvastatina, Ciprofibrato)	37	14	37,8	14	37,8
Outros (Flunarizina, Varfarina, Diosmina, Mon. Isossorbida)	9	1	11,1	8	88,8
Sistema Urinário	52	49	94,2	45	86,5
Diurético de Alça e Tiazídico (Furosemda, Hidroclorotiazida, Espironolactona)	52	49	94,2	45	86,5
Sistema Digestivo	60	43	71,6	43	71,6
Antiácido e Inib. Sec. Gástrica (Omeprazol)	31	29	93,5	29	93,5
Nutrientes (sulfato Ferroso, Complexo B)	20	10	50,0	10	50,0
Outros (Buscopan, óleo mineral, Sacharomyces Boulardil)	9	4	44,4	4	44,4
Sistema Muscular e Esquelético	30	25	83,3	29	96,7
Anti Inflamatório não Esteróide, Esteróide	15	14	93,3	14	93,3
Analgésicos Não Opioides, antitérmicos	13	9	69,2	13	100
Alendronato de Sódio	2	2	100	2	100
Sistema Respiratório	23	23	100	23	100
Broncodilatadores e antiasmáticos (aminofilina, bamifilina, fumarato de formoterol, budenosina)	18	18	100	18	100
Expectorante (Carbocisteína)	5	5	100	5	100
Sistema Endócrino	60	56	93,3	57	95,0
Insulina e Outros Agentes Diabéticos (Metformina, Insulina NPH)	48	44	91,7	45	93,8
Hormônio Tireoideano (Levotiroxina)	12	12	100	12	100
Medicamentos Fitoterápicos ou Ervas Medicinais	25	15	60	18	72,0
Dermoprotetor	9	3	33,3	9	100

continua

Continuação da Tabela 3

Classes de medicamentos	Prescrito	Dispensado	%*	Utilizado	%**
Antiparasitários e Antifúngicos	8	5	62,5	6	75,0
Antimicóticos e Antifúngicos (Cetoconazol, Fluconazol)	8	5	62,5	6	75,0
Antimicrobianos (Amoxicilina, ciprofloxacino, etc)	14	11	78,6	11	78,6
Outros (Anti Hiperirucêmicos, Anti Glaucomatoso)	13	7	53,8	2	15,4
Total	568	463	81,5	476	83,8

*Porcentagem das vezes em que o medicamento foi prescrito; **Porcentagem das vezes em que o medicamento prescrito foi utilizado pelo paciente.

Dos medicamentos prescritos pela ESF, 75,5% (n=429) foram dispensados pela própria unidade, 4,4% (n=25), foram dispensados pela Medex e 1,58% (n=9) foram adquiridos na Farmácia Popular, totalizando 81,5% dos medicamentos dispensados pelo serviço público.

Entre os medicamentos prescritos, destacam-se algumas classes que foram dispensadas em menor proporção pelos serviços públicos de Saúde, principalmente os nutrientes (50%); os antilipêmicos (62,1%); os analgésicos (30,8%); os dermatoprotetores (66,6%); os fitoterápicos (40%) e os antiparasitários e antifúngicos (37,5%).

Entre os medicamentos prescritos, algumas classes foram menos utilizadas, como por exemplo os antilipêmicos (62,1%), os nutrientes (50%), os fitoterápicos ou ervas medicinais (28%), os antimicóticos e antifúngicos (25%) e os antimicrobianos (21,4%). Já os analgésicos, mesmo não dispensados pelos serviços públicos de saúde, foram utilizados pela quase totalidade dos idosos.

A tabela 4 apresenta o Grau de Adesão ao tratamento. Os entrevistados, 59,6% (n=68), foram

classificados como aderentes. Os demais 40,3% (n=46), apresentaram comportamento de moderada a baixa adesão, sendo que desses, 22,8% (n=26) foram classificados como não aderentes intencionais, enquanto 6,14% (n=7) o comportamento de baixa adesão foi caracterizado como não intencional. Dos idosos entrevistados, 11,4% (n=13), apresentaram ambos os tipos de comportamento. Verificou-se, ainda, em 28,9% (n=33) e 11,4% (n=13) dos idosos adesão moderada ou baixa, respectivamente.

No domicílio dos idosos, ao se observar a forma de armazenamento dos fármacos, foram encontrados 655 medicamentos, que representavam os que foram prescritos na última consulta, somados a outros medicamentos não prescritos em utilização.

Conforme tabela 5, a maioria dos idosos, 68,4% (n=448), armazena os medicamentos no armário ou gaveta da cozinha. Não foram encontrados nos domicílios, medicamentos expostos a luz solar, umidade ou calor excessivo. Verificou-se, porém, que 9,6% dos pacientes (n=11), guardavam os medicamentos sem a embalagem (cartela ou caixa), dificultando a sua identificação no momento de uso.

Tabela 4. Grau de Adesão dos pacientes, segundo Teste de Morisky Green. Marília, SP, 2014.

Graus de Adesão (resposta positiva)	Número (%)
Aderente (nenhuma)	68 (59,6)
Moderada adesão (1 ou 2)	33 (28,9)
Baixa adesão (3 a 4)	13 (11,4)
Total	114 (100)

Tabela 5. Local de Armazenagem dos medicamentos utilizados pelos pacientes. Marília, SP, 2014.

Locais de Armazenagem	Número (%)
Armário da Cozinha ou Gaveta	448 (68,4)
Armário do Quarto ou Gaveta	134 (20,4)
Armário do Banheiro ou Gaveta	37 (5,6)
Próximo Filtro de Água	12 (1,8)
Em cima da geladeira	5 (0,7)
Outro	19 (2,9)
Total	655(100)

DISCUSSÃO

Este estudo avalia a prescrição, a dispensação e a utilização de medicamentos por 114 idosos. Esses idosos são majoritariamente do sexo feminino, vivem sem o companheiro, tem baixo grau de escolaridade e vivem da aposentadoria, assim como mostram outros estudos realizados com população idosa¹⁵.

Em relação ao diagnóstico médico referido, as doenças do Sistema Cardiovascular (Hipertensão Arterial), as do Sistema Endócrino (Diabetes *mellitus* do tipo 2 e Hipotireoidismo), as Infeciosas (Resfriado/Gripe) e as Osteoarticulares (dores articulares crônicas) foram as mais prevalentes, dados que reforçam os achados de outros estudos^{16,17}, exigindo acompanhamento constante da equipe de saúde, monitoramento e controle adequado, além da dispensação regular de medicamentos.

A constatação da polifarmácia foi a esperada para esse segmento da população e sua explicação é multifatorial, sendo influenciada, sobretudo, pelo acúmulo de múltiplas doenças crônicas e manifestações clínicas resultantes do envelhecimento, além do reconhecimento do despreparo do profissional de saúde para intervenções farmacológicas racionais, em pacientes que as demandam essas. É necessário, pois, uma abordagem ainda mais criteriosa e sistemática para os idosos que realmente necessitam de intervenções medicamentosas¹⁸.

Os grupos de medicamento mais utilizados pelos idosos foram os referentes aos Aparelhos Cardiovascular e Endócrino, os que atuam nos sistemas Nervoso Central, Urinário e Digestório. Os resultados corroboram o perfil de morbidade

encontrada e os resultados obtidos no estudo realizado em Goiânia (GO)¹⁶. São também e lineares às prevalências e aos acúmulos de patologias desses sistemas e, nessa faixa etária, muitas vezes necessita de intervenções farmacológicas voltadas para controlá-las. Em relação ao sistema digestório, frequentemente, ocorre a intervenção farmacológica compensatória, a fim de corrigir disfunções ou protegê-lo, justamente contra as agressões derivadas da polimedicação^{19,20}.

Parece claro que tais doenças demandam investimentos constantes em atividades de promoção da saúde, seu controle e prevenção de complicações, cujo enfoque seja o da manutenção da independência, prevenção e retardamento de eventuais enfermidades e incapacitações, bem como a disponibilização de tratamento oportuno¹⁶.

Ao se analisar a adesão ao tratamento medicamentoso, observou-se que 22,8% mostraram o comportamento de não adesão, números pouco superiores a estudo realizado em Belo Horizonte (MG), onde os não aderentes foram 22,5%²¹.

Na avaliação do grau de adesão ao tratamento, foi observado que 40,3% dos pacientes apresentaram comportamento de baixa adesão, resultado condizente com o de vários trabalhos nacionais e de outros países desenvolvidos²². O percentual de adesão ao tratamento medicamentoso, variou de 26,7% em Teresina (PI)²³ e 43,3% em Santa Catarina (SC)²⁴.

Os problemas de adesão são encontrados em todas as situações em que existe autoadministração do tratamento, independentemente do tipo de doença, qualidade e/ou acessibilidade aos recursos da saúde. A crença de que os doentes são os únicos

responsáveis pela adesão representa um equívoco, dado existirem diversos fatores que afetam seu comportamento e capacidade de adesão. Nesses, incluem-se os fatores sociais, econômicos e culturais e aqueles relacionados ao funcionamento dos serviços, aos profissionais de saúde, às doenças de base, às comorbidades; ao tratamento e, finalmente, ao comportamento dos pacientes²⁵.

No presente estudo, o esquecimento e o atraso no horário de uso dos medicamentos foram apontados como as principais causas para não adesão correta ao tratamento. Trata-se de comportamentos involuntários e não intencionais e assemelham-se aos problemas relacionados com a não adesão ao tratamento, ocorridos em outras cidades brasileiras. Eventualmente, podem ser melhorados por estratégias de educação e orientação da equipe, quando comparados às atitudes de não adesão intencionais^{24,25}.

Outra variável observada, associada à adesão, é o acesso do paciente ao tratamento medicamentoso, uma vez que para a maioria, os não utilizados foram aqueles não dispensados, exceto no caso dos analgésicos, que, mesmo não dispensados, foram utilizados com regularidade. Os resultados de outro estudo, realizado nas regiões sul e nordeste do País, revelaram importante iniquidade em saúde como fator muito relevante, reforçando a necessidade de políticas para ampliar o acesso para populações mais pobres e em desvantagem²⁶.

No presente estudo foram dispensados pelos serviços públicos 81,5% dos medicamentos prescritos, sendo 83,8% utilizados pelos idosos. Semelhante resultado foi encontrado no município de Florianópolis (SC)²⁷. Esse resultado também está de acordo com a referência da OMS, que considera desejável um acesso aos medicamentos superior a 80%²⁸.

As causas comumente relacionadas à dificuldade de acesso do idoso aos medicamentos referem-se ao desconhecimento de onde e como adquiri-lo e à dificuldade de deslocamento da população idosa. A esse respeito, constata-se que aproximadamente 25% dos medicamentos não foram dispensados pela unidade de saúde na qual o idoso passou por consulta médica e que desses, apenas 6% foram adquiridos em outros serviços públicos, o que nos permite pensar que essa população pode ter encontrado dificuldade

de acesso a eles, mesmo quando disponíveis em outro serviço público. Embora essa condição não tenha sido objeto de estudo da presente investigação, a afirmação de que o tempo de espera, o local para entrega de medicamentos, principalmente os medicamentos excepcionais têm provocado sofrimento para as pessoas que deles necessitam e podem levar ao abandono do tratamento²⁹. É preciso destacar que grande parte dos medicamentos prescritos consta da lista do REMUME, o que deveria ser motivo de preocupação do gestor para prover sua oferta de forma regular, além de disponibilizá-los em local de fácil acesso aos idosos.

Apesar disso, destaca-se que a maioria dos medicamentos de uso contínuo como os anti-hipertensivos e os antidiabéticos, foi dispensada para aproximadamente 90% dos idosos.

Estudo que também analisou o acesso da população aos medicamentos prescritos pelos serviços públicos, a partir da Pesquisa por Amostra de Domicílios de 2008, constatou que apenas 45,3% foram dispensados³⁰.

Frente ao crescimento dessa faixa etária, amplia-se a complexidade da gestão da Assistência Farmacêutica no país, visto que o orçamento destinado à aquisição dos medicamentos prescritos no SUS tende a tornar-se cada vez mais representativo e oneroso.

No que diz respeito aos antilipêmicos, verifica-se que não foram dispensados e também não estavam sendo utilizados por 62,1% dos idosos que receberam tal prescrição. Esse dado deve ser motivo de preocupação, posto que um estudo que acompanhou idosos portadores de dislipidemia, tratados com terapia medicamentosa e controle dietético durante um ano, mostrou que houve redução clinicamente relevante dos níveis lipídicos. O não controle desses níveis aumenta os riscos cardiovasculares³¹.

Em relação à pouca utilização dos antilipêmicos, pode-se depreender a existência de um problema de gestão, posto que, em sua grande maioria, os medicamentos constam da relação daqueles de alto custo distribuídos pela Medex.

Quanto aos nutrientes, constatou-se que eles foram pouco dispensados e utilizados, sendo importante considerar que, na presença de alterações nutricionais,

alguns medicamentos podem ter sua ação modificada. Cita-se, por exemplo, a deficiência de proteínas e de micronutrientes, que pode levar à produção de urina alcalina e à reabsorção de compostos alcalinos, prolongando a meia vida deles no organismo³².

Por outro lado, este estudo mostra que os idosos estavam fazendo uso dos analgésicos prescritos, mesmo que grande parte deles não tenha sido dispensada. A prescrição do analgésico, por ocorrer em situações de grande interferência nas condições e qualidade de vida, pode ter levado os idosos a adquiri-los. A ocorrência da dor e o uso de analgésico vêm aumentando nas últimas décadas devido ao prolongamento da vida dos indivíduos e à menor tolerância à dor e ao sofrimento frequentemente observados³³.

A respeito da prescrição de analgésicos, deve-se ressaltar que se trata de uma conduta adequada do prescritor, posto que seria impróprio, salvo em condições muito particulares e que devem ocorrer com estreito controle, o uso prolongado de anti-inflamatórios não hormonais ou hormonais por idosos para controle de dores crônicas, considerando as importantes complicações metabólicas, hemodinâmicas e gastrointestinais decorrentes dessa intervenção³⁴. Quanto à utilização de medicamentos fitoterápicos e ervas medicinais que se enquadram entre aqueles dispensados em menor proporção pelos serviços públicos, verifica-se que também não foram utilizados pelos idosos.

Sobre o local adequado de armazenagem dos medicamentos, foi observado que a grande maioria da população idosa guarda os medicamentos longe da luz ou calor excessivo, geralmente na cozinha, facilitando o acesso e a lembrança de utilizá-los. No entanto, o fato de alguns idosos guardarem os medicamentos fora da embalagem dificulta seu reconhecimento e sua utilização adequada, oferecendo risco potencial de troca de drogas e de superdosagem. A ausência da embalagem primária foi encontrada na maioria dos domicílios visitados, ainda que a média de medicamentos estocados fosse de 7,3 por domicílio e as classes mais encontradas foram de anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e diuréticos³⁵.

Este estudo tem limitações por ser apenas descritivo. Também não foi objetivo do estudo a

identificação de aspectos clínicos dos pacientes, suas morbidades e comorbidades associadas à intervenção medicamentosa. Ainda assim, a prevalência das morbidades encontradas, equipara-se às encontradas em outras publicações nacionais recentes, o que corrobora sua validade externa, ou seja, os pacientes estudados têm características bastante semelhantes à média da população brasileira nessa faixa etária. Além disso, não é comum a avaliação concomitante dos aspectos referentes a intervenção farmacológica em idosos tais como a prescrição, dispensação, utilização e armazenamento dos medicamentos a eles indicados, de forma simultânea, sendo essa uma das contribuições desse estudo.

CONCLUSÕES

As classes de medicamentos disponíveis no município contemplam 81,5% das necessidades de medicamentos prescritos para a pessoa idosa. É inegável que a disponibilidade de medicamentos gratuitos, oferecidos pelos governos municipal, estadual e federal, tem facilitado o acesso ao tratamento medicamentoso prescrito, podendo significar maior controle dos agravos. A prescrição, a utilização e o armazenamento domiciliar adequado dos medicamentos, apesar de alguns problemas observados, trazem aos idosos, uma nova oportunidade no controle das doenças agudas e principalmente crônicas, contribuindo para sua longevidade.

A adesão à terapêutica, problema complexo e multifatorial, também enfrenta dificuldades semelhantes às identificadas em outros estudos nacionais e internacionais.

Os resultados obtidos no presente estudo mostram um sistema local de saúde que tem funcionado, ao menos no aspecto prescrição, dispensação e utilização, de forma concatenada, sucessiva e consequente, apresentando pouca descontinuidade, de forma até inesperada, dadas as disparidades de acesso e complexidade a que a população está imersa em relação aos cuidados em saúde.

Ainda assim, o fato de aproximadamente 20% dos medicamentos não terem sido dispensados pelos serviços públicos indica que esses entraves devem

ser motivo de avaliação e superação com vistas a facilitar seu acesso. Os resultados apontam ainda para a necessidade de organizar o fluxo de distribuição dos medicamentos e/ou inclusão de novas drogas, como antilipêmicos e nutrientes, facilitando seu acesso e auxiliando o melhor controle das doenças para as quais são fatores de risco.

Além disso, acredita-se na importância de um trabalho organizado em uma rede interligada e integrada de assistência farmacêutica, com diretrizes estabelecidas, fluxos, rotinas, protocolos, visando facilitar o acesso da pessoa idosa e seu deslocamento, diminuindo custos e proporcionando maior qualidade no cuidado ao idoso.

REFERÊNCIAS

- Carvalho MFC, Romano-Lieber NSR, Mendes GB, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo: Estudo SABE. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(4):817-27.
- Santi LQ. Prescrição: o que levar em conta? [Internet]. Brasília, DF: OPAS; 2016 [acesso em 29 ago 2017]. (Uso racional de medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos processos da assistência farmacêutica; vol. 1, no. 14). Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&alias=1542-prescricao-o-que-levar-em-conta-2&Itemid=965.
- Gauterio DP, Santos SSC, Strapasson CMS, Vidal DAS, Piexak DR. Uso de medicamentos por pessoas idosas na comunidade: proposta de ação de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(5):702-8.
- Oliveira LPBA, Santos SMA. An integrative review of drug utilization by the elderly in primary health care. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(1):163-74.
- World Health Organization. The safety of medicines in public health programmes: pharmacovigilance an essential tool. Geneva: WHO; 2006.
- Brasil. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União*. 10 nov. 1998;Seção 1:18-22.
- Brasil. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 19 dez 1973;Seção 1:13049.
- Remondi FA, Oda S, Cabrera MAS. Não adesão à terapia medicamentosa: da teoria a prática clínica. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2014;35(2):177-85.
- Secretaria Municipal de Saúde de Marília. Programa Municipal de Saúde Mental. Marília: Prefeitura Municipal de Marília; 2013.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2013 [Internet]. São Paulo: ABEP; 2012 [acesso em 23 fev. 2013]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
- Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1981.
- Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74.
- World Health Organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomical Therapeutic Chemical Classification System with Defined Daily Doses (ATC/DDD Index) [Internet]. Oslo: WHO; 2006. [acesso em 23 Jan. 2013]. Disponível em: <http://www.whocc.no/atcddd/>
- Silva AL, Ribeiro AQ, Klein CH, Acúrcio FA. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(6):1033-45.
- Santos TR, Lima DM, Nakatani AYK, Pereira LV, Leal GS, Amaral RG. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(1):94-103.
- Wändell P, Carlsson AC, Wettermark B, Lord G, Cars T, Ljunggren G. Most common diseases diagnosed in primary care in Stockholm, Sweden, in 2011. *Fam Pract*. 2013;30(5):506-13.
- Alpert JS. Polypharmacy in elderly patients: the march goes on and on [editorial]. *Am J Med*. 2017;130(8):875-6.
- Pereira KG, Peres MA, Iop D, Boing AC, Boing AF, Aziz M, et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. *Rev Bras epidemiol* [Internet]. 2017 [acesso em 29 ago. 2017];20(2):335-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000200335&lng=en.

20. Pereira SAS. Investigação farmaco-epidemiológica em prescrições médicas da atenção básica: o caso do idoso. *Academus Rev Cient Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 23 ago 2017];1(1):1-14. Disponível em: <https://smsrio.org/revista/index.php/revista/article/view/79>. [acesso em 23 ago 2017].
21. Gontijo MF, Ribeiro AQ, Klein CH, Rozenfekd S, Acurcio FA. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;8(7):1337-46.
22. Natarajan N, Putnam W, Van Aarsen K, Beverley LK, Burge F. Adherence to antihypertensive medications among family practice patients with diabetes and hypertension. *Can Fam Physician* [Internet]. 2013 [acesso em 20 maio 2017];59(2):93-100. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576963/pdf/0590e93.pdf>.
23. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(7):1885-92.
24. Schmitt Júnior AA, Lindner S, Helena ETS. Avaliação da adesão terapêutica em idosos atendidos na atenção Primária. *Rev assoc méd Bras*. 2013;59(6):614-21.
25. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. Geneva: WHO; 2003 [acesso em 20 maio 2017]. Chapter 13, Hypertension; p. 107-14. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>.
26. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(6):1763-72.
27. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):267-80.
28. Aziz MM, Calvo MCM, D'Orsi E. Medicamentos prescritos aos idosos em uma capital do Sul do Brasil e a Relação Municipal de Medicamentos. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(1):52-64.
29. World Health Organization. Continuity and change: implementing the Third WHO Medicines Strategy – 2008-2013 [Internet]. Geneva: WHO; 2010. [acesso em 02 jun. 2017]. Disponível em: http://www.who.int/medicines/publications/medstrategy08_13/en/.
30. Bello CB. Acesso a medicamentos: experiência da população de baixa renda na região do Butantã, São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
31. Gregori F, Ziulkoski AL, Andrighetti LH, Lourenço ED, Perassolo MS. Acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes dislipidêmicos de um lar de idosos da cidade de Novo Hamburgo - RS. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(1):171-80.
32. Faria MQ, Franceschini SCC, Ribeiro AQ. Estado nutricional e uso de medicamentos por idosos. *Latin Am J Pharm*. 2010;29(1):127-31.
33. Dellaroza MSG, Furuya RK, Cabrera MAS, Matsuo C, Yamada KN, Lílian Pacola L. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(1):36-41.
34. Sociedade Brasileira de Reumatologia, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Uso de anti-inflamatórios não hormonais na dor crônica em pacientes com osteoartrite (osteoartrose). Rio de Janeiro: ANS; 2011. (Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar).
35. Balk RS, Torres OM, Barbosa TM, Gollino GP, Chies LFS. Avaliação das condições de armazenamento de medicamentos em domicílios do município de Uruguaiana – RS. *Saúde (Santa Maria)*. 2015;41(2):233-40.

Recebido: 15/05/2017

Revisado: 10/07/2017

Aprovado: 05/09/2017