

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

GUILHERME MOURA DA COSTA

**POLIFARMÁCIA E EDUCAÇÃO PARA O USO CORRETO DE
MEDICAMENTOS**

Governador Valadares/Minas Gerais

2015

GUILHERME MOURA DA COSTA

**POLIFARMÁCIA E EDUCAÇÃO PARA O USO CORRETO DE
MEDICAMENTOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Orozimbo Henriques Campos Neto

Governador Valadares/Minas Gerais
2015

GUILHERME MOURA DA COSTA

**POLIFARMÁCIA E EDUCAÇÃO PARA O USO CORRETO DE
MEDICAMENTOS**

Banca examinadora

Examinador 1: Ayla Norma Ferreira Matos

Examinador 2 – Isolda de Cerqueira Cruz

Aprovado em Governador Valadares, em 05 de dezembro de 2015.

RESUMO

Um terço da população atendida para renovação de prescrição na ESF Altinópolis III consome vários medicamentos simultaneamente. Tal prática denomina-se polifarmácia e é influenciada fortemente pelo fenômeno da medicalização. O uso irracional de medicamentos se traduz em consumo excessivo de produtos supérfluos, contraindicados e subutilização de outros que seriam essenciais para o controle de doenças agudas e crônicas. O uso de múltiplos produtos e a prescrição de medicamentos contraindicados, principalmente para os idosos, favorecem o aparecimento dos efeitos adversos e das interações medicamentosas. Muitos estudos epidemiológicos demonstram aumento significativo do uso de medicamentos com o avanço da idade, com maior prevalência de polifarmácia na faixa etária de 75 a 79 anos. Assim, este trabalho propõe uma intervenção na prescrição daqueles pacientes identificados com polifarmácia, a fim de educá-los para o uso correto de medicamentos. A partir da coleta de dados na população adscrita na ESF Altinópolis III, no Município de Governador Valadares, foi feito um diagnóstico situacional da área de abrangência e realizado planejamento para buscar soluções para o problema. Os benefícios de uma prescrição criteriosa para o paciente são inquestionáveis. É papel fundamental da equipe de saúde monitorar, alertar, educar e orientar os pacientes que possuem prescrições que podem comprometer a segurança deles.

Palavras-chave: Medicalização. Polifármacos. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

One third of the population treated for prescription renewal in FSH Altinópolis III consumes several drugs simultaneously. This practice is called polypharmacy and is strongly influenced by the medicalization phenomenon. The irrational use of drugs translates into excessive consumption of luxury goods, contraindicated and underutilization of others that would be essential for the control of acute and chronic diseases. The use of multiple products and the prescription of contraindicated drugs, especially for the elderly, favor the appearance of adverse effects and drug interactions. Many epidemiological studies have shown significant increase in the use of drugs with advancing age, with the highest prevalence of polypharmacy in the age group 75-79 years. This work proposes an intervention in prescribing those patients identified with polypharmacy in order to educate them to the correct use of medicines. From the data collection in the enrolled population in the FHS Altinópolis III, in the city of Governador Valadares, it was made a situational diagnosis of the coverage area and conducted planning to seek solutions to the problem. The benefits of a prescription for the patients are unquestionable. It is essential role of health staff to monitor, warn, educate and guide patients who have prescriptions that can compromise their safety.

Key words: Medicalization. Polypharmacy. Family Health Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente comunitário de saúde
AINEs	Anti-inflamatórios não esteroidais
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GV	Governador Valadares
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IECA	Inibidores da enzima conversora de angiotensina
IM	Interações medicamentosas
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
RAM	Reações adversas
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
1.1 Apresentação do Município de Governador Valadares	08
1.2 Aspectos geográficos, demográficos e econômicos	09
1.3 Caracterização do sistema de saúde municipal	10
1.4 Caracterização da área de abrangência da ESF Altinópolis III e das condições socioeconômicas dos usuários atendidos	12
1.5 Área de intervenção: ESF Altinópolis III	12
2 ANÁLISE SITUACIONAL	14
2.1 Identificação dos problemas	14
2.2 Priorização do problema	14
3 JUSTIFICATIVA	17
4 OBJETIVOS	19
4.1 Objetivo geral	19
4.2 Objetivos específicos	19
5 MÉTODOS	20
6 REFERENCIAL TEÓRICO	21
6.1 Medicalização	21
6.2 Polifarmácia	24
6.3 O padrão de consumo	26
6.4 Falhas na prescrição	29
6.5 Reações adversas a medicamentos (RAM)	30
6.6 Interações medicamentosas (IM)	31
6.7 Medidas para redução da polifarmácia	33
7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	35
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
9 REFERÊNCIAS	41
ANEXO I - Panfleto informativo sobre Polifarmácia	50
ANEXO II - Panfleto informativo sobre Automedicação, Intoxicação medicamentosa e Polifarmácia	51

1 INTRODUÇÃO

A prática da medicalização é um fenômeno cada vez mais observado em nossa sociedade. O modelo biomédico nos faz acreditar que as soluções para os problemas de saúde encontram-se apenas em alternativas terapêuticas prescritivas. Essa falsa ideia, alimentada pela indústria farmacêutica, resulta em grande poder aos medicamentos que passam a serem vistos como um bem de consumo necessário. O aumento de prescrições e consumo abusivo de medicamentos resulta na polifarmácia, situação de comum na prática médica atualmente⁶.

Diariamente, observa-se um grande número de pacientes atendidos na ESF (Estratégia Saúde da Família) Altinópolis III com prescrições que apresentam cinco medicamentos ou mais e prescrições com fármacos inapropriados para o consumo. Este trabalho apresenta o plano para intervenção na ESF Altinópolis III, durante o segundo semestre de 2014, que visou à redução de prescrições inadequadas e consequente garantia de maior segurança e qualidade de vida aos pacientes.

1.1. Apresentação do Município de Governador Valadares

O município de Governador Valadares localiza-se a 318 km da capital do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte. É administrado, desde 2013, pela gestão da prefeita Elisa Maria Costa. A secretaria de saúde é gerida por Kátia Barbalho Diniz e as coordenadoras do programa de Saúde Bucal e Saúde da Família são, respectivamente, Débora Abreu Badaró e Poliana Lidtig Silva.

Governador Valadares teve sua origem no século XIX devido à guerra para expulsão dos índios Botocudos das margens dos rios da região. A primeira ocupação foi em Baguari e, em seguida um novo quartel foi levantado a poucos quilômetros dali, as margens do Rio Doce denominado Dom Manoel. Em torno desse quartel, surgiu o Porto de Canoas que recebeu a denominação de Figueira e tornou-se distrito de Peçanha. Devido à posição estratégica, o porto escoava a produção proveniente do Vale do Suaçuí e do Santo Antônio⁵⁶.

Com a inauguração da estação ferroviária da Estrada de Ferro Vitória-Diamantina em 1907 em Derribadinha – lado oposto do Rio Doce ao povoado de Figueira – formou-se um vilarejo e um pequeno movimento comercial na região. Três anos

mais tarde, é inaugurada a estação de Figueira e consolida a posição da vila como entreposto comercial. A estrada de ferro possibilitou a expansão de plantações de café e extração de madeira de lei. Figueira também começou a contar com o comércio de tropeiros oriundos de várias regiões que traziam feijão, milho, farinha, rapadura, queijo e toucinho e levavam de volta sal, querosene, cortes de tecidos, ferramentas e utensílios. Mais tarde, a pecuária também começou a ganhar expressão. Em 1930, iniciaram a abertura das estradas de rodagem de Figueira a Peçanha e a Itambacuri. Em 1937 foi criado o município de Figueira através do ato do governador Benedito Valadares. No ano seguinte, o município passou a ser chamado Governador Valadares (GV) pelo decreto-lei nº 148, de 17 de dezembro de 1938⁵⁶.

1.2. Aspectos geográficos, demográficos e econômicos

Atualmente, possui área territorial de 2.342,319 Km² e 81.703 domicílios aproximadamente, sendo que 78.182 domicílios possuem abastecimento de água e 81.519 possuem energia elétrica. A taxa de urbanização fica em torno de 95%. Cerca de 96% da população possui rede de esgoto, 3,1% fossa e 1,2% possui esgoto a céu aberto. A renda média familiar per capita na zona rural fica em torno de R\$225,00 aproximadamente e na zona urbana em torno de R\$500,00. O Índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,727³².

A principal atividade econômica da cidade é a prestação de serviços do setor terciário. Valadares possui um distrito industrial que também fica responsável por parte da atividade econômica. No setor primário, há destaque da agricultura com o cultivo de grãos e frutas e da pecuária, com destaque para criação de gado. Há também extração mineral de pedras como esmeraldas, turmalinas e topázios³².

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE, a população no censo de 2010 era de 263.689 habitantes. A população estimada em 2013 era de aproximadamente 275 mil habitantes. Abaixo observamos a população de Governador Valadares distribuída por faixa etária (Quadro 01).

Quadro 01: Aspectos Demográficos

População distribuída por faixa etária em Governador Valadares
--

Quadro 01: Aspectos Demográficos (continuação)

População distribuída por faixa etária em Governador Valadares									
Faixa etária	> 1	1 - 4	5 - 9	10 -14	15 - 19	20 - 24	25 - 39	40 - 59	60 e +
Nº de indivíduos	3.392	14.663	20.114	23.591	23.231	18.832	62.555	61.992	46.620

Fonte: Adaptado IBGE, 2014.

A densidade demográfica de Governador Valadares é de 117,1 hab/Km². A taxa de crescimento anual da população entre 2000 e 2010 foi de 7,64. Hoje, 3,43% da população do município vivem em extrema pobreza³². A Atenção Básica de Saúde cobre 63,36% da população conforme dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)⁴⁷. O município possui uma taxa de escolarização de 0,867 com um Índice de desenvolvimento da educação básica (Ideb) de 5,4 em 2011, de acordo com o portal do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP)⁴⁶.

1.3. Caracterização do sistema de saúde municipal

Atualmente, a Estratégia em Saúde da Família de GV possui 41 equipes implantadas e conta com 313 agentes comunitários. Conta ainda com quatro equipes do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), 35 equipes de saúde bucal dentro do programa Brasil Sorridente e 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Dentro do sistema de referência e contra referência, o município conta com a Policlínica Central, o Centro Viva Vida (CVV), o Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), Centro de Referência em Oftalmologia (CROS) e o Hospital Municipal⁵⁷.

Em Governador Valadares existem 591 estabelecimentos de saúde cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁴⁷, entre os quais encontram-se clínicas, hospitais, farmácias, laboratórios de análises clínicas. Entre os hospitais destacam-se: o Hospital Municipal de Governador Valadares, Hospital Beneficência Social Bom Samaritano, Hospital Evangélico, Hospital Infantil São

Cristóvão, Hospital São Lucas de Governador Valadares e o Hospital Nossa Senhora das Graças²⁸.

O Conselho Municipal de Saúde de GV, como em todos os municípios, é composto por representantes dos usuários do SUS, da administração pública de saúde e dos servidores das unidades de saúde. Os Conselhos locais de Saúde são instancias colegiadas de caráter permanente, deliberativo, consultivo e fiscalizador das ações e serviços na área de abrangência da unidade básica de saúde. Os conselhos locais são assessorados pelo Conselho Municipal por meio da Comissão Permanente de Acompanhamento dos Conselhos Locais de Saúde. Os conselhos locais são formados por seis membros efetivos e três suplentes, sendo três usuários e três representantes das Unidades de Saúde. Os membros representantes dos usuários residem na área de abrangência e têm no mínimo 18 anos de idade. Os Conselhos locais de saúde reúnem-se mensalmente na respectiva Unidade de Saúde. Essas reuniões são abertas a população e aos demais funcionários da Unidade²⁰.

O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde⁷⁶. Em GV, o Fundo Municipal de Saúde é uma unidade orçamentária dentro da Secretaria Municipal de Saúde. A principal mantenedora do Fundo Municipal de Saúde de Governador Valadares é a Prefeitura Municipal com sede na Rua Marechal Floriano, 905, no Centro de Governador Valadares. O orçamento destinado à saúde é, na Atenção Básica, baseado no piso em que considera R\$ 24,00 per capita. Os recursos restantes irão depender dos programas dos governos estadual e federal oferecidos à população e a base de cálculo para repasse de verba irá depender da implantação desses e, em alguns casos, de resultados satisfatórios dos programas governamentais. De acordo com dados do Fundo Nacional de Saúde, foi repassado em 2014 para o município de Governador Valadares um total de R\$44.944.371,50⁴⁸. Segundo o TCE-MG (Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais) em 2013 foram aplicados nas ações e serviços públicos de saúde 18,36% do produto da arrecadação de impostos e transferências. Foram gastos nessas ações R\$ 42.201.900,29, sendo equivalente a um gasto de R\$ 153,15 por habitante⁶⁹.

1.4. Caracterização da área de abrangência da ESF Altinópolis III e das condições socioeconômicas dos usuários atendidos

Entre os estabelecimentos cadastrados no CNES está a unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) Altinópolis III que será objeto de intervenção no presente trabalho. A unidade possui, atualmente, 1256 famílias cadastradas⁴⁹. De modo geral, a população da Altinópolis III reside em casas de alvenaria com cinco cômodos, possui rede de energia elétrica, coleta de lixo, abastecimento de água e rede de esgoto. Possui acesso a telefonia móvel e fixa. Não possuem plano de saúde e referem procurar unidade de saúde ou atendimento hospitalar quando necessitam. O bairro possui duas escolas públicas e duas igrejas católicas. Não dispõem de serviços bancários e correio, porém a comunidade localiza-se a três quilômetros do centro comercial da cidade, onde existem diversos serviços bancários e agência dos correios. Utilizam o transporte coletivo por ônibus. A taxa de analfabetismo no município em 2010 foi de 7,19%⁷⁸. O índice de desemprego foi de 18,9% em 2000 e 10,1% em 2010, sendo o maior dentre os municípios do Estado de Minas Gerais⁷⁹. As atividades laborais da comunidade são diversas: pedreiros, cozinheiros, enfermeiros, embaladores, diaristas, motoristas e comerciantes.

1.5. Área de intervenção: ESF Altinópolis III

A ESF Altinópolis III localiza-se na Rua Roquete Pinto, n^o 114, no bairro Altinópolis. Divide espaço físico com a ESF Altinópolis IV e possui uma área construída de 298,57 m², com 2 consultórios de enfermagem com banheiros, 2 consultórios dentários, 3 consultórios médicos, 4 banheiros, depósito de material de limpeza, sala de esterilização, sala de observação, sala de curativo, 2 salas de espera, sala de recepção, sala de vacina, sala dos agentes comunitários e de reuniões e 1 farmácia. Funciona de segunda a sexta-feira de 7h da manhã até às 17h com intervalo de almoço para os funcionários de 11h às 13h. A equipe do Altinópolis III, atualmente, é composta por 7 agentes comunitários, 1 visitador sanitário, 1 cirurgiã dentista, 1 auxiliar em saúde bucal, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem e 1 médico. Todos cumprem carga horária de 40h semanais.

De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em 2013, a ESF Altinópolis III havia cadastrado 466 casos de hipertensão arterial, três casos de

hanseníase, 121 casos de diabetes, acompanhado 27 gestantes e realizado 2795 consultas médicas⁴⁹.

2 ANÁLISE SITUACIONAL

Os pacientes da área de abrangência da ESF Altinópolis III apresentam problemas não só de saúde, mas também de ordem social. Todos esses problemas interferem nas ações de saúde da equipe da ESF e por isso são debatidos em reuniões na busca do bem-estar da população. Por meio dessas reuniões com os agentes comunitários de saúde (ACS), podemos identificar os principais problemas da população adscrita e planejar estratégias de intervenção no território¹⁴.

2.1. Identificação dos problemas

Em reuniões com a equipe da ESF Altinópolis III, discutimos os principais problemas observados na área de abrangência. Corriqueiramente discutimos sobre a baixa adesão de gestantes aos programas de saúde bucal; baixa adesão da população feminina na coleta de material para exame preventivo de colo de útero; problemas enfrentados por número significativo de pacientes da população adulta, como por exemplo, a dor lombar crônica; a polifarmácia, uma vez que há grande quantidade de medicamentos de uso contínuo prescritos; a existência de muitos pacientes com sobrepeso e graus diversos de obesidade com dificuldade de aderir a tratamento e abordagem nutricional, inclusive parte da população infantil; a baixa adesão de pacientes diabéticos a tratamentos medicamentosos e acompanhamento nutricional; existência de significativa população sedentária, com diagnóstico prévio de hipertensão, diabetes e dislipidemia; a baixa adesão a tratamentos não medicamentosos e com resistência a terapias tais como hidroginástica, programa de academia da cidade e *Lian Gong*; a baixa adesão e desinteresse de mães de lactentes em manter aleitamento materno exclusivo até seis meses¹⁴.

2.2. Priorização do problema

Desde o início da atuação na ESF Altinópolis III, há quatro meses, em conjunto com a equipe de saúde, identificamos em alguns pacientes o uso excessivo de medicamentos, de forma contínua, o que tem caracterizado a polifarmácia, objeto de pesquisa desse trabalho. Percebe-se que múltiplos fatores podem gerar o problema.

Identificamos que há um baixo nível de conhecimento da população quanto à prescrição. Ao serem questionados sobre medicamentos previamente prescritos,

muitos não sabiam informar o motivo da prescrição e, às vezes, não se lembravam de quando e qual médico prescreveu determinado fármaco.

O processo de trabalho, muitas vezes, também é inadequado. Observamos que em alguns casos os pacientes fazem uso de mais de uma classe de antidepressivos que se mantém renovada constantemente por diversos médicos, inclusive por psiquiatras. Relatam tomar o medicamento há mais de cinco anos e, atualmente, estavam sem seguimento e acompanhamento do prescritor inicial. A grande rotatividade de profissionais médicos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a principal causa da falta de seguimento desses pacientes.

Muitos pacientes usam medicamentos sem indicação necessária. A queixa de insônia leva muitos pacientes a fazerem uso contínuo de fármacos benzodiazepínicos, o que gera dependência do medicamento e torna difícil a abordagem médica para possível descontinuação. Muitos desses pacientes não apresentam indicação de uso de fármacos para tratamento da ansiedade e se mostram resistentes a outras abordagens não medicamentosas como, por exemplo, a higiene do sono.

Foi identificado em pacientes com dor crônica o uso contínuo de AINES (anti-inflamatórios não esteroidais) e resistência a terapias não medicamentosas como psicoterapia, atividades físicas e fisioterapia que são oferecidas na ESF Altinópolis III pela equipe multiprofissional do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Os estudos apontam que indivíduos com dores crônicas possuem longa história de dor, acentuado sofrimento psíquico, comprometimento laborativo e físico e descrença com o tratamento⁸². Dessa forma, a adesão a tratamentos não-farmacológicos em detrimento ao uso de polimedicação fica comprometida, pois exige disciplina e grande força de vontade do paciente.

Ao analisar algumas prescrições, percebemos o desperdício gerado pelo uso indevido ou, até mesmo, pelo uso contraindicado dos medicamentos. Certamente, haveria uma redução de gastos com alguns medicamentos dispensados se tais prescrições fossem revisadas. Uma análise mais profunda nos prontuários sugere que muitos pacientes incorporaram medicamentos ao longo dos anos sem estabelecimento de prazos e metas para os tratamentos. Outro agravante é que os

profissionais de saúde que passaram pela equipe apenas mantiveram a prescrição anterior e alguns acrescentaram novos medicamentos à prescrição.

Além desses fatores, outro grande problema encontrado que contribui para a polifarmácia é a automedicação. De acordo com Paulo e Zanine⁸⁰, “a automedicação é um procedimento caracterizado fundamentalmente pela iniciativa de um doente, ou de seu responsável, em obter ou produzir e utilizar um produto que acredita lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas.” O fácil acesso a medicamentos de venda livre nas farmácias e a disponibilidade de medicamentos em estabelecimentos não farmacêuticos favorece a automedicação e conseqüentemente o uso de múltiplos medicamentos. De acordo com a Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (ABIFARMA), cerca de 80 milhões de pessoas são adeptas da automedicação⁸¹ devido a má qualidade da oferta de medicamentos, o não-cumprimento da obrigatoriedade da apresentação da receita médica e a carência de informação e instrução na população em geral.

3 JUSTIFICATIVA

As mudanças econômicas e sociais do nosso país nas últimas décadas trouxeram benefícios e melhorias, mesmo que discretas, para boa parte dos brasileiros. Essas mudanças em nossa sociedade também trouxeram avanços e melhorias no campo da saúde, porém, se por um lado, diminuimos as taxas de mortalidade infantil e aumentamos a expectativa de vida¹³, por outro, vemos crescer as taxas de sedentarismo, obesidade e de eventos cardiovasculares⁴. Percebe-se, de modo geral, que as conquistas da humanidade e os avanços tecnológicos promovem melhorias e comodidade, mas também nos torna mal acostumados com situações de adversidades. Muitas vezes buscamos o caminho menos árduo para atingirmos nossos objetivos. Quando abordamos questões de saúde observamos que os pacientes e os profissionais de saúde, de modo geral, procuram os meios mais fáceis para solucionarem os problemas de saúde. O homem sonha com a descoberta da pílula milagrosa que acabará com todas as suas dores⁶. Mas, enquanto ela não é descoberta, ele recorre a automedicação e a qualquer medicamento que prometa acabar com seus sofrimentos. Porém, se esquece dos efeitos adversos que a curto e, principalmente, em longo prazo o uso dos medicamentos provoca, dos riscos das interações medicamentosas, da toxicidade provocada por dose excessiva ou por contraindicação. Todos esses efeitos indesejáveis comprometem a segurança e saúde da população⁶⁴.

Alertar e orientar a população sobre o uso indiscriminado de medicamentos é um dever de todo profissional de saúde, principalmente na atualidade. É preciso que se crie na sociedade um pensamento de que a conduta médica não se baseia somente na prescrição medicamentosa, orientações para prática de atividade física, reeducação alimentar ou o simples aconselhamento para cessação do tabagismo também são orientações imprescindíveis que fazem parte da prescrição médica. Tais práticas requerem um esforço maior e demandam muita disciplina e, por isso, talvez a melhor alternativa e o caminho mais curto seja o tratamento medicamentoso²⁵.

Assim, este trabalho propõe uma intervenção na prescrição daqueles pacientes identificados com polifarmácia a fim de educar os mesmos para o uso correto de medicamentos e orientar os profissionais de saúde para uma melhor prescrição.

Desse modo, se justifica, uma vez que tal situação é comumente observada na população da ESF Altinópolis III.

4 OBJETIVOS

4.1. Objetivo geral

Propor um plano de intervenção com intuito de reduzir a prescrição excessiva e inadequada de medicamentos.

4.2. Objetivos específicos

Orientar a população sobre a necessidade de uso de medicamentos apenas sobre prescrição de um profissional de saúde.

Revisar prescrições e avaliar se há indicação para uso através do registro de uso do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Oferecer outras abordagens de cuidado para que os pacientes da ESF Altinópolis III compreenda que existem outras formas de tratamento, além do medicamentoso.

5 MÉTODOS

O trabalho foi realizado a partir da coleta de dados do Município de Governador Valadares, nos sites eletrônicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério da Saúde, Ministério da Educação e da Prefeitura Municipal de Governador Valadares.

Em seguida foi feito um diagnóstico situacional da área de abrangência por meio de análise de dados, desenvolvimento e preparação de estimativa rápida e planejamento. Foram analisadas as prescrições de todos pacientes que procuraram atendimento médico na ESF Altinópolis III entre os meses de agosto a dezembro de 2014. Observado quais pacientes possuíam mais de cinco drogas prescritas e avaliado uso indevido. Em seguida ocorreu o planejamento de estratégias para alerta e educação da população sobre o consumo seguro de medicamentos.

O trabalho teórico foi desenvolvido com a revisão de literatura disponível em artigos científicos publicados na base de dados SciELO – Scientific Electronic Library Online. A busca dos textos teve como descritores os termos polimedicação, automedicação e uso de medicamentos. Foram selecionados 63 artigos publicados entre 2004 e 2014 no período entre agosto de 2014 a janeiro de 2015. Em uma primeira pesquisa na base de dados, foram encontrados 33 artigos e selecionados 28 desses após a verificação dos critérios de inclusão estabelecidos: texto completo disponível online, língua portuguesa, inglesa ou espanhola e publicação entre 2004 a 2015. Em uma segunda pesquisa foram encontrados mais 27 artigos e selecionados 22 após critérios de inclusão. Em um terceiro momento, foram encontrados mais 16 artigos e 13 desses foram incluídos na revisão.

6 REFERENCIAL TEÓRICO

O uso abusivo de medicamentos na atualidade é uma epidemia entre a população, principalmente entre os idosos. Tal fato tem como cenário o aumento exponencial da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)⁶³, e das sequelas que acompanham o processo de envelhecimento, o poder da indústria farmacêutica e o marketing sobre os medicamentos e o fenômeno da medicalização presente na sociedade e, conseqüentemente, na formação de grande parte dos profissionais da saúde. O uso excessivo de medicamentos por parte da população promove impacto no âmbito clínico repercutindo na segurança do paciente e econômico com aumento dos gastos com internações no Sistema Único de Saúde (SUS) pelo uso indevido⁴³.

O excessivo consumo de medicamentos é observado como uma prática frequente entre os idosos, cuja prevalência em estudos brasileiros varia de 5 a 27%. Os principais fatores associados à prática são: sexo feminino, idade maior ou igual a 80 anos, auto avaliação de saúde regular, doenças crônicas e número de consultas médicas no último ano⁶⁵.

Neste contexto também merece destaque o crescimento da indústria farmacêutica e do marketing de medicamentos nas últimas décadas que podem contribuir para o aumento das prescrições pelos profissionais e assim, propiciar o uso de múltiplos medicamentos concomitantemente⁶⁵. Nos Estados Unidos, Steinbrook (2002) aponta o crescimento de 17,3% nos gastos com medicamentos em um ano. Refere que tal crescimento foi maior do que com qualquer outro serviço de saúde e afirma que o envelhecimento da população é uma das explicações para o fenômeno⁶⁶.

Estima-se que em 2050, as pessoas com mais de 60 anos representarão 32% da população mundial e superará pela primeira vez na história o número de crianças⁴⁵. Esse crescimento colocará o Brasil na condição de detentor da sexta maior população de idosos do mundo, em termos absolutos. Como consequência, ocorre uma grande preocupação para a saúde pública, pois com o aumento da idade há maior prevalência de condições crônicas de saúde, que leva a um aumento no uso de medicamentos²⁶.

6.1 Medicalização

Um dos grandes problemas de saúde pública hoje é o uso irracional de medicamentos, decorrente da falta de informação de boa parte da população, que vê nos medicamentos a cura para todos os males, inclusive os de ordem pessoal e estética²². Os medicamentos assumiram durante o século XX a condição de bem de consumo. Os estudos na área de utilização de medicamentos mostram uma forte contribuição da lógica de mercado e do modelo biomédico para intensificar o fenômeno designado como medicalização⁷.

“Tem sido chamado de "medicalização", a ampliação crescente do âmbito de intervenção da medicina na vida das pessoas, passando para a alçada médica, inclusive, problemas claramente determinados pela forma de ser da sociedade, no interesse de se manter o "status quo" (por exemplo, escamoteando os conflitos inerentes às relações Capital Trabalho). De igual forma, processos antes tidos como naturais ou fisiológicos crescentemente passaram a serem merecedores da intervenção médica”⁶.

Esse fenômeno, também chamado por Barros de “cultura da pílula”, é mantido por consumidores constantes, acríticos e dependentes de insumos/medicamentos que são utilizados como única fonte de bem-estar e saúde⁷.

À indústria farmacêutica interessa manter os médicos como alvos de estratégias publicitárias bem arquitetadas a fim de que possam prescrever tais medicamentos³⁷. A difusão generalizada da ideia do medicamento como solução para todos os males, permite que o médico ao prescrevê-lo satisfaça as expectativas do paciente e as suas próprias. Para o médico, o medicamento adequadamente prescrito dá prestígio e realça o seu poder sobre o paciente. Nada mais importante para caracterizar a boa consulta que a prescrição da mais recente novidade farmacêutica⁶. No caso dos idosos, também alvo da indústria farmacêutica e dos planos de saúde, o diálogo com o médico é substituído por exames e receitas⁹.

Os dois principais agentes de difusão dos produtos farmacêuticos são o médico e a farmácia. A importância desta última transcende a prescrição na medida em que inúmeras pessoas utilizam o balconista como substituto do médico, muitas vezes pela dificuldade em acessar o profissional, em alguns casos inclusive chegam à farmácia de posse já dos nomes dos produtos que desejam adquirir⁶.

Em um contexto capitalista de produção, os medicamentos assumem a conotação de uma mercadoria com a necessidade implícita de ser consumida em quantidade e qualidade crescentes. Em outras palavras, os medicamentos, assim como os bens

de consumo em geral, assumem ao lado do "valor-de-uso" e "valor-de-troca", uma conotação adicional que pode ser designada, a partir de outro referencial teórico, como "valor-simbólico"⁶.

A exploração do valor simbólico do medicamento – socialmente sustentado pela indústria farmacêutica, por agências de publicidade e empresas de comunicação – passa a representar um dos mais poderosos instrumentos para a indução e o fortalecimento de hábitos voltados para o aumento de seu consumo. Esse fenômeno ocorre no contexto de uma sociedade na qual a ideologia de consumo, associada à visão mecanicista e biomédica do processo saúde/doença e à lógica de mercado, termina por levar a uma hipervalorização do papel do medicamento e à intensificação da “medicalização”⁵².

Como em qualquer setor empresarial, interessa à indústria farmacêutica estimular o consumo máximo. Os gastos com publicidade são maiores do que os de pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos⁹. A publicidade de medicamentos define padrões de mercado e influencia o comportamento das pessoas, exercendo impacto concreto sobre as práticas terapêuticas⁴². Além do consumidor, as propagandas são planejadas para atingir o médico, o farmacêutico, e o balconista, conseguindo influenciar a prescrição, a dispensação, a venda e o consumo de medicamentos ⁶¹. As estratégias mercadológicas utilizadas por ela vão desde visitas de propagandistas aos consultórios particulares e do SUS, farmácias, drogarias e hospitais, à distribuição de brindes e premiação aos envolvidos diretamente e indiretamente na venda dos medicamentos como o médico, farmacêuticos e balconistas³³.

Nascimento (2005) atenta em seu trabalho para inversão de valor nas propagandas de medicamentos. A frase que aparece ao fim dessas propagandas: “Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado”, indica primeiramente o consumo irracional, incorreto ou inconsciente de medicamentos e só depois a busca pelo profissional de saúde, diferente das propagandas na Espanha, que afirmam: “Leia as instruções deste medicamento e consulte o farmacêutico”⁵².

Lucchese et al. (2005) observaram que a propaganda estimula e/ou induz o uso indiscriminado de medicamentos⁴⁰. O Brasil é considerado o quinto país no ranking de consumo de medicamentos, são mais de 32 mil rótulos de medicamentos, com 12

mil substâncias, quando na verdade bastariam 300 itens. Existe em torno de uma drogaria para cada três mil habitantes³³. O estímulo ao uso excessivo e inadequado da medicação gera desperdício de recursos e resulta em dano significativo ao paciente devido aos resultados insatisfatórios e da multiplicação dos efeitos adversos. Ressalte-se que ao mesmo tempo em que ocorre um consumo de medicamentos supérfluos ou injustificados há, sobretudo em países subdesenvolvidos, carência de medicamentos essenciais⁵.

A mídia é vista como uma poderosa ferramenta, capaz de “motivar a demanda pelo consumidor final, formar opinião entre os que prescrevem e exercer pressão sobre as políticas públicas”⁵⁵. Em termos puramente mercadológicos, nos setores de produção e comercialização de medicamentos, interessa a ocorrência de um máximo de doenças acompanhadas de um máximo de tratamentos, ou seja, um fortalecimento da "medicalização"⁵.

6.2 Polifarmácia

Na literatura não há um consenso quanto à definição do termo polifarmácia. Alguns autores consideram polifarmácia o consumo de cinco medicamentos concomitantes ou mais⁶⁶. Em alguns trabalhos, ela é definida como a utilização concomitante de dois ou mais medicamentos, com a seguinte classificação: leve, moderada e grave. É considerado leve o uso de dois a três fármacos, moderada de quatro a cinco e grave mais de cinco³⁴.

A proporção de usuários de múltiplos medicamentos indica a qualidade da prescrição e da assistência médica, mas a exposição a múltiplos fármacos não é sempre sinônimo de prescrição imprópria. Idosos são passíveis de acometimento simultâneo de diversas disfunções em diferentes sistemas orgânicos e, portanto, candidatos ao “multiuso” de medicamentos. Contribui ainda mais para o uso de múltiplos medicamentos indivíduos que recebem prescrições de diferentes médicos, o que sugere, talvez, falta de comunicação entre os profissionais⁶².

A polifarmácia aumentou de modo importante nos últimos anos. Esta prática configura como um dos problemas de segurança relacionado ao uso de medicamentos. Apesar de sua etiologia ser multifatorial, as doenças crônicas e as manifestações clínicas decorrentes do envelhecimento, apresentam-se como as

principais causas¹⁶. O fenômeno é um dos principais fatores de risco para ocorrência de interações medicamentosas (IM) e reações adversas aos medicamentos (RAM)⁴³.

Em um estudo com 418 idosos em Goiânia, entre os quais 66% eram mulheres, 48,5% com idade entre 60 a 69 anos, a prevalência da polifarmácia foi 28,0%. Observou-se maior significância no sexo feminino (32,7%) e na faixa etária de 75 a 79 anos, contrapondo outros estudos que mostram maior associação na faixa etária acima de 80 anos. O consumo médio de medicamentos foi de 3,7, com valor máximo de 12 medicamentos por idoso. As classes medicamentosas mais utilizadas foram: cardiovasculares (49,2%), trato alimentar e metabolismo (18,0%) e sistema nervoso central (12,2%)⁶⁵.

Esse trabalho também demonstrou a existência de associação entre polifarmácia e estado nutricional. Apesar de resultados controversos entre polifarmácia e obesidade e entre polifarmácia e perda de peso, há maior consistência de resultados que apontam associação entre polifarmácia e obesidade. Tal associação pode ser explicada devido ao fato da obesidade ser fator de risco para ocorrência de comorbidades como diabetes e hipertensão arterial, com difícil controle da glicemia e dos níveis pressóricos, sendo, assim, torna-se necessário o uso de diversos medicamentos. Trabalhos como esse reforçam e direcionam a atenção para adoção de tratamentos não farmacológicos, visto que essas práticas são imprescindíveis para o controle glicêmico, controle dos níveis pressóricos e redução de peso. A pesquisa destaca também a importância dos profissionais de saúde serem mais enfáticos nas orientações sobre mudanças de hábitos de vida e sobre prevenção e consequências da polifarmácia⁶⁵.

A ocorrência de polifarmácia pode variar de 5 a 30%. No Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE) realizado na cidade de São Paulo, verificou-se a polifarmácia em 36% dos 1.115 idosos entrevistados no ano de 2006¹⁵. Em pesquisa realizada na cidade de Fortaleza com 697 pessoas acima de 60 anos em diferentes distritos, observou-se que 13,6% dos idosos, de um total de 228, usavam cinco ou mais medicamentos prescritos nas áreas centrais da cidade¹⁹. Silveira (2004) mostra em seu trabalho que é frequente o idoso apresentar de duas a seis receitas médicas e utilizar a automedicação com dois ou mais medicamentos. O uso de medicamentos é uma prática comum entre os idosos, tendo em vista que, neste

estudo, 72% consumiam um ou mais medicamentos e a prevalência de polifarmácia foi de 28%. Esses achados são superiores a estudos já desenvolvidos no Brasil⁶⁶.

Nosso país é considerado culturalmente como detentor de uma população que adora se automedicar, ou seja, toma desde chás até analgésicos e anti-inflamatórios disponíveis em farmácias e drogarias. É também considerado um dos maiores consumidores de ansiolíticos, em que 75% das mulheres são responsáveis por uso indiscriminado dessa classe de fármacos. Automedicação tem relação direta com o uso indiscriminado de medicamentos, inclusive os que deveriam ser vendidos apenas sob prescrição médica, isso leva a um alto índice de dependência e de intoxicações. No Brasil, mais de 30% dos casos de intoxicação são causados pelo uso de medicamentos³³.

A polifarmácia está associada ao aumento do risco e da gravidade das RAM, de precipitar IM, de causar toxicidade cumulativa, de ocasionar erros de medicação, de reduzir a adesão ao tratamento e elevar a morbimortalidade. O risco de RAM aumenta de três a quatro vezes em pacientes submetidos à polifarmácia, podendo imitar síndromes geriátricas ou precipitar quadros de confusão, incontinências e quedas. Estudos apontam que os custos anuais com consulta a especialistas, atendimento de emergência e de internação hospitalar em países desenvolvidos foram de 76,6 bilhões de dólares devido às RAM⁶⁵. No Brasil, o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) registrou, em 2005, 21.500 internações devidas a problemas associados ao uso de medicamentos, totalizando o custo aproximado de R\$8.300.000,00⁷⁷.

Além de ser comum encontrar nas prescrições IM, também são observadas dosagens inadequadas, associações e redundância – uso de fármacos pertencentes a uma mesma classe farmacológica – e medicamentos sem valor terapêutico. Em algumas prescrições para idosos não há clara correspondência entre a doença e a ação farmacológica. Esses medicamentos são prescritos equivocadamente por uma falha na formação médica que leva a uma prática insatisfatória ao prescrever, soma-se a esse fato a cultura da medicalização e o valor simbólico que o medicamento adquiriu na sociedade²⁵.

6.3 O padrão de consumo

A literatura evidencia que o padrão de consumo de medicamentos dos pacientes varia conforme a idade, o sexo, as condições de saúde e outros fatores de natureza social, econômica ou demográfica⁶².

A proporção de idosos que não usa qualquer medicação é de 4% a 10%¹¹. O número médio de produtos usados pelos idosos está entre dois e cinco⁶². A prevalência de uso de medicamentos, ajustada por idade, é maior entre as mulheres¹⁸ as quais apresentam piores estado funcional e saúde auto referidos, sintomas depressivos e hospitalizações¹⁷. A idade é uma variável preditora do uso de medicamentos, e seu efeito se produz mesmo antes dos 60 anos, pois a chance de usar medicamentos aumenta desde a quarta década de vida³.

No Brasil, estudos populacionais sobre o consumo de produtos farmacêuticos evidenciam o uso crescente com a idade, tanto em pequenos povoados do interior²⁹, como em grandes centros urbanos²⁷. O número médio de produtos consumidos oscila entre dois⁶ e 3,24⁵⁰ em grupos de idosos residentes em três bairros diferentes da cidade do Rio de Janeiro.

No grupo dos idosos, as mulheres mais velhas, com maior renda familiar e com maior número de queixas utilizam mais medicamentos prescritos. O tamanho da família e as atitudes favoráveis em relação aos serviços não médicos são variáveis predisponentes para o consumo de produtos de venda sem prescrição médica⁵⁰. Fatores sociais e psicológicos exercem impacto no padrão de uso dos medicamentos nos idosos, tais como: o fato de viver sozinho, sentimentos de solidão ou sintomas de depressão têm sido associados a um consumo aumentado⁴¹.

Como observado a polifarmácia apresenta-se com maior prevalência no sexo feminino. Tal observação é explicada pelo fato das mulheres possuírem uma maior preocupação com a sua saúde e procurar mais os serviços de saúde do que os homens, principalmente em consequência dos vários programas de saúde (pré-natal, prevenção de câncer de colo uterino e de mama) direcionados especificamente ao gênero feminino e, portanto, estão mais sujeitas a medicalização²⁵.

As classes terapêuticas mais usadas pelos idosos, nas grandes cidades, são similares. Em estudo realizado na cidade de Campinas, as classes farmacológicas

mais utilizadas foram as que agem sobre: o aparelho cardiovascular (28%); sistema nervoso central (13,6%); analgésicos e antitérmicos (10,4%); aparelho respiratório (8,4%); aparelho digestivo (8,4%); as vitaminas e os antianêmicos (5,4%)⁶.

Entre os habitantes do Município de São Paulo, quase 10% dos consumidores de psicotrópicos têm acima de 65 anos de idade⁶⁸. Almeida *et al.* (1994) aponta em seu trabalho que a maioria dos consumidores de medicamentos psicotrópicos no Rio de Janeiro são idosas jovens, divorciadas ou viúvas e com baixa renda familiar¹. Segundo Wortman *et al.* (1994) o consumo de benzodiazepínicos em Porto Alegre cresce com a idade e com a condição de viúvo ou separado⁷⁵.

Entre as classes farmacológicas mais prescritas estão os medicamentos que atuam no sistema cardiovascular, seguidos dos que atuam no sistema digestivo, metabolismo e sistema nervoso central, o que apresenta consistência com resultados encontrados em outros estudos⁶⁵. Os medicamentos para o sistema cardiovascular são os mais frequentes, pois as doenças cardiovasculares lideram as causas de morbimortalidade em indivíduos acima de 65 anos³⁹. Como os medicamentos para o sistema nervoso central, analgésicos e anti-inflamatórios são também amplamente utilizados, é importante ressaltar que o uso concomitante destas classes farmacológicas pode levar a interações medicamentosas de alto risco²⁵.

Esses achados também são coerentes com o perfil epidemiológico de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil e com a alta prevalência de fatores de risco cardiovasculares entre os idosos. Os idosos comumente apresentam queixas de insônia, ansiedade e estados de confusão mental, contribuindo para elevada prescrição de medicamentos com ação no sistema nervoso central¹⁵. O consumo de medicamentos do trato digestivo observado nessa e em outras pesquisas podem estar relacionados à necessidade de aliviar sintomas na mucosa gástrica provocados pelo uso excessivo de medicamentos, como consequência da própria polifarmácia, ou seja, um efeito rebote⁶⁵. Alguns medicamentos podem também ocasionar sintomas gástricos, como os anti-inflamatórios não esteroidais, que provocam irritação e úlcera gástrica, e os anticolinérgicos que reduzem a motilidade do trato gastrintestinal⁶⁴.

O acesso fácil às medicações e a falta de conscientização do uso de medidas não farmacológicas, podem contribuir para o aumento do consumo de medicamentos na população. Em estudo realizado na cidade de Santa Rosa, no Rio Grande do Sul, verificou-se que os medicamentos e formas de apresentação mais frequentemente relatados eram os existentes na lista de medicamentos dispensados gratuitamente na rede básica de saúde do município, que utiliza a ESF e dispõe de uma rede de atenção integral com cobertura de quase 100%.

6.4 Falhas na prescrição

Existem alguns fármacos potencialmente contraindicados para os idosos, entre os quais se pode citar: benzodiazepínicos; hipoglicemiantes orais de meia-vida longa; barbituratos de curta duração; antidepressivos com ação anticolinérgica; analgésicos opióides; associações em doses fixas de antidepressivos e antipsicóticos; a indometacina; alguns relaxantes musculares, como a orfenadrina e o carisoprodo. Estima-se que 20% a 25% dos idosos institucionalizados recebam, pelo menos, uma prescrição irracional das classes supracitadas e o quadro é similar entre idosos não institucionalizados. Resultados de um inquérito populacional norte-americano, com mais de seis mil idosos, mostram que 23,5% com 65 anos de idade, ou mais, não asilados, recebem pelo menos um fármaco contraindicado⁷¹. A aplicação dos mesmos critérios para uma amostra de residentes na Califórnia, Estados Unidos, evidencia 14% deles em uso de medicamentos impróprios, sendo os mais comuns os benzodiazepínicos de ação prolongada, amitriptilina e clorpropamida⁶². Os sintomas depressivos aumentam mais que duas vezes a probabilidade de usar medicação inadequada⁶⁷.

Em estudo realizado em 33 clínicas geriátricas suecas no qual se comparou adesão a protocolos e recebimento de medicamentos contraindicados, foram obtidos os seguintes resultados: 532 residentes nas clínicas geriátricas receberam prescrição de neurolépticos sem terem registros médicos de distúrbios psicóticos, enquanto 16 sem prescrição de neurolépticos eram portadores de tais distúrbios. Da mesma forma, 367 residentes nas clínicas geriátricas receberam prescrição de antidepressivos sem registro de diagnóstico de depressão, e 26 sem prescrição de antidepressivos apresentavam diagnóstico de distúrbios depressivos⁶³.

No Brasil, é possível descrever o uso inadequado de medicamentos entre as idosas acima de 60 anos participantes de um centro de convivência com atividades culturais, de ensino e assistência, situado no Rio de Janeiro. Entre as 634 entrevistadas, 38% usavam cinco ou mais medicamentos; 16% eram candidatas às consequências das interações medicamentosas e 14% faziam uso redundante (em geral, anti-inflamatórios não esteroides)⁶². Esse estudo teve como base a aplicação de questionário, coleta de informações e classificação dos medicamentos como duvidosos, inaceitáveis e aceitáveis. Durante a análise qualitativa do consumo individual dos medicamentos foram observadas as redundâncias e as interações medicamentosas⁵¹. Mosegui et al (1999) evidencia em seu trabalho que 17% dos medicamentos consumidos são contraindicados para os idosos, apesar de quase 90% do total terem sido prescritos por médicos⁵¹. Huf et al. (2000) apontam em seu trabalho que a prevalência de uso diário de benzodiazepínicos por 12 meses ou mais (prática sabidamente questionável) é de 7,4% e cerca de um quinto das usuárias consome produtos de meia-vida longa. O que se observa nesses casos é que há uma discordância entre o diagnóstico e a farmacoterapia e propicia o fenômeno da medicalização e polifarmácia³¹.

6.5 Reações adversas a medicamentos (RAM)

A RAM é a resposta a um medicamento que seja prejudicial, não intencional e que ocorre em doses normalmente utilizadas no ser humano⁷⁴. Em idosos as RAM representam um importante problema de saúde pública, cuja relação de risco é bem estabelecida²⁴. Quando se compara o risco de hospitalizações decorrentes de RAM observa-se uma taxa risco sete vezes maior em idosos e quatro vezes maior em jovens^{4 3}. A idade avançada por si só não representa um fator de risco, mas um indicador para comorbidade, pois nesse grupo as funções renal e hepáticas alteradas e a polifarmácia são as variáveis mais diretamente associadas as RAM⁶⁴.

As alterações das funções renal e hepática afetam a farmacocinética dos fármacos e a concentração em seus sítios de ação, e as de caráter farmacodinâmico se associam às diferenças de resposta do organismo a uma determinada concentração do princípio ativo. O processo de envelhecimento explica os fenômenos apontados, pois, nos idosos, há uma diminuição da massa muscular e da água corporal, com possível alteração da biodisponibilidade de alguns fármacos; a filtração e a excreção

renal, assim como o metabolismo hepático e mecanismos homeostáticos, podem ficar comprometidos, o que pode acarretar obstáculos à eliminação de metabólitos e gerara reações adversas⁵¹.

De modo geral, as RAM são associadas a desfechos negativos da terapia. Elas podem influenciar a relação médico-paciente, uma vez que a confiança no profissional pode ser abalada. Em muitos casos o tratamento da RAM inclui a inclusão de novos medicamentos a terapêutica, elevando o risco da cascata iatrogênica. O ideal, quando possível, é realizar a suspensão ou redução da dose do medicamento⁶⁴.

6.6 Interações medicamentosas (IM)

Uma interação medicamentosa (IM) ocorre quando os efeitos e/ou a toxicidade de um fármaco são alterados pela presença de outro, podendo ser benéfica (aumento da eficácia) ou maléfica (diminuição da eficácia e/ou gerar toxicidade). As interações podem ser do tipo: farmacocinéticas (alterações na absorção, distribuição, metabolismo e excreção) ou farmacodinâmicas (sinergismo ou antagonismo da ação)⁴⁴.

Estima-se que o risco de apresentar IM seja de 13% para idosos que usam dois medicamentos e 58% para aqueles que recebem cinco medicamentos. Nos casos em que o uso desses agentes é igual ou superior a sete, a incidência eleva-se para 82%⁶⁴. Segundo Hammes *et al* (2008), a ocorrência da polifarmácia é um dos fatores que potencializam interações medicamentosas³⁰. Estima-se que o risco de interações eleva-se a aproximadamente 100% a partir de oito medicamentos por prescrição².

Muitos medicamentos comumente usados por idosos como, anti-inflamatórios não esteroidais (AINE), betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), diuréticos, digoxina, medicamentos utilizados no tratamento de dislipidemiae depressores do sistema nervoso central potencialmente interagem. Há, ainda, os indutores enzimáticos como fenitoina e carbamazepina e inibidores enzimáticos como, cimetidina e omeprazol que, frequentemente, encontram-se envolvidos nas IM, que ameaçam a saúde do idoso. A amiodarona e a digoxina usadas por muitos idosos que apresentam doenças cardiovasculares podem levar a

IM graves devido a cardiotoxicidade e intoxicação digitálica. Muitas das IM podem resultar em morte, hospitalização, sequelas permanentes do paciente ou insucesso terapêutico. Há também IM que não causam dano aparente no idoso, porém o impacto é silencioso, tardio e, às vezes, irreversível⁶⁴.

Um estudo realizado na Unidade de Internação de Geriatria do Hospital Israelita Albert Einstein em São Paulo mostrou que 61,8% dos idosos apresentaram pelo menos uma RAM, sendo que 15% foram relacionadas à IM potenciais³⁶. Muitas vezes se observa que a média de medicamentos prescritos na alta do paciente é maior do que na admissão¹⁵, tal fato demonstra que nem sempre o idoso no domicílio é menos susceptível às IM²³. Além disso, muitos profissionais médicos imaginam as RAM e IM em termos de desfechos catastróficos como arritmias, convulsões e morte. No dia-a-dia, as consequências desses eventos como tontura, sedação, hipotensão postural, quedas, confusão são frequentes em idosos e aparentemente menos danosas, mas podem aumentar o perfil de morbimortalidade⁶⁴.

A prevalência de interações aumenta exponencialmente com o número de medicamentos prescritos. Em um trabalho desenvolvido no Serviço de Farmácia de um hospital de referência em oncologia em Belém no Pará foi realizada análise de 1550 prescrições em que foram encontradas 447 interações medicamentosas em 77,5% dessas. A média dos esquemas terapêuticos com possível interação medicamentosa foi de 19 esquemas. Nesse trabalho os esquemas terapêuticos com potenciais interações mais observados foram: opióides com antiulcerosos; opióides com analgésicos não opióides; cefalosporínicos com antiulcerosos; opióides com antidepressivos tricíclicos e opióides com antipsicóticos. Os antiulcerosos, ranitidina e omeprazol, são inibidores do sistema enzimático dos opióides, em razão disso causam o aumento da biodisponibilidade e da toxicidade. Nesse caso a morfina, um opióide, pode ocasionar RAM com presença de depressão respiratória significativa. O mesmo é observado na interação entre antidepressivos tricíclicos e morfina. Os tricíclicos aumentam a biodisponibilidade da morfina, podendo acarretar aumento na toxicidade, através da inibição do metabolismo pelo antidepressivo, favorecimento da potencialização do efeito do opióide e aumento do risco de depressão respiratória. A interação entre opióides e antidepressivos tricíclicos, tais como codeína com amitriptilina, promove a diminuição no efeito analgésico da codeína⁴⁴.

Apesar do difícil estabelecimento de relação causal, é possível prever algumas IM. Deste modo, é fundamental que os profissionais conheçam os medicamentos com potenciais interações, no intuito de prevenir eventos adversos decorrentes da combinação terapêutica⁶⁴.

No entanto, as peculiaridades das enfermidades crônico-degenerativas favorecem a prescrição e o uso de múltiplos medicamentos e, em consequência, risco aumentado das interações ou dos efeitos indesejáveis aos quais podem estar associados gastos desnecessários e internações hospitalares que poderiam ter sido evitadas. O emprego de um arsenal terapêutico por idosos apresenta uma linha tênue entre o benefício e o risco, ou seja, ajuda a estender a longevidade, mas pode afetar negativamente a sua qualidade de vida. Logo, o problema não pode ser atribuído ao consumo de medicamentos, e sim à irracionalidade da prescrição e uso, que expõe os idosos a riscos potenciais¹⁰.

6.7 Medidas para redução da polifarmácia

O uso de múltiplos medicamentos por idosos e população em geral gera preocupação quanto aos gastos excessivos e aos possíveis efeitos indesejáveis⁶¹. Rozenfeld (2003) em seu trabalho sugere medidas importantes a serem seguidas diante do paciente com polifarmácia, a saber: estímulo ao emprego de medidas não farmacológicas; acompanhamento, com revisão periódica do conjunto dos medicamentos e de seus possíveis efeitos adversos; preferência por monodrogas, em detrimento das associações em doses fixas; preferência por fármacos de eficácia comprovada através de evidências científicas; suspensão do uso, sempre que possível; verificação da compreensão da prescrição e das orientações farmacológicas ou não farmacológicas; simplificação dos esquemas de administração; atenção aos preços dos medicamentos⁶².

Ainda é importante criar mecanismos que permitem ao prescritor acompanhar e interpretar a literatura médica, bem como prescrever com base em evidências epidemiológicas consistentes. Conhecer o perfil dos usuários segundo as diferentes realidades sociais, geográficas e sanitárias; avaliar a qualidade do conjunto dos produtos consumidos e, ao mesmo tempo, identificar os principais fatores que predispõem o uso irracional. Dessa forma, poderemos propor estratégias de correção, sejam elas na forma de programas educativos para profissionais de saúde

ou para leigos, e ainda como sugestões para regulamentação, controle de qualidade e fiscalização de fabricantes e de produtos⁶².

O processo de acompanhamento farmacoterapêutico do paciente idoso é fundamental para a promoção do uso racional de medicamentos. Tal atividade contribui no processo educativo dos usuários acerca da automedicação, da interrupção e da troca do tratamento prescrito, bem como a necessidade da prescrição médica; por meio de uma avaliação dos medicamentos empregados pelos idosos quanto à complexidade de regime posológico, custo e aderência ao tratamento²⁵.

7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O problema da polifarmácia, na área de abrangência da equipe de ESF em que atuo, é rotineiro. Em torno de 33% dos pacientes que procuram a unidade para consulta médica ou para renovação de prescrição têm o hábito de fazer uso de cinco ou mais medicamentos por dia. Na maioria das situações alguns medicamentos utilizados são totalmente desnecessários.

Dessa forma, junto com a equipe de ESF Altinópolis III, elaboramos uma campanha que tem como objetivo a conscientização e avaliação das necessidades e riscos do uso de medicamentos por parte da população. A campanha terá início com a realização de reuniões de equipe para identificação e cadastro dos pacientes com polifarmácia, em seguida serão realizadas reuniões de grupo com a equipe e população cadastrada para alerta sobre polifarmácia e automedicação e em um terceiro momento será realizada consulta médica para abordagem individual dos pacientes com polifarmácia. Panfletos explicativos para orientar sobre polifarmácia, intoxicação medicamentosa e automedicação com objetivo de promover o uso correto e seguro de medicamentos foram construídos para facilitar a compreensão da população (Anexos I e II). As reuniões com a equipe de saúde e a população poderão usar dinâmicas reflexivas, objetivando as mudanças de hábitos. Haverá monitoramento das ações durante todo o processo de intervenção.

No quadro abaixo (Quadro 02) estão identificados os nós críticos encontrados pela equipe e o desenho de operações para enfrentar o problema da polifarmácia.

Quadro 02 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema polifarmácia

Nós críticos do problema	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Desconhece o motivo do uso do medicamento	Explicar a necessidade do uso do medicamento e avaliar se há indicação para uso	Redução no número de medicamentos de uso contínuo e melhor adesão ao tratamento	Campanha de conscientização e avaliação das necessidades e riscos do uso de medicamentos	Financeiro: recursos para elaboração de material de campanha (panfletos informativos) Organizacional: Incentivo e empenho da

Quadro 02 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema polifarmácia (continuação)

Nós críticos do problema	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Uso de medicamento sem indicação necessária	Explicar a necessidade do uso do medicamento e avaliar se há indicação para uso	Redução no número de medicamentos de uso contínuo e melhor adesão ao tratamento		equipe na implantação da campanha. Capacitação da equipe. Organização da agenda. Identificação dos pacientes com polifarmácia
Falta de acompanhamento médico com o prescritor inicial	Revisar prescrições e avaliar se há indicação para uso	Redução no número de medicamentos de uso contínuo e melhor adesão ao tratamento		Cognitivo: informação e estratégias para abordagem coletiva e individual dos pacientes
Resistência à abordagem médica para tratamento não medicamentoso	Fazer com que o paciente compreenda que existem outras formas de tratamento além do medicamentoso e oferecer esses outros tipos de abordagens	Redução no número de medicamentos de uso contínuo, melhor adesão ao tratamento e qualidade de vida para o paciente		Político: Mobilização social para melhor adesão dos pacientes a campanha
Automedicação	Explicar os riscos do uso de medicamentos sem a devida prescrição médica. A necessidade do uso do medicamento, avaliar se há indicação para uso e informar ao paciente os riscos que corre com uso de medicamento contraindicado	Redução no número de medicamentos de uso contínuo, qualidade de vida para o paciente e maior segurança.		
Desperdício	Explicar a	Redução no		

Quadro 02 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema polifarmácia (continuação)

Nós críticos do problema	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
causado pelo uso indevido e/ou contraindicado	necessidade do uso do medicamentos e revisar prescrições	número de medicamentos de uso contínuo e economia para o estado com menor dispensação de medicamentos		

No Quadro 03 estão expostos os recursos críticos necessários para o desenvolvimento da campanha.

Quadro 03 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema polifarmácia

Operação/ Projeto	
Campanha de conscientização e avaliação das necessidades e riscos do uso de medicamentos	Financeiro: requisição de recursos para elaboração de cartazes e folders
	Organizacional: mobilização social sobre questões dos riscos do uso de medicamentos
	Político: articulação para adesão de profissionais da equipe

No Quadro 04 estão expostos as ações e os atores envolvidos em cada uma delas.

Quadro 04 - Propostas de ações para a motivação dos atores

Operações/ Projetos	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos/ Ator que controla	Controle dos Recursos Críticos/ Motivação	Ações estratégicas
Campanha de conscientização e avaliação das	Financeiro: requisição de recursos para	Secretário de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto da campanha

Quadro 04 - Propostas de ações para a motivação dos atores (continuação)

Operações/ Projetos	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos/ Ator que controla	Controle dos Recursos Críticos/ Motivação	Ações estratégicas
necessidades e riscos do uso de medicamento	elaboração de cartazes e folders			
	Organizacional: mobilização social sobre questões dos riscos do uso de medicamentos.	Equipe de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto da campanha
	Político: articulação para adesão de profissionais da equipe.	Médico e Enfermeiro da equipe	Favorável	Apresentar o projeto da campanha

No Quadro 05 está o Plano operativo e no Quadro 06 a planilha para o acompanhamento do projeto.

Quadro 05 - Plano Operativo

Operações	Resultados	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Campanha de conscientização e avaliação das necessidades e riscos do uso de medicamentos	Redução no número de medicamentos de uso contínuo Melhor adesão ao tratamento Maior segurança para o paciente Maior qualidade de vida para o paciente Economia para o estado com menor dispensação de medicamentos	Apresentar o projeto da campanha	Médico da equipe	Início em 01 mês Duração 04 meses Avaliação dos resultados após 04 meses

Por fim, no Quadro 06 há uma planilha para acompanhamento de todas as ações do projeto. A principal operação é a realização da campanha de conscientização e avaliação das necessidades e riscos do uso de medicamentos que tem como coordenador o médico da equipe de saúde. Esse projeto será avaliado no prazo de 5 meses após o início dele.

Quadro 06 - Planilha para acompanhamento de projeto

Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Campanha de conscientização e avaliação das necessidades e riscos do uso de medicamentos	Médico da Equipe	05 meses	Em implantação		

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como podemos perceber, Governador Valadares não é uma cidade muito diferente das demais cidades do país. Da mesma maneira, os habitantes do Bairro Altinópolis também possuem características próprias de seu território como também possuem características semelhantes ao resto da população brasileira. E não seria diferente ao analisarmos os problemas de saúde que essa população apresenta.

A polifarmácia é um problema frequente em muitos pacientes desse território. Isso se deve muito em parte ao fenômeno da medicalização que já se encontra arraigado em nossa cultura. A visão objetiva do modelo biomédico transforma e reduz a consulta médica em momento de exclusiva prescrição de medicamentos. Dessa forma, com o passar do tempo, o paciente adiciona um novo medicamento a seu cotidiano. Impulsionado pelas propagandas da indústria farmacêutica que prometem insumos milagrosos, o paciente faz uso de múltiplos medicamentos concomitantemente, sem consciência crítica sobre os reais danos ou benefícios a saúde.

Os benefícios de uma prescrição criteriosa para o paciente são inquestionáveis. Evitar reações adversas, interações medicamentosas e até mesmo o uso indevido ou desnecessário de um fármaco gera um impacto socioeconômico enorme na vida dos pacientes. É papel fundamental da equipe de saúde monitorar, alertar e orientar os pacientes que possuem prescrições de vários medicamentos que possam vir a comprometer a qualidade de vida dos pacientes.

9 REFERÊNCIAS

- 1 ALMEIDA, L. M.; COUTINHO, E. S. F. & PEPE, V. L. E., 1994. Consumo de psicofármacos em uma Região Administrativa do Rio de Janeiro: A Ilha do Governador. *Cadernos de Saúde Pública*, 10:5-16.
- 2 BARBOSA, JAA; BELÉM, LF; SETTE, IMF; CARMO, ES; PEREIRA, GJS; SILVA JÚNIOR, ED. Farmacoterapia adjuvante no tratamento da dor oncológica. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2008; 21 (2): 112-120
- 3 BARDEL, A.; WALLANDER, M. & SVÄRDSUDD, K., 2000. Reported current use of prescription drugs and some of its determinants among 35 to 65- year-old women in mid-Sweden: A populationbased study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53:637-643.
- 4 BARRETO ABR et al. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. *Com. Ciências Saúde*, v. 24, n. 4, 375-384, 2013.
- 5 BARROS JAC. Refletindo sobre a inovação farmacêutica e seus impactos no acesso aos medicamentos. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* 2011; 18:955-9
- 6 BARROS, J. A. C. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. *Rev. Saúde públ., S. Paulo*, 17:377-86, 1983.
- 7 BARROS, José Augusto Cabral de. Nuevas tendencias de la medicalización. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, supl.,p.579-587. 2008a.
- 8 BARROS, José Augusto Cabral de. Os fármacos na atualidade: antigos e novos desafios. Brasília: Editora da Anvisa. 2008b.
- 9 BARROS, José Augusto Cabral de. Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde? Brasília: Unesco; Editora da Anvisa. 2004.
- 10 BEERS MH. Aging as a risk factor for medicationrelated problems. *The Consultant Pharmacist (Norfolk)* 1999; 14(12):1334-1341.
- 11 BERNSTEIN, L. R.; FOLKMAN, S. & LAZARUS, R. S., 1989. Characterization of the use and misuse of medications by an elderly, ambulatory population. *Medical Care*, 27:654-663.

- 12 BERTOLDI AD, BARROS AJD, HALLAL PC, LIMA RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. Rev Saúde Pública 2004; 38:228-38.
- 13 CAMARANO, ANA AMÉLIA; KANSO, SOLANGE. Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados. Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2009.
- 14 CAMPOS, FRANCISCO CARLOS CARDOSO DE; FARIA, HORÁCIO PEREIRA DE; SANTOS, MAX ANDRÉ DOS. Elaboração do plano de ação. In: CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : il.
- 15 CARVALHO MFC. A polifarmácia em idosos do Município de São Paulo: Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo; 2007.
- 16 CASSIANI AHB. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. Rev Bras Enferm 2005; 58(1): 95-9.
- 17 CHRISCHILLES, E. A.; FOLEY, D. J.; WALLACE, R. B.; LEMCKE, J. H.; SEMLA, T. P.; HANLON, J. T.; GLYNN, R. J.; OSTFELD, A. M. & GURALNIK, J. M., 1992. Use of medications by persons 65 and over: Data from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. Journal of Gerontology Medical Sciences, 47:M137-M144.
- 18 CHRISCHILLES, E. A.; LEMKE, J. H.; WALLACE, R. B. & DRUBE, G. A., 1990. Prevalence and characteristics of multiple analgesic drug use in an elderly study group. Journal of the American Geriatrics Society, 38:979-984.
- 19 COELHO JM, MARCOPITO LF, CASTELO A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Noroeste do Brasil. Ver Saúde Pública 2004; 38:557-64.
- 20 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Atos Normativos. Resoluções. 2014. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao333.htm>. Acesso em: 23 de mai. 2014.

21 DELAFUENTE JC. Undersdending and preventing drug interactions in elderly patients. Crit Rev Oncol Hematol. 2003; 48(2): 133

22 DO CENTRO UNIVERSITÁRIO, I. M. E. S.; SÃO CAETANO DO SUL, S. P. O medicamento controlado na mídia de massa. Propaganda ou Informação?.

23 EGGER SS, DREWE J, SCHLIENGER RG. Potential drug-drug interactions in the medication of medical patients at hospital discharge. Eur J Clin Pharmacol 2003; 58(11): 773-8.

24 FIELD TS, MAZOR KM, BRIESACHER B, DEBELLIS KR, GURWITZ JH. Adverse drug events resulting from patient errors in older adults. J Am Geriatr Soc 2007; 55(2): 271-6.

25 FLORES VB, BENVEGNÚ LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 24:1439-46.

26 FONSECA JE, CARMO TA. O idoso e os medicamentos. Saúde em Revista 2000; 2(4):35-41.

27 FRANCO, R. C. S.; CARVALHO NETO, J. A.; KHOURI, M. A.; NUNES, M. O.; SANTOS Jr., J. W.; MARQUES NETO, J.; SANTANA, V. S. & ALMEIDA FILHO, N. M., 1986/1987. Consumo de medicamentos em grupo populacional da área urbana de Salvador-BA. Revista Baiana de Saúde Pública, 13/14:113-121.

28 GUIAMAI.COM. HOSPITAIS. GOVERNADOR VALADARES. 2015. Disponível em: <<http://www.guiamais.com.br/busca/hospitais-governador+valadares-mg>>. Acesso em: 27 de jan. 2015.

29 HAAK, H., 1989. Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia. Revista de Saúde Pública, 23:143-151.

30 HAMMES, JÁ; PFUETZENREITER, F; DA SILVEIRA, F; KOENIG, A; WESTPHAL, GA. Prevalência de potenciais interações medicamentosas droga-

droga em unidades de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2008; 20(4): 349-354

31 HUF, G.; LOPES, C. S. & ROZENFELD, S., 2000. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. Cadernos de Saúde Pública, 16:351-362.

32 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Minas Gerais - Governador Valadares - Infográficos: Dados gerais do município. IBGE @ cidades. 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=312770>>. Acesso em: 18 de mai. 2014.

33 JESUS, R. C. de. Qual o papel das palavras na propaganda de medicamentos? Revista Acadêmica de Grupo Comunicacional de São Bernardo, São Paulo, v. 1, n. 2, 2004.

34 KUSANO LTE. Prevalência da polifarmácia em idosos com demência [dissertação]. Brasília: Faculdade de Ciências Médicas-Universidade de Brasília. FCM/UnB, 2009.

35 LAUKKANEN, P.; HEIKKINEN, E.; KAUPPINEN, M. & KALLINEN, M., 1992. Use of drugs by non-institutionalized urban Finns born in 1904-1923 and the association of drug use with mood and self-rated health. Age and Ageing, 21:343-352.

36 LOCATELLI, J. Interações medicamentosas em idosos hospitalizados. Einstein. 2007; 5(4):343-346

37 LOPES, RUTH G.DA COSTA. Saúde na Velhice . as interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento. São Paulo: EDUC, 2000.

38 LOYOLA FILHO AI, UCHOA E, LIMA-COSTA MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública 2006; 22:2657-67.

39 LOYOLA FILHO AI, UCHOA E. Automedicação: motivações e características de sua prática. Rev Méd Minas Gerais 2002; 12:219-227.

- 40 LUCCHESI AD, MARÇAL BF, ARAÚJO GF, ULIANA LZ, ROCHA MRG, PINTO TJA. Monitoração de propaganda e publicidade de medicamentos: âmbito de São Paulo. Rev Bras Cienc Farm 2005; 41(3):346-349.
- 41 LYRA JR, DIVALDO PEREIRA de et al . Influência da propaganda na utilização de medicamentos em um grupo de idosos atendidos em uma unidade básica de saúde em Aracaju (SE, Brasil). Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 3, Nov. 2010 .
- 42 MASSERA APD, CAMARGO JAS, SILVA LRFJ. O controle do comportamento privado para fins públicos: a monitoração de propaganda de medicamentos no Brasil [monografia]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2002.
- 43 MCLEAN AJ, LE COUTEUR DG. Aging biology and geriatric clinical pharmacology. Pharmacol Rev 2004; 56(2) :163-84.
- 44 MELGAÇO TB, CARRER A JS, NASCIMENTO DEB, MAIA CSF. Polifarmácia e ocorrências de possíveis interações medicamentosas. Rev Paraense Med 2011;25(1).
- 45 MINAYO MCS, COIMBRA JR CEA. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: Minayo MCS, Coimbra Jr CEA, organizadores. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 11-24.
- 46 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Ideb e seus componentes: Governador Valadares. Portal do Ideb. 2014. Disponível em: <<http://www.portalideb.com.br/cidade/1425-governador-valadares/ideb>>. Acesso em: 22 de mai. 2014.
- 47 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estabelecimento de Saúde. CNES Net. 2014. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=3127703127705&VEstado=31&VCodMunicipio=312770>. Acesso em: 22 de mai. 2104.
- 48 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundo Nacional de Saúde. Fundo Nacional de Saúde. 2011. Disponível em: < www.fns.saude.gov.br > Acesso em: 23 de mai. 2014.

- 49 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota técnica do DAB. DATASUS. 2014. Disponível em: <<http://dab2.saude.gov.br/dab/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em: 22 de mai. 2014.
- 50 MIRALLES, M. A., 1992. Access to Care and Medication Use Among the Ambulatory Elderly in Rio de Janeiro, Brazil. Ph.D. Thesis, Gainesville: University of Florida.
- 51 MOSEGUI GB, ROZENFELD S, VERAS RP. VIANNA CM. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. Rev Saúde Pública 1999; 33:437-44.
- 52 NASCIMENTO AC, SAYD JD. "Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado." Isto é regulação? Rev Saude Colet 2005;15(2):67-75.
- 53 NÓBREGA OT, KARNIKOWSKI MGO. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. Cad Saude Col 2005; 10(2):309-313.
- 54 PASSARELLI, MC, JACOB-FILHO W, FIGUERAS A. Adverse drug reactions in elderly hospitalised population – inappropriate prescription is a leading cause. Drugs Aging 2005; 22: 767-77.
- 55 PINHEIRO ES. A indústria farmacêutica transnacional e o mercado brasileiro. In: Bonfim JRA, Bermudez JAZ, organizadores. Medicamentos e a reforma do setor saúde. São Paulo: Hucitec, Sobravime; 1999. p. 165-178.
- 56 PREFEITURA DE GOVERNADOR VALADARES. Sala do Estudante. História de Governador Valadares. 2014. Disponível em: <http://www.valadares.mg.gov.br/current/portal/historia_de_governador_valadares>. Acesso em: 21 de mai. 2014.
- 57 PREFEITURA DE GOVERNADOR VALADARES. Secretaria Municipal de Saúde. Portal da Transparência Prefeitura Municipal de Governador Valadares. 2014. Disponível em: <http://transparencia.valadares.mg.gov.br/Materia_especifica/6527/Secretaria-Municipal-de-Saude---SMS>. Acesso em: 21 de mai. 2014.

- 58 PRYBYS KM, MELVILLE K, HANNA J, GEE A, CHYKA P. Polypharmacy in the elderly: clinical challenges in emergency practice: part 1 overview, etiology, and drug interactions. *Emerg Med Rep* 2002; 23(8) :145-53.
- 59 PSATY, B. M.; LEE, M.; SAVAGE, P. J.; RUTAN, G. H.; GERMAN, P. S. & LYLES, M., 1992. Assessing the use of medications in the elderly: Methods and initial experience in the cardiovascular health study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45:683- 692.
- 60 PSATY, B. M.; SAVAGE, P. J.; TELL, G. S.; POLAK, J. F.; HIRSCH, C. H.; GARDIN, J. M. & McDONALD, R. H.,1993. Temporal patterns of antihypertensive medication use among elderly patients. *The Cardiovascular Health Study. JAMA*, 270:1837-1841.
- 61 REVISTA SAÚDE AGORA. Propaganda de medicamentos versus responsabilidade social da indústria farmacêutica.
- 62 ROZENFELD, SUELY. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, June 2003 .
- 63 SCHMIDT MI, DUNCAN BB, SILVA GA, MENEZES AM, MONTEIRO CA, BARRETO SM et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. In: Victora CG et al. *Saúde no Brasil: a série The Lancet*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 61-74.
- 64 SECOLI, SILVIA REGINA. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 63, n. 1, Feb. 2010.
- 65 SILVEIRA, ERIKA APARECIDA; DALASTRA, LUANA; PAGOTTO, VALÉRIA. Polifarmácia, doenças crônicas e marcadores nutricionais em idosos. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo , v. 17, n. 4, Dec. 2014 .
- 66 STEINBROOK, R., 2002. The prescription-drug problem. *New England Journal of Medicine*, 346:790.

- 67 STUCK, A. E.; BEERS, M. H.; STEINER, A.; ARONOW, H.; RUBENSTEIN, L. Z. & BECK, J. C., 1994. Inappropriate medication use in community-residing older persons. *Archives of Internal Medicine*, 154: 2195-2200.
- 68 TANCREDI, F. B., 1979. Aspectos Epidemiológicos do Consumo de Medicamentos Psicotrópicos pela População de Adultos do Distrito de São Paulo. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- 69 TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS. FISCALIZANDO COM O TCE. GOVERNADOR VALADARES. 2013. SAÚDE. 2015. Disponível em: <http://www.tce.mg.gov.br/index.asp?cod_secao=1L&tipo=2&url=Fiscalizando_TCE_New/index.asp&cod_secao_menu=3>. Acesso em: 27 de jan. de 2015.
- 70 VERAS RP. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:705-15.
- 71 WILLCOX, S. M.; HIMMELSTEIN, D. U. & WOOLHANDLER, S., 1994. Inappropriate drug prescribing for the community-dwelling elderly. *JAMA*, 272: 292-296.
- 72 WILLIAMS C. Using medications appropriately in older adults. *Am Fam Physician* 2002; 66(10): 1917- 24.
- 73 WOODWARD MC. Deprescribing: achieving better health outcomes for older people through reducing medications. *J Pharm Pract Res* 2003; 33:323-8.
- 74 WORLD HEALTH ORGANIZATION. International drug monitoring: the role of national centers. Geneva, 1972 [WHO technical Report Series, 498].
- 75 WORTMANN, A. C.; GRÜDTNER, M. C.; FIALHO, A. F.; JARDIM NETO, J. C.; SCHAEFER, L. G.; SEHN, F.; PECHANSKY, F. & SOIBELMAN, M., 1994. Consumo de benzodiazepínicos em Porto Alegre. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 40:265-270.
- 76 PEREIRA, B. Fundos Municipais de Saúde e a Lei complementar 141 – Considerações. Disponível em:

<<http://www.ufjf.br/polosus/files/2013/11/FundosMunicipaisdeSaude>>. Acesso em 27 jul, 2015.

77 BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Diretrizes Nacionais para a Vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos sob Vigilância Sanitária. Disponível em: <<http://s.anvisa.gov.br/wps/s/r/XD>>. Acesso em: 24 jul, 2015.

78 DEEPASK. Disponível em: <<http://www.deepask.com/goes?page=governador-valadares/MG-Confira-a-taxa-de-analfabetismo-no-seu-municipio>>. Acesso em: 14 de agosto de 2015.

79 ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E EMPRESARIAL DE JUIZ DE FORA, Plugin.web. Disponível em: <<http://www.acejf.com.br/noticias/desemprego-caiu-pela-metade-em-minas>>. Acesso em: 14 de agosto de 2015.

80 PAULO, L.G. & ZANINE A. C. Automedicação no Brasil. Rev. Ass. Med. Bras., 34: 69-75, 1988.

81 IVANNISSEVICH, A. Os perigos da automedicação. Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 23, jan., 1994.


82 KURITA, GEANA PAULA; PIMENTA, CIBELE ANDRUCIOLI DE MATTOS. Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 38, n. 3, p. 254-261, Sept. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342004000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 de agosto de 2015.

ANEXO I – Panfleto informativo sobre Polifarmácia


Polifarmácia

Você sabe o que é?


POLIFARMÁCIA, também chamada de POLIMEDICAÇÃO, é a administração de vários medicamentos diferentes ao mesmo tempo e em tratamento prolongado a um paciente. A polimedicação ocorre quando o número de medicamentos diferentes que o paciente toma diariamente é superior a cinco. Muitas vezes, esse medicamentos são desnecessários para o paciente.



POLIFARMÁCIA



REALIZAÇÃO



PREFEITURA
GOVERNADOR VALADARES


Secretaria de Saúde de Governador Valadares
Estratégia de Saúde da Família
Altinópolis 3

ANEXO II - Panfleto informativo sobre Automedicação, Intoxicação medicamentosa e Polifarmácia

Automedicação

O que é?

É o uso de medicamentos por conta própria ou indicação de pessoas que não são da área de saúde, para o tratamento de doenças cujos sintomas são “percebidos” pelo paciente. Apesar de ser mais frequente entre as mulheres, também é uma prática comum entre os homens e observada em todas as classes sociais.

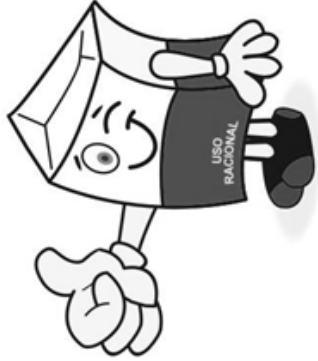


Intoxicação Medicamentosa

Você sabia?

Você sabia que os medicamentos lideram a lista dos principais agentes tóxicos com 30,5% das ocorrências por intoxicação. As intoxicações mais recorrentes se devem aos medicamentos de receita azul (benzodiazepínicos), antidepressivos, anticonvulsivantes e analgésicos/anti-inflamatórios.

Por isso, é importante o consumo de medicamentos somente quando necessário.



A **automedicação** contribui para o aumento do consumo de medicamentos e consequentemente para a **polifarmácia**. O excesso no consumo de medicamentos também contribui para a ocorrência da **intoxicação medicamentosa**

Evite a polifarmácia

- Não use medicamentos por conta própria;
- Não use medicamentos indicados por parentes e vizinhos;
- Se surgir alguma dúvida quanto ao consumo de medicamentos, procure um profissional de saúde;
- Faça acompanhamento regularmente com seu médico e tire suas dúvidas;
- Siga a receita médica corretamente;
- Pratique exercícios físicos diariamente;
- Procure dormir em ambiente tranquilo e sempre no mesmo horário;
- Tenha bons hábitos alimentares, dando preferência a frutas, legumes e verduras.