

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

THAÍS DE ABREU MOREIRA

USO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE EM MINAS GERAIS, BRASIL

Belo Horizonte
2019

THAÍS DE ABREU MOREIRA

USO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE EM MINAS GERAIS, BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, com área de Concentração em Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Francisco de Assis Acurcio
Coorientadora: Prof^a. Dra. Juliana Alvares Teodoro

Belo Horizonte

2019

M838u Moreira, Thais de Abreu.
Uso de medicamentos na atenção primária do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil [manuscrito]: subtítulo. / Thais de Abreu Moreira. - - Belo Horizonte: 2019.
113f.: il.
Orientador (a): Francisco de Assis Acurcio.
Coorientador (a): Juliana Alvares Teodoro.
Área de concentração: Epidemiologia.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Uso de Medicamentos. 2. Farmacoepidemiologia. 3. Polimedicação. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Saúde Pública. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Acurcio, Francisco de Assis. II. Teodoro, Juliana Alvares. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WB 330

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora

Prof.^a Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor

Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitor de Pós-graduação

Prof. Fábio Alves da Silva Júnior

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Mario Fernando Montenegro Campos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Humberto José Alves

Chefe de Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Thomáz G. da Matta Machado

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof.^a Eli Iola Gurgel Andrade

Subcoordenadora

Prof.^a Luana Giatti Gonçalves

Colegiado

Prof.^a Eli Iola Gurgel Andrade – Titular

Prof.^a Luana Giatti Gonçalves – Titular

Prof.^a Sandhi Maria Barreto – Titular

Prof.^a Waleska Teixeira Caiaffa – Titular

Prof.^a Mariângela Leal Cherchiglia – Titular

Prof.^a Ada Ávila Assunção – Titular

Nathália Pacifico de Carvalho (Representante discente – Titular)

Thais Piazza de Melo (Representante discente – Suplente)



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA THAIS DE ABREU MOREIRA

Realizou-se, no dia 18 de fevereiro de 2019, às 09:00 horas, Sala 526, Faculdade de Medicina, Av. Alfredo Balena 190, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada "*Uso de medicamentos na atenção primária do sistema único de saúde em Minas Gerais, Brasil*", apresentada por THAIS DE ABREU MOREIRA, número de registro 2017655664, graduada no curso de ENFERMAGEM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Francisco de Assis Acurcio - Orientador (UFMG), Prof(a). Juliana Alvares Teodoro - Coorientadora (UFMG), Prof(a). Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento (UFOP), Prof(a). Micheline Rosa Silveira (FAS/FAFAR/UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrada a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 18 de fevereiro de 2019.

Prof(a). Francisco de Assis Acurcio (Doutor)

Prof(a). Juliana Alvares Teodoro (Doutora)

Prof(a). Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento (Doutora)

Prof(a). Micheline Rosa Silveira (Doutora)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

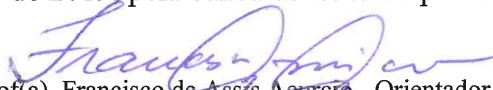
FOLHA DE APROVAÇÃO

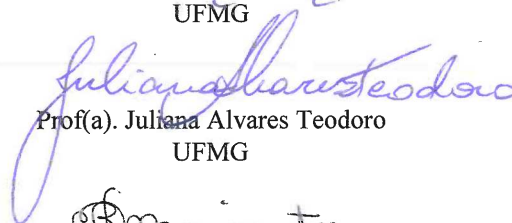
"Uso de medicamentos na atenção primária do sistema único de saúde em Minas Gerais, Brasil"

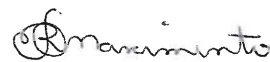
THAIS DE ABREU MOREIRA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração EPIDEMIOLOGIA.

Aprovada em 18 de fevereiro de 2019, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Francisco de Assis Azevedo - Orientador
UFMG


Prof(a). Juliana Alvares Teodoro
UFMG


Prof(a). Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento
UFOP


Prof(a). Micheline Rosa Silveira
FAS/FAFAR/UFMG

Belo Horizonte, 18 de fevereiro de 2019.

AGRADECIMENTOS

Agradeço muito aos meus pais, Márcia e Geraldo, por sempre me apoiarem com amor e de forma incondicional nessa caminhada longa dos estudos. Mesmo não tendo as mesmas oportunidades nos estudos como as filhas, sempre souberam a importância disso em nossas vidas e fizeram de “um tudo” em nos proporcionar a vinda para a universidade. Em especial, agradeço a minha doce mãe, sempre altruísta, carinhosa, sem a sua serenidade nos momentos mais estressantes nessa caminhada (e não foram poucos) eu não teria conseguido chegar até aqui. Você é um grande exemplo para mim.

Agradeço ao meu marido, Alexandre, meu biólogo, botânico, budista, muito obrigada por estar ao meu lado em tantos desafios e por ter tido paciência com essa esposa/mestranda extremamente ansiosa. Obrigada por ser companheiro não só nos bons momentos, mas nos difíceis também, e em sempre dizer que tudo ficará bem.

Agradeço muito à minha irmã, Patrícia, minha doutora em genética predileta. Meu exemplo de professora, obrigada por estar sempre ao meu lado me orientando (minha terceira orientadora rs). Sem o seu apoio com certeza eu não teria chegado ao final do Mestrado, principalmente no momento mais difícil dele quando foi minha decisão de trocar de orientação. Eu estava completamente perdida, muito obrigada por me mostrar um chão e que ainda era possível chegar até o fim do Mestrado com outro orientador.

Agradeço à minha irmã Luciana, por me divertir, mostrar que a vida não deve ser levada tão a sério. Agradeço aos meus sobrinhos Malu, Pedro e João, por me proporcionarem alegrias nessa caminhada da vida, vocês deixam o meu jardim com mais flores e mais alegre, amo vocês.

Agradeço a minha querida amiga de tantos anos, Tássia, que mesmo longe em Porto Alegre, continua sempre presente. Obrigada pelas vindas as Minas Gerais, as quais me proporcionaram alegrias e leveza na caminhada nessa época do Mestrado.

Agradeço à coordenadora do programa de Saúde Pública, Eli lola, por ter me compreendido e escutado quando eu entrei em sua sala com a carta de desligamento da minha ex orientadora, e por ter buscado, junto ao programa, nova

orientação faltando apenas dois meses para a minha qualificação, foi um momento muito difícil para mim, muito obrigada.

Agradeço ao professor Francisco, por ter aceitado me orientar nos 45 minutos do segundo tempo, quando eu estava sem orientação, desiludida com a Academia, sua orientação serena e respeitosa foi fundamental. Assim como agradeço a professora Juliana, mesmo sem me conhecer, aceitou também me coorientar, e sempre foi assertiva em suas colocações, muito obrigada.

Agradeço ao apoio fundamental do estatístico Fernando, do núcleo de apoio bioestatístico da pós-graduação da Faculdade de Medicina. Por toda paciência em rodar os dados comigo em vários momentos. Muito obrigada, Fernando. Agradeço à Mariana Barbosa, por ter me ajudado com o banco de dados e algumas discussões do tema da dissertação, principalmente no início do estudo, obrigada. Agradeço aos envolvidos na coleta dos dados da pesquisa, sem os quais esse estudo não seria possível, obrigada!

Agradeço ao professor Enrico Colosimo, pelo conhecimento em estatística, por me proporcionar certamente as melhores aulas que eu tive ao longo do Mestrado. Por ter me recebido várias vezes após as aulas com minhas (muitas) dúvidas e até mesmo em sua sala quando estava inquieta com mais questionamentos, você abriu suas “portas” do conhecimento com toda humildade de poucos professores da Academia, muito obrigada.

Agradeço aos meus colegas de mestrado, pela caminhada, e em especial à Dani Moreira, nossa representante discente na época que tanto precisei, seu apoio foi fundamental naquele momento difícil, obrigada.

Agradeço a UFMG, por ter sido minha “segunda casa” por tantos anos, desde a graduação! Ao povo brasileiro que paga seus impostos e nos proporcionam uma universidade pública de extrema qualidade. Espero que a ciência continue evoluindo nos campus da UFMG, principalmente com mais respeito mútuo entre docentes e discentes, e com menos soberba e arrogância (de alguns). Estamos todos aqui para aprender e ser um espaço de troca de conhecimentos, é assim que a humanidade caminha (ou deveria).

Divido os méritos deste trabalho a todos vocês, muito obrigada!

“O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem”

Guimarães Rosa

RESUMO

O estudo teve como objetivo descrever e avaliar o perfil de utilização de medicamentos dos usuários, adultos e idosos, da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de Minas Gerais. Considerando o crescente uso de medicamentos, bem como a escassez de estudos nacionais, em particular avaliando a polifarmácia e seus fatores associados entre a população geral, no âmbito da atenção primária, torna-se oportuna a realização de estudos que avaliem o perfil de utilização dos medicamentos entre usuários da atenção primária à saúde no âmbito do SUS. Estudo transversal e quantitativo foi produzido, com realização de entrevistas diretamente com os usuários nos serviços de atenção primária à saúde em todo o Estado. Foram coletados dados sobre características sociodemográficas, condições de saúde, uso de medicamentos e identificação dos medicamentos utilizados no mês anterior à entrevista. Foram elaborados dois artigos: o primeiro, com o intuito de avaliar o perfil geral de medicamentos na população, foi estratificado pela faixa etária; o segundo, com a finalidade de avaliar a polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos) e seus fatores associados em usuários da APS-SUS, foi estratificado pelo número de medicamentos. Para verificar a diferença entre os grupos foram utilizados os testes qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, para variáveis categóricas, e testes ANOVA e Jonckheere-Terpstra, para variáveis numéricas. Além disso, modelo de regressão logística ($p < 0,05$) foi utilizado para investigar os fatores associados à polifarmácia, com teste de Hosmer-Lemeshow utilizado para avaliar a qualidade de ajuste do modelo. Para todos os testes, foi utilizado o nível de significância de 5%. A prevalência de uso global de medicamentos foi de 81,8%. Em média, cada usuário utilizou 2,67 medicamentos, com diferença entre as faixas etárias. A prevalência de polifarmácia entre os usuários de medicamentos foi de 13,7% na população geral e de 33,3% na população idosa (65 anos ou mais). Dentre os usuários de medicamentos, 15,2% eram idosos. Estes apresentaram mais multimorbidades, eram menos escolarizados e apresentaram pior situação econômica. A automedicação e a não adesão ao medicamento prescrito foram maiores entre os adultos jovens (18-44 anos). Em relação à polifarmácia, houve associação positiva com as faixas etárias 45-64 anos (OR=2,02; IC95%: 1,03-3,94) e 65 anos ou mais (OR=4,17; IC95%: 1,92-9,17), além das seguintes doenças crônicas: acidente vascular cerebral (OR= 4,20; IC95%: 1,53-

11,55); diabetes mellitus (OR= 4,03; IC95%: 2,43-6,68); do coração (OR= 3,18; IC95%: 1,92-5,29); depressão (OR= 2,85; IC95%: 1,80-4,53); hipertensão arterial (OR= 2,13; IC95%: 1,17-3,86); dislipidemia (OR= 1,73; IC95%: 1,07-2,80). O estado civil (casado/união estável) foi inversamente associado à polifarmácia (OR=0,34; IC95%: 0,19-0,62). Os medicamentos mais utilizados pela população, em geral, foram “antagonistas da angiotensina II” (3º nível ATC), sendo a losartana (5º nível ATC) o mais utilizado. Entre os usuários polimedicados, a maioria dos medicamentos utilizados apresentou ação no sistema cardiovascular (50,0%), trato alimentar e metabolismo (20,0%) e nervoso (20,0%). Uma parcela significativa de adultos e idosos, em uso de medicamentos, usuários da atenção primária do SUS, foi exposta à polifarmácia e alguns fatores associados são relevantes, como morbidades específicas e idade. A combinação de múltiplos medicamentos deve ser criteriosa e baseada em evidências, pois aumenta o risco de dano que pode superar o benefício terapêutico.

ABSTRACT

The aim of this study is to describe and evaluate the profile of the use of medicines of primary and secondary users of Primary Health Care (PHC) of the Unified Health System (SUS) in the state of Minas Gerais. Considering the growing use of medicines, as well as the scarcity of national studies, in particular, evaluating polypharmacy and its associated factors among the general population, in primary health care, it is opportune to carry out studies that evaluate the profile of the use of medicines among users of primary health care under SUS. A cross-sectional and quantitative study was conducted, with interviews conducted directly with users in primary health care services throughout the State. Data were collected on sociodemographic characteristics, health conditions, use of medications and identification of medications used in the last month. Two articles were carried out: the first one was stratified by the age group, in order to evaluate the general medication profile in the population; the second one was stratified by the number of medications, in order to evaluate polypharmacy (use of five or more medicines) and its associated factors in APS-SUS users. Pearson's chi-square test or Fisher's exact test for categorical variables and ANOVA and Jonckheere-Terpstra tests for numerical variables were used to evaluate the difference between groups. In addition, a logistic regression model ($p < 0.05$) was used to investigate the factors associated with polypharmacy, with Hosmer-Lemeshow test used to evaluate the fit quality of the model. For all tests, a significance level of 5% was used. The prevalence of global drug use was 81.8%. On average, each user used 2.67 medicines, with a difference between the age groups. The prevalence of polypharmacy among medicine users was 13.7% in the general population and 33.3% in the elderly population (65 years of age or older). Among medicines users, 15.17% were elderly. These showed more multimorbidity, were less schooled and presented worse economic situation. Self-medication and non-adherence to the prescribed medication were higher among young adults (18-44 years). In relation to polypharmacy, there was a positive association with the age groups 45-64 years (OR = 2.0, 95% CI: 1.03-3.94) and 65 years or more (OR = 4.1, 95% CI: 1.9-9.1), in addition to the following chronic diseases: stroke (OR = 4.2, 95% CI: 1.5-11.5); diabetes mellitus (OR = 4.0; 95% CI: 2.4-6.7); of the heart (OR = 3.2, 95% CI: 1.9-5.3); depression (OR = 2.8, 95% CI: 1.8-4.5); arterial hypertension (OR = 2.1, 95% CI: 1.2-3.8); dyslipidemia (OR = 1.7, 95%

CI: 1.1-2.8). Marital status (married / stable union) was inversely associated with polypharmacy (OR = 0.3, 95% CI: 0.2-0.6). The medicines most commonly used by the population were "angiotensin II antagonists" (3rd level ATC), with losartan (5th level ATC) being the most used. Among the polymedicated users, most of the medicines used had cardiovascular (50.0%), alimentary tract and metabolism (20.0%) and nervous (20.0%) action. A significant number of adults and elderly, using medications, primary care users of SUS, were exposed to polypharmacy and some associated factors are relevant, such as specific morbidities and age. The multiple medicines combination should be judicious and evidence-based, as it increases the risk of harm that may outweigh the therapeutic benefit.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 01: Pesquisa de utilização de medicamentos como ponte entre farmacoepidemiologia e pesquisa em serviços de saúde.....	10
FIGURA 02: Processo de amostragem da pesquisa sobre acesso, utilização e uso racional de medicamentos no SUS/MG, Brasil, 2014-2015.....	20
FIGURA 03: Macrorregiões de saúde em Minas Gerais, Brasil.....	21
FIGURA 04: Especificação dos municípios selecionados em Minas Gerais, Brasil.....	23
FIGURA 05: Intervalo de usuários definido em cada serviço da atenção primária à saúde de acordo com o porte populacional do município.....	24

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

TABELA 1: Características sociodemográficas e de condições de saúde dos usuários de medicamentos da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde, em Minas Gerais, 2014-2015.....36

TABELA 2: Características do uso de medicamentos pelos usuários da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde, em Minas Gerais, 2014-2015.....38

TABELA 3: Medicamentos mais utilizados pelos usuários da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde, em Minas Gerais, estratificado por faixa etária, considerando-se o 5º nível da *Anatomical Therapeutic Chemical*.....40

TABELA 4: Medicamentos mais utilizados pelos usuários da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde, em Minas Gerais, estratificado por faixa etária, considerando-se o 3º nível da *Anatomical Therapeutic Chemical*.....41

ARTIGO 2

TABELA 1: Características sociodemográficas dos usuários de medicamentos, com e sem polifarmácia, atendidos no âmbito da atenção primária em saúde do SUS, em Minas Gerais, 2014-2015.....62

TABELA 2: Características de estilo de vida e indicadores de condições de saúde dos usuários de medicamentos, com e sem polifarmácia, atendidos no âmbito da atenção primária em saúde do SUS, em Minas Gerais, 2014-2015.....63

TABELA 3: Relação dos 20 medicamentos mais utilizados pelos usuários em polifarmácia dos serviços de Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais, segundo o 5º nível da classificação *Anatomical Therapeutic Chemical*.....65

TABELA 4: Fatores associados (*odds ratio*) à polifarmácia em usuários dos serviços de atenção primária à saúde, Minas Gerais, 2014-2015.....66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF – Assistência Farmacêutica

APS – Atenção Primária à Saúde

ATC – Anatomical Therapeutical Chemical Classification System

CS – Centro de Saúde

EAM – Eventos Adversos a Medicamentos

ESF – Estratégia da Saúde da Família

EUM – Estudos de utilização de Medicamentos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PFPB – Programa Farmácia Popular do Brasil

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

PS – Posto de Saúde

PSF-- Programa de Saúde da Família

RAM – Reação Adversa a Medicamentos

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SUS -- Sistema Único de Saúde

UM – Unidade Mista

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	4
1.1 Atenção Primária à Saúde (APS) e Assistência Farmacêutica (AF) no Brasil.....	4
1.2 Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM).....	7
1.3 Polifarmácia: definições e fatores associados.....	15
1.4 Justificativa.....	18
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 Objetivo geral.....	19
2.2 Objetivos específicos.....	19
3 MÉTODOS.....	19
3.1 Delineamento da pesquisa.....	19
3.2 Plano de amostragem e população.....	19
3.3 Critérios de elegibilidade.....	24
3.4 Questionário do estudo.....	25
3.5 Análise dos dados.....	25
3.6 Aspectos éticos.....	29
4 ARTIGO 1: PERFIL DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS.....	30
Resumo.....	30
4.1 Introdução.....	31
4.2 Metodologia.....	33
4.3 Resultados.....	34
4.4 Discussão.....	41
4.5 Conclusão.....	47
Referências.....	48
5 ARTIGO 2: CARACTERIZAÇÃO DA POLIFARMÁCIA E FATORES ASSOCIADOS EM USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM MINAS GERAIS, BRASIL.....	55
Resumo.....	55
5.1 Introdução.....	56

5.2 Métodos.....	58
5.2.1 Desenho do estudo, população-alvo, amostra e coleta de dados.....	58
5.2.2 Variáveis do estudo.....	59
5.2.3 Análise dos dados e questão ética.....	60
5.3 Resultados.....	60
5.3.1 Perfil sociodemográfico e de saúde da amostra.....	60
5.3.2 Perfil de utilização dos medicamentos.....	63
5.3.3 Fatores associados à polifarmácia.....	65
5.4 Discussão.....	67
5.5 Conclusão.....	74
Referências.....	75
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
REFERÊNCIAS.....	82
ANEXO A- QUESTIONÁRIO DO ESTUDO.....	90
ANEXO B- PARECER DO COMITÉ DE ÉTICA.....	115

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho constitui Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, área de concentração Epidemiologia, na linha de pesquisa Avaliação em Saúde e Serviços de Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública- área de concentração Epidemiologia. É apresentado no formato Artigo Científico, conforme estabelecido no Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, no seu Capítulo V, Art.58, Parágrafo 2º “b”.

São apresentados dois artigos que tratam da avaliação sobre utilização de medicamentos na atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de Minas Gerais (MG), Brasil. O estudo integra o Projeto de investigação “Pesquisa sobre acesso, utilização e uso racional de medicamentos no SUS/MG”.

Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo e avaliativo caracterizando os usuários de medicamentos da atenção primária do SUS-MG nos anos 2014-2015, bem como uma avaliação da polifarmácia entre esses usuários e os fatores associados. A partir destes resultados, buscou-se fornecer subsídios que contribuíssem para uma melhor compreensão da utilização de medicamentos em usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil.

Este volume contém:

1. Considerações iniciais: apresenta a fundamentação teórica, a partir de uma breve revisão da literatura e a justificativa da dissertação;
2. Objetivo: apresentação dos objetivos da dissertação que foram respondidos em dois artigos científicos;

3. Métodos: apresentação detalhada da metodologia utilizada nos dois artigos científicos;

4. No primeiro artigo intitulado “Perfil de utilização de medicamentos dos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais” é traçado o perfil dos usuários da atenção primária à saúde (APS) do SUS-MG, que estavam em uso de medicamentos, no período de 2014-2015, bem como o perfil dos medicamentos utilizados por esses usuários nesse período.

5. No segundo artigo intitulado “Caracterização da polifarmácia e fatores associados em usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil” são descritos e avaliados o perfil dos usuários da APS do SUS-MG que estavam em polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos), assim como os fatores associados a esse fenômeno na população especificada.

6. Considerações finais: compreendem os aspectos críticos e relevantes do estudo.

7. Anexos: Questionário do estudo e Parecer do Comitê de Ética.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Atenção Primária à Saúde (APS) e Assistência Farmacêutica (AF) no Brasil:

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define sistemas de atenção à saúde como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (MENDES, E., 2011). No Brasil, há um sistema único de saúde (SUS) o qual se compõe de um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas. O mesmo é fundamentado de acordo com os seguintes aparatos jurídicos: a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde 8080 de 1990. Esta estabeleceu o direito de todos os cidadãos à assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Além desse princípio doutrinário da integralidade, o SUS abrange também as concepções de universalidade e equidade e os conceitos organizativos de descentralização, regionalização, hierarquização e participação social (BRASIL, 90, 2011).

Dentre os níveis de atenção à saúde, a atenção primária à saúde (APS) tem um papel importante por ser a coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, E., 2011). Além disso, evidências internacionais apontam que em situações de tripla carga de doenças, que é o caso do Brasil, para se enfrentar de forma consolidada esse problema há necessidade de uma APS fortalecida (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

No Brasil, do início do século XX, até a década de 70, a atenção primária à saúde tinha um caráter mais seletivo do que abrangente, focada em populações e doenças específicas. Após a Conferência de Alma Ata, em 1978, surgiram programas com extensão da cobertura à saúde, na tentativa de decodificar a atenção primária seletiva até então vigente (MENDES, E., 2015). Em 1994, houve a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) o qual tinha como estratégia o reordenamento do modelo de atenção à saúde, a partir da reconstrução da prática na APS (ASSIS *et al.*, 2007), como forma de superar um modelo centrado na doença e em práticas curativas (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Essa mudança de paradigma da atenção à saúde intensificou-se quando, em 2006, houve a implantação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB, 2006) com a transformação do PSF em Estratégia da Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006). O conceito de APS no país ampliou-se a partir dessa PNAB, sendo definida como:

O conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2006).

Dentre os vários elementos imprescindíveis da APS pode-se destacar o tratamento apropriado de doenças, a imunização e a provisão de medicamentos essenciais. Isso depende de uma política nacional de medicamentos bem estruturada. Segundo a OMS, uma política nacional de medicamentos deve se ajustar ao sistema de saúde e à política nacional de saúde do país e não pode ser desenvolvida isoladamente, assegurando assim: o acesso, a qualidade e o uso racional dos medicamentos (GUERRA JÚNIOR; ACURCIO, 2013). Dessa forma, com o intuito de reordenar e consolidar a Assistência Farmacêutica (AF) no Brasil, duas políticas nacionais foram instituídas em 1998 e 2004, a de Medicamentos e a da Assistência Farmacêutica, respectivamente.

De acordo com a Portaria MS/3916 de 1998, a qual instituiu a Política Nacional de Medicamentos (PNM), a AF caracteriza-se por ser um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinada a apoiar as ações de saúde. Ela envolve desde o abastecimento, conservação, controle de qualidade, segurança e eficácia terapêutica dos medicamentos até a educação permanente dos profissionais de saúde, paciente e comunidade na tentativa de ratificar o uso racional dos medicamentos.

Há no Brasil a adoção de uma Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), como forma de promover o acesso e o uso seguro e racional de

medicamentos. Segundo a OMS, os medicamentos essenciais devem satisfazer as necessidades de saúde da maioria da população e devem estar disponíveis em quantidades e dosagens apropriadas e a um preço acessível à comunidade (GUERRA JÚNIOR; ACURCIO, 2013).

Na tentativa de ampliar o acesso a esses medicamentos, o Governo Federal criou o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) em 2004. Em relação a sua organização, o PFPB apresentava duas estratégias: a Rede Própria Estatal, firmada desde 2004, e a “Aqui Tem Farmácia Popular”, uma parceria de cofinanciamento realizada a partir de 2006 com o comércio farmacêutico e que desde 2011 apresenta um conjunto de medicamentos específicos isentos de copagamento pelo usuário (SILVA; CAETANO, 2015). No entanto, em 2017, o governo extinguiu com a primeira estratégia, a Rede Própria Estatal, permanecendo apenas o “Aqui tem Farmácia Popular”.

Consoante a Resolução do CNS/338, de 2004, a AF deve ser concebida como uma política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais se destaca a política de medicamentos. No entanto, em relação à trajetória da AF na APS no país até os dias atuais, é fato que houve avanços, mas também ainda há muitos desafios para a sua consolidação nesse nível de atenção a saúde (COSTA, K *et al.*, 2017).

Recentemente no país, o Governo aprovou uma nova PNAB, por meio da Portaria MS/2436, de 2017, com algumas alterações nas regras de financiamento e estrutura da equipe multiprofissional da ESF. Tal mudança pode representar um retrocesso para o modelo de atenção à saúde, colocando em risco, em especial, o uso racional de medicamentos no país, visto que a equipe multiprofissional tem um papel importante no acompanhamento dos usuários que fazem uso de medicamentos de longo prazo e ao mexer na estrutura da equipe o vínculo da equipe com esses usuários pode enfraquecer e representar maior uso inadequado dos medicamentos. Assim, futuramente, estudos de utilização de medicamentos (EUM) devem ser elaborados na APS para avaliar se essa mudança na PNAB representou ou não retrocessos na promoção do uso racional de medicamentos no país.

A APS-SUS no Brasil tem um papel relevante na RAS e uma importância na integralidade do cuidado por meio da assistência farmacêutica. Os EUM nesse nível de saúde são importantes, visto que a avaliação do uso de medicamentos junto à população assistida pelo SUS, além de avaliar as características relativas a este uso, analisa também a própria assistência à saúde (FLEITH *et al.*, 2008; LAPORTE; PORTA; CAPELLÀ, 1983).

Ademais, é primordial a realização de EUM nesse contexto da ESF, visto a necessidade de dados e informações para conhecer a realidade da prática da utilização de medicamentos como forma de norteamto das ações das equipes de saúde da família para que, assim, esta estratégia possa ratificar os princípios e diretrizes do SUS e continuar reorientando o modelo de atenção na busca da integralidade a assistência, incluindo a farmacêutica (VOSGERAU *et al.*, 2011).

1.2 Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM)

Segundo a Portaria MS/3916, de 1998, a qual aprova a Política Nacional de Medicamentos (PNM) no Brasil, entende-se como medicamento “o produto farmacêutico com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico”.

O medicamento é um bem essencial à saúde, visto o seu papel significativo na melhora da qualidade e expectativa de vida da população (ARRAIS *et al.*, 2005). Sua relevância na prevenção, no controle, no diagnóstico e nos tratamentos das doenças baseia-se, cada vez mais, nos avanços científicos e tecnológicos (BERMUDEZ; BARROS, 2016). Isso reflete seu papel importante nos cuidados em saúde. No entanto, o seu uso inadequado pode gerar consequências para o indivíduo, para a sociedade e para os sistemas de saúde (PEREIRA *et al.*, 2012). Esse uso indevido de medicamentos é um problema global (HOLLOWAY *et al.*, 2013) e, dessa forma, sua utilização deve ser avaliada constantemente para verificar mudanças no perfil de utilização dos medicamentos em uma população. Além disso, a utilização de medicamentos é um tema de extrema relevância, à medida que fornece elementos para a eleição de prioridades em assistência farmacêutica e para regulamentação de produtos (ROZENFELD, 2003).

No Brasil, o uso de medicamentos é alto (CARVALHO, MARCELO *et al.*, 2005) e representa quase 40% das despesas domésticas em saúde (BERTOLDI *et al.*, 2009).

O consumo de medicamentos vem crescendo em todos os segmentos e faixas etárias da sociedade (COSTA, C., 2016) e essa tendência, observada tanto em países desenvolvidos como em países subdesenvolvidos, é influenciada ainda pela propaganda dos medicamentos feita pela indústria farmacêutica, pela melhoria do poder de compra do usuário, pela contínua oferta de fármacos inovadores (BERTOLDI *et al.*, 2004; WETTERMARK *et al.*, 2016) e pelo aumento da expectativa de vida das populações (ARRAIS *et al.*, 2005; WETTERMARK *et al.*, 2016). Visto que o Brasil está passando por uma transição epidemiológica e demográfica, o aumento da longevidade e, conseqüentemente, de doenças crônicas não transmissíveis (CARVALHO, J *et al.*, 2017) tende a provocar um crescente uso de medicamentos, em especial entre os idosos (ROZENFELD; FONSECA; ACURCIO, 2008), como consequência da multimorbidade.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1977), a utilização de medicamentos pode ser entendida como “a comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase especial sobre as consequências médicas, sociais e econômicas resultantes”.

No entanto, essa definição não capta plenamente a profundidade e a amplitude da utilização de medicamentos e, em 2008, uma proposta mais extensa foi formulada por Wettermark e colaboradores, a qual afirma que a pesquisa sobre a utilização de medicamentos pode ser definida como:

Uma coleção eclética de métodos descritivos e analíticos para a quantificação, a compreensão e a avaliação dos processos de prescrição, dispensação e consumo de medicamentos e para testar intervenções para melhorar a qualidade desses processos (WETTERMARK *et al.*, 2016).

A atual definição de pesquisa sobre utilização de medicamentos ilustra a natureza ampla do campo, que inclui estudos quantitativos e qualitativos (WETTERMARK *et al.*, 2016). Os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) são capazes de fornecer muitas informações, dentre as quais a quantidade e variedade dos

medicamentos mais utilizados, a característica da prescrição médica (CASTRO, 2000), quem os consome, como e para qual finalidade (COSTA, C., 2016) e assim é possível identificar riscos potenciais e grupos vulneráveis. Por se tratar de um processo social, a utilização de medicamentos sofre influência de diversos fatores (ARRAIS *et al.*, 2005; BERTOLDI *et al.*, 2004) tais como socioeconômicos, comportamentais e culturais, estrutura demográfica, perfil de morbidade, características do mercado farmacêutico e políticas governamentais dirigidas ao setor (COSTA, K., 2011).

Assim, a utilização de medicamentos é um indicador socio-sanitário, uma vez que pode identificar problemas médicos, sociais e econômicos relacionados (PÁDUA, 2013). Tais questões econômicas lidam com o custo de medicamentos e tratamento para pacientes e sociedade (WETTERMARK *et al.*, 2016).

Os EUM se enquadram na linha de pesquisa da Farmacoepidemiologia, sendo essa definida como “o estudo do uso e dos efeitos dos fármacos em um elevado número de pessoas” (LAPORTE; TOGNONI; ROZENFELD, 1989) ou como “aplicação de métodos epidemiológicos aos efeitos de medicamentos, incluindo vacinas e tratamentos biológicos ou baseados em células” (EVANS, 2012).

Em farmacoepidemiologia, os EUM podem se referir tanto aos estudos descritivos quanto analíticos, contudo os primeiros têm sido mais frequentemente utilizados. O foco de investigação é o modo como os medicamentos são utilizados na fase pós-comercialização, tendo como objetivo principal conhecer a interação entre os medicamentos e a atenção à saúde, para contribuir para a promoção do uso racional do medicamento nas populações (PÁDUA, 2013). Assim, a pesquisa sobre a utilização de medicamentos pode vincular-se à pesquisa em serviços de saúde. Esta foi definida como

Um campo multidisciplinar de investigação, tanto básico como aplicado, que examina o uso, custos, qualidade, acessibilidade, entrega, organização, financiamento e resultados dos serviços de saúde para aumentar o conhecimento e a compreensão da estrutura, processos e efeitos dos serviços de saúde para indivíduos e populações (WETTERMARK *et al.*, 2016).

Conseqüentemente, a pesquisa sobre a utilização de medicamentos pode ser vista como a ponte entre a farmacoepidemiologia e a pesquisa em serviços de saúde (Figura 01).

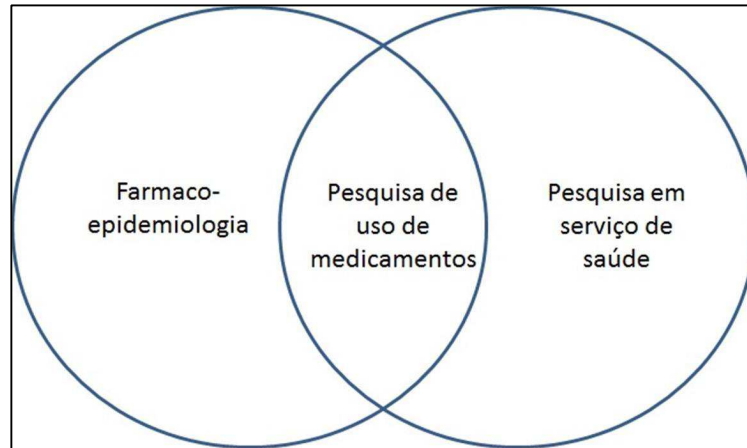


Figura 01: Pesquisa de utilização de medicamentos como ponte entre farmacoepidemiologia e pesquisa em serviços de saúde. Fonte: (modificado de WETTERMARK *et al.*, 2016).

Em relação aos objetivos maiores dos EUM, estes compreendem: descrição do padrão do uso de medicamentos, identificando-se os problemas relacionados à sua utilização; detecção precoce do uso inadequado de medicamentos, permitindo a geração de hipóteses que servirão de base para investigações futuras, bem como a proposição de soluções para os problemas encontrados e monitoramento e avaliação do impacto das medidas de intervenção visando à melhoria do uso de medicamentos (PÁDUA, 2013).

Os resultados dos EUM transversais são úteis para promover o uso racional das especialidades farmacêuticas (cada marca com os seus respectivos princípios ativos, apresentação e forma terapêutica), identificar grupos vulneráveis ao uso inadequado e classes terapêuticas empregadas de modo inadequado, planejar as políticas de assistência farmacêutica e de regulação sanitária, além de verificar uma possível negligência quanto às contraindicações e precauções no uso de medicamentos (ROSENFELD; VALENTE, 2004).

Para chegar a esses resultados, os tipos de EUM realizados normalmente, no Brasil, são estudos sobre a qualidade de consumo, estudos de hábitos de prescrição médica, estudos quantitativos de consumo, estudos sobre análise de oferta de

medicamentos e estudos de vigilância orientada a problemas de prescrição (CECCATO *et al.*, 2013). No Brasil, a escassez de banco de dados nacionais de registro de consumo de medicamentos, ao contrário de alguns países da Europa, faz com que os dados sobre medicamentos sejam coletados primariamente a partir de estudos farmacoepidemiológicos (dados primários) (PÁDUA, 2013).

Um estudo sintetizou os artigos publicados sobre EUM no Brasil e América Latina e afirmou que a maioria dos estudos analisados tinha abordagem quantitativa, focalizavam estratos específicos da população e o objetivo mais comum entre os estudos era o padrão/perfil de utilização de medicamentos (LEITE; VIEIRA; VEBER, 2008).

De acordo com os EUM no Brasil, a prevalência de uso de medicamentos na população em geral é variável. Os grupos que apresentam maiores prevalências de utilização de medicamentos são mulheres, idosos, indivíduos com pior autopercepção de saúde e de nível econômico mais elevado. O aumento do número médio de utilização de medicamentos com a idade também é comum nos estudos, além da relação de maior consumo de medicamentos com melhor nível econômico. Outrossim, a autopercepção de saúde se mostra inversamente proporcional ao uso de medicamentos. Os grupos farmacológicos mais usados são os analgésicos, anti-inflamatórios e os que atuam no sistema cardiovascular (com destaque para os anti-hipertensivos), (BERTOLDI *et al.*, 2004, 2016; COSTA, C *et al.*, 2017; RAMOS *et al.*, 2016). Recentemente, foi demonstrado que a prevalência do uso de medicamentos entre pessoas com 18 anos ou mais, da APS do SUS no Brasil, foi de 76,2%, com uma média de consumo por pessoa igual a 2,32 (COSTA, C *et al.*, 2017).

Em relação à diferença no uso de medicamentos entre gêneros, ela diz respeito a diferenças comportamentais que surgem como resultado de um processo sociocultural. Estudos descobriram que as mulheres têm mais cuidados com a saúde e participam em medidas preventivas de cuidados de saúde mais precocemente do que os homens. Isto faz com que as mulheres tenham uma maior probabilidade de serem diagnosticadas e tratadas e, conseqüentemente, apresentarem maiores prevalências de utilização de medicamentos, quando comparadas aos homens (ERIKSSON *et al.*, 2016).

Como mencionado, os EUM são importantes para avaliar possíveis usos não adequados dos medicamentos. Segundo a OMS, o uso racional de medicamentos:

Requer que os usuários utilizem o medicamento apropriado para sua condição clínica, em doses que atendam às suas necessidades de saúde individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade (WHO, 1985).

Dentre as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (PNM) do Brasil a promoção do uso racional de medicamentos é uma prioridade (Portaria 3916/1998). Segundo a OMS (WHO, 1987), para que o uso de medicamentos seja racional é preciso, em primeiro lugar, definir a necessidade do uso do medicamento, em seguida, que se prescreva o medicamento mais apropriado, conforme as regras de segurança e eficácia comprovados e aceitáveis. Assim como é necessário a correta definição da forma farmacêutica, doses e período de duração do tratamento, que o medicamento esteja disponível e a um preço acessível, e que sempre responda aos critérios de qualidade. Além disso, é fundamental que a dispensação seja realizada em condições apropriadas, com a necessária responsabilidade e orientação, e, por fim, que o regime terapêutico seja cumprido de maneira correta de acordo com o que foi prescrito (CASTRO, 2000). Esse uso racional é abordado e enfatizado, visto que o uso inapropriado de produtos farmacêuticos permanece como um problema de saúde pública (HOLLOWAY *et al.*, 2013). O uso de maneira incorreta dos medicamentos pode causar resultados indesejáveis como efeitos adversos, interações medicamentosas e resistência bacteriana, e, conseqüentemente, internações hospitalares evitáveis e idas às emergências de saúde, com prejuízo ao usuário, à sociedade e ao sistema de saúde.

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em todo o mundo, cerca de 50% dos pacientes usam medicamentos incorretamente e mais de 50% dos medicamentos são prescritos ou dispensados de forma inapropriada, ocasionando alto índice de morbimortalidade. Ademais, o uso inadequado de medicamentos relaciona-se à automedicação, à prescrição em desacordo com diretrizes clínicas, ao uso de múltiplos fármacos, ao uso indevido de medicamentos injetáveis e antibióticos (WHO, 2006).

As consequências econômicas associadas ao uso inadequado de medicamentos são consideráveis. Pesquisadores sugeriram que para cada dólar gasto em medicamentos, é necessário um dólar adicional para corrigir problemas causados pelo uso inadequado de medicamentos. A extensão desse uso inadequado pode ser ainda maior em países de baixa e média renda. Problemas comuns incluem o uso excessivo de medicamentos, como antibióticos e antidiarreicos, polifarmácia e a prescrição de medicamentos inadequados. Em muitos desses países, até 60% a 80% dos problemas de saúde são tratados por automedicação e a baixa adesão às prescrições médicas é comum (WETTERMARK *et al.*, 2016).

No Brasil, a prescrição não orientada por diretrizes, o uso inadequado de antibióticos (mesmo após a RDC 44 de 2010), a polifarmácia, a automedicação inapropriada e a enorme quantidade de produtos terapêuticos disponibilizados comercialmente são comumente os fatores relacionados ao uso incorreto de medicamentos (BRASIL, 2012). Além disso, esse uso inapropriado, abusivo e insuficiente dos medicamentos desperdiça recursos públicos e prejudica a população (BRASIL, 2012). Outros fatores relacionados ao uso inadequado de medicamentos, no Brasil, são a proporção insatisfatória de prescrição de medicamentos essenciais e restrições em termos de: identificação correta do medicamento, orientações aos pacientes sobre medicamentos e disponibilidade de protocolos terapêuticos nos serviços de saúde (LIMA *et al.*, 2017).

De acordo com a OMS, a automedicação é a seleção e o uso de medicamentos sem supervisão ou prescrição de um médico ou dentista. Essa prática de ingestão de medicamentos por conta própria é um fenômeno mundial e uma realidade no Brasil (ARRAIS *et al.*, 1997, 2016). Essa tendência a se automedicar pode estar relacionada a não acessibilidade aos serviços de saúde ou a precariedade destes e ao baixo poder aquisitivo em contraste com a facilidade de se obter medicamentos e ao estímulo frequente por meio das propagandas de medicamentos (AQUINO, 2008). Além disso, é uma prática realizada principalmente por mulheres e devido a recomendações de pessoas leigas e a prescrições anteriores (ARRAIS *et al.*, 1997, 2016), no entanto há estudo no qual homens que praticavam mais a automedicação (MENDEZ *et al.*, 2004). A automedicação leva a situações como atrasos na busca de cuidados, à interação entre medicamentos e resistência antimicrobiana aos antibióticos (SELVARAJ; KUMAR; RAMALINGAM, 2014). Dessa forma, se faz

necessário caracterizar as práticas de automedicação, por meio de EUM, como primeiro passo para identificar problemas relacionados a essa prática, e assim, propor estratégias de intervenção baseadas nesses resultados (LÓPEZ; DENNIS; MOSCOSO, 2009). Entre os usuários da APS do SUS no Brasil, a automedicação mostrou-se maior entre jovens, em virtude de experiência prévia com o medicamento e por possuir os medicamentos em casa (COSTA, C *et al.*, 2017). Em estudo específico sobre automedicação na APS do SUS no Brasil, a automedicação apresentou baixa prevalência, mas uma parcela considerável dos usuários não praticou automedicação responsável (ALVES, F 2017).

É importante salientar que a preocupação com o uso inapropriado de medicamentos entre idosos resultou na especificação de algumas substâncias que devem ser evitadas entre esse grupo (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2015; HOLT; SCHMIEDL; THURMANN, 2010; OLIVEIRA, M *et al.*, 2016; ROZENFELD, 2003). Os idosos apresentam perda de funções fisiológicas, maior morbidade (RAMOS *et al.*, 2016) e necessidade de cuidados, diminuição de autonomia (OLSSON; RUNNAMO; ENGFELDT, 2011) e de massa muscular e água corporal (ROZENFELD, 2003). Isso ilustra porque a farmacologia nos idosos é peculiar (LUTZ; MIRANDA; BERTOLDI, 2017), o que os torna mais vulneráveis ao uso incorreto de medicamentos, aos eventos adversos e às interações medicamentosas. Por isso, a prescrição de medicamentos entre os idosos representa uma importante questão em saúde pública no mundo (SPINEWINE *et al.*, 2007), o que reforça também a necessidade de mais EUM, em especial, nessa faixa etária.

Identificou-se que, no Brasil, o consumo de medicamentos prescritos, entre os idosos, é superior ao observado em países desenvolvidos (LOYOLA-FILHO *et al.*, 2005). Estudo de base populacional, realizado com idosos na região metropolitana de Belo Horizonte, demonstrou que a prevalência de uso de medicamentos, seja este prescrito ou não, foi de 72,1%, com uma média de medicamentos consumidos de 2,18 (LOYOLA-FILHO; UCHOA; COSTA, 2006). Recentemente, foi demonstrado que a prevalência do uso de medicamento entre pessoas com 65 anos ou mais, da APS do SUS no Brasil, foi de 92,1%, com uma média de consumo por pessoa igual a 3,00 (COSTA, C *et al.*, 2017).

Visto a relevância e magnitude dos eventos adversos (incidentes que resultam em dano ao paciente) no Brasil, dentre eles os relacionados à utilização dos medicamentos, e a prioridade dada à segurança do paciente em serviços de saúde na agenda política dos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2013, foi instituído no Brasil o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2013). Este conceitua segurança do paciente como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Pesquisas que abordam EUM, também analisam a segurança do paciente, visto que tais estudos avaliam situações, como, por exemplo, a polifarmácia, e identificam grupos vulneráveis ao uso de medicamentos, o que pode servir de alerta aos serviços de saúde e aos cuidados de saúde prestados nestes estabelecimentos. De acordo com a RDC 36, de 25 de julho de 2013, a qual institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências no país, os serviços de saúde são estabelecimentos destinados à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde. Sendo assim, EUM em serviços de saúde, como na atenção primária, podem elencar grupos e situações de vulnerabilidade ao uso de medicamentos e propor ações que vão ao encontro da RDC 36, como, por exemplo, ações que promovam o uso racional de medicamentos e, conseqüentemente, a segurança do paciente.

1.3 Polifarmácia: definições e fatores associados

Polifarmácia não é uma expressão nova, visto que é usada pelo menos nos últimos 150 anos (DUERDEN; AVERY; PAYNE, 2013), é amplamente discutida na literatura e cada vez mais utilizada, pois é uma realidade crescente (CHARLESWORTH *et al.*, 2015; GRIMMSMANN; HIMMEL, 2009; GUTHRIE *et al.*, 2015). No entanto, suas definições ainda são divergentes (BURSHARDT *et al.*, 2008). Revisão recente da literatura encontrou 138 definições de polifarmácia e termos associados (MASNOON *et al.*, 2017), o que torna um desafio à comparabilidade dos estudos.

As duas abordagens comumente usadas para definir ou medir a polifarmácia na literatura são o uso de um limiar específico para o número de medicamentos ou, alternativamente, uma medida do número de medicamentos inapropriados ou combinações de medicamentos de acordo com uma definição pré-definida de um critério (DUERDEN; AVERY; PAYNE, 2013).

De acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DECS, 2018) a polimedicação (sinônimos: polifármacos e plurimedicação) é a:

Administração de múltiplos medicamentos ao mesmo paciente, mais comumente vista em pacientes idosos. Inclui também a administração de medicação excessiva. Uma vez que nos Estados Unidos a maioria dos medicamentos é distribuído como formulações de um único agente, a polimedicação, embora administrando muitos medicamentos ao mesmo paciente, deve ser diferenciada da COMBINAÇÃO DE MEDICAMENTOS, que são preparações únicas contendo dois ou mais medicamentos em uma dose fixa, e da COMBINAÇÃO DE TERAPIA MEDICAMENTOSA onde dois ou mais medicamentos são administrados separadamente para um efeito combinado (DECS, 2018).

Até as últimas décadas, a polifarmácia era desaprovada e considerada prejudicial (DUERDEN; AVERY; PAYNE, 2013). No entanto, quando baseada em boas evidências clínicas, a polifarmácia pode produzir benefícios, tais como, cura ou atenuação da progressão de doenças refletindo assim em uma melhor qualidade de vida (BUSHARDT *et al.*, 2008).

A polifarmácia é apropriada quando o uso de medicamentos é prescrito de forma otimizada, de acordo com as melhores evidências científicas, sendo necessária em indivíduos portadores de condições complexas (como idosos e pessoas com multimorbidades). No entanto, a polifarmácia pode tornar-se problemática quando vários medicamentos são prescritos de forma inadequada, não baseada em boas evidências, e o benefício pretendido com a medicação não supera os malefícios (DUERDEN; AVERY; PAYNE, 2013).

Apesar dessa pluralidade de conceitos, a definição quantitativa, com delimitação do ponto de corte de cinco ou mais medicamentos é usualmente utilizada (MASNOON *et al.*, 2017) em pesquisa, provavelmente por ser objetiva, facilitando a reprodutibilidade entre os estudos e sua comparação.

Os fatores associados à polifarmácia, que podem influenciar a saúde e o bem-estar do paciente e ter um impacto na utilização de medicamentos, incluem variáveis de importância epidemiológica como sexo, idade e característica socioeconômica, como

escolaridade e renda (ERIKSSON *et al.*, 2016). Além das variáveis de importância farmacoepidemiológica associadas à polifarmácia em vários estudos na literatura, como as seguintes: plano de saúde; consumo de álcool; tabagismo; prática de atividade física; autopercepção da saúde; número de doenças crônicas; atendimento de emergência e obesidade (GUTHRIE *et al.*, 2015; GRIMMSMANN; HIMMEL, 2009; NASCIMENTO *et al.*, 2017; NEVES *et al.*, 2013; SLATER *et al.*, 2018).

A polifarmácia é um tema de abordagem crescente entre os EUM, nacionais e internacionais, principalmente entre as pessoas da meia idade e idosos (CADOGAN; RYAN; HUGHES, 2016; MAHER JÚNIOR; HANLON; HAJJAR, 2014; NASCIMENTO *et al.*, 2017; RAMOS *et al.*, 2016; ROZENFELD, 2003;). Estes demandam mais o uso de múltiplos medicamentos se comparados com pessoas jovens, visto que o processo de envelhecimento vem acompanhado, muitas vezes, por acréscimo de morbidades que demandam múltiplos medicamentos (CADOGAN; RYAN; HUGHES, 2016; DUERDEN; AVERY; PAYNE, 2013). Assim, a prescrição de medicamentos nesse grupo populacional tem um aspecto crucial no cuidado à saúde. Isto porque, além dos adultos mais velhos usarem mais medicamentos do que qualquer outro grupo de idade (TAXIS *et al.*, 2016), várias alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento podem afetar a farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos e resultar em interações medicamentosas indesejadas e eventos adversos aos medicamentos (EAM) (DUERDEN; AVERY; PAYNE, 2013). Há evidências claras de que quanto maior é o número de medicamentos prescritos maiores são os riscos de erros de prescrição, prescrição de alto risco e EAM (BOURGEOIS *et al.*, 2010; GUTHRIE *et al.*, 2011).

Devido a essa importância, no Brasil, há estudos recentes que avaliaram a polifarmácia no âmbito da atenção primária em sistemas públicos de saúde, na população idosa em geral e usuários do SUS (CARVALHO, MARISTELA *et al.*, 2012; NASCIMENTO *et al.*, 2017; SILVEIRA; DALASTRA; PAGOTTO, 2014). Em um estudo realizado no Brasil, o qual utilizou uma amostra com representação nacional e o conceito do uso de cinco ou mais medicamentos para definir polifarmácia, esta prática mostrou ser uma realidade no âmbito da APS no SUS (NASCIMENTO *et al.*, 2017). Na atenção primária, em que os médicos habitualmente assistem os pacientes com múltiplas e coexistentes condições de saúde, a multimorbidade é especialmente importante (CARVALHO, J *et al.*, 2017;

RAMOS *et al.*, 2016) e tal condição está intimamente ligada ao uso de vários medicamentos ,simultaneamente, por uma mesma pessoa (RAMOS *et al.*, 2016).

1.4 Justificativa

EUM são necessários, visto a relevância pública dos desafios relacionados à utilização de medicamentos na sociedade, como por exemplo, o uso racional de medicamentos, a segurança do paciente e o impacto econômico devido ao aumento dos gastos público e das famílias com os medicamentos.

Além disso, conhecer o perfil de utilização de medicamentos em uma amostra representativa dos usuários adultos da APS-SUS no estado de Minas Gerais (MG) é importante. Isto porque o estado de Minas Gerais apresenta uma amplitude e diversidade de características que se assemelham ao restante do país; uma APS bem estruturada e organizada em redes, quando comparada a outros estados do país, e um projeto estruturante da assistência farmacêutica, com a Rede Farmácia de Minas. Assim, um panorama levantado sobre a utilização de medicamentos no estado pode servir de base de comparação com a pesquisa mais recente realizada no país sobre utilização de medicamento, a PNAUM (Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e promoção do uso racional de Medicamentos)- componente Serviço, a qual apresenta uma amostra representativa de cinco regiões do Brasil.

Diante do exposto, a realização de EUM com amostra representativa dos usuários adultos da APS-SUS em MG é relevante para a compreensão do perfil de utilização de medicamentos no estado e pode fornecer subsídios importantes para que ações baseadas em evidências possam ser tomadas na busca do uso racional de medicamentos e assim contribuir para gerar possíveis melhorias nas políticas públicas em saúde, em especial no setor da assistência farmacêutica, em Minas Gerais, Brasil.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer o perfil de utilização de medicamentos pelos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, Brasil, no período de 2014-2015.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas, de condições de saúde e as características de utilização de medicamentos pelos usuários da APS do SUS;
- Analisar a relação entre as faixas etárias e o perfil de utilização de medicamentos pelos usuários da APS do SUS;
- Descrever a prevalência e avaliar os fatores associados à polifarmácia nos usuários da APS do SUS.

3 MÉTODOS

3.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal, de natureza descritiva e avaliativa, composto por um levantamento de informações de uma amostra representativa dos usuários adultos da atenção primária à saúde do SUS do estado de Minas Gerais. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas presenciais e questionário semiestruturado, com os usuários dos serviços da APS do SUS (das macro e microrregiões de saúde) do Estado de MG, no período de setembro de 2014 a maio de 2015. As entrevistas foram conduzidas por entrevistadores devidamente treinados e com a utilização de questionário previamente validado (PNAUM- Serviços).

3.2 Plano de Amostragem e população

O presente estudo utilizou o mesmo percurso metodológico e instrumentos adotados pela Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos- PNAUM componente Serviços (ALVARES *et al.*, 2017) com uma diferença em relação ao cálculo de amostragem.

A população selecionada no presente estudo foi dos usuários da APS do SUS em MG e para alcançar um tamanho representativo dessa amostra foram realizados três passos: primeiro foi calculado o número representativo para a amostra dos municípios em MG; segundo, foi calculada a amostra representativa dos serviços de saúde da APS do SUS-MG, a partir dos municípios definidos anteriormente; e, por último, selecionou-se a amostra representativa dos usuários da APS do SUS-MG a partir dos serviços de saúde previamente demarcados (Figura 02).

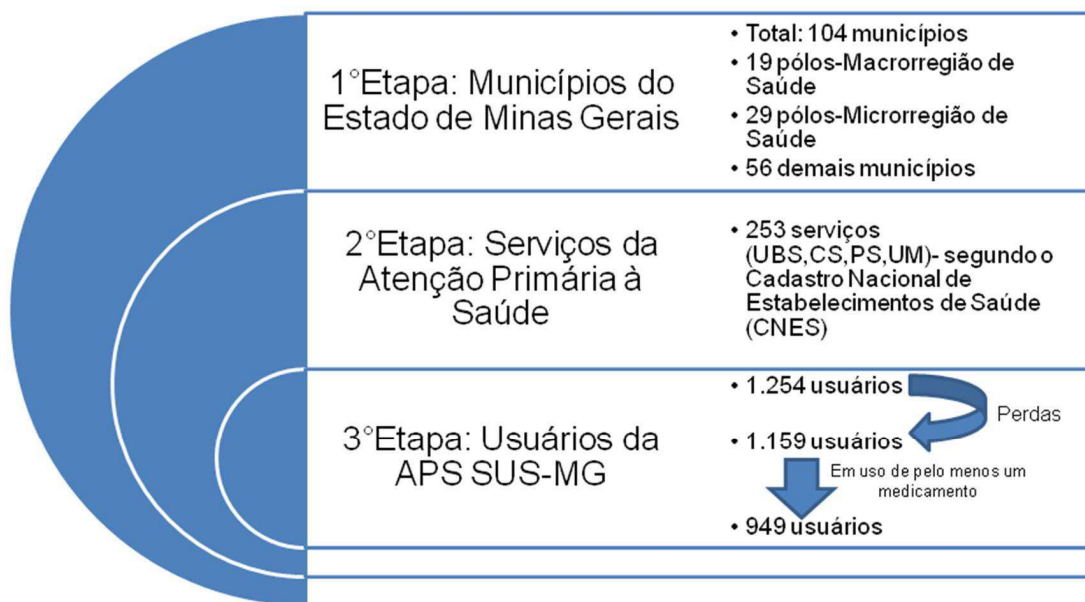
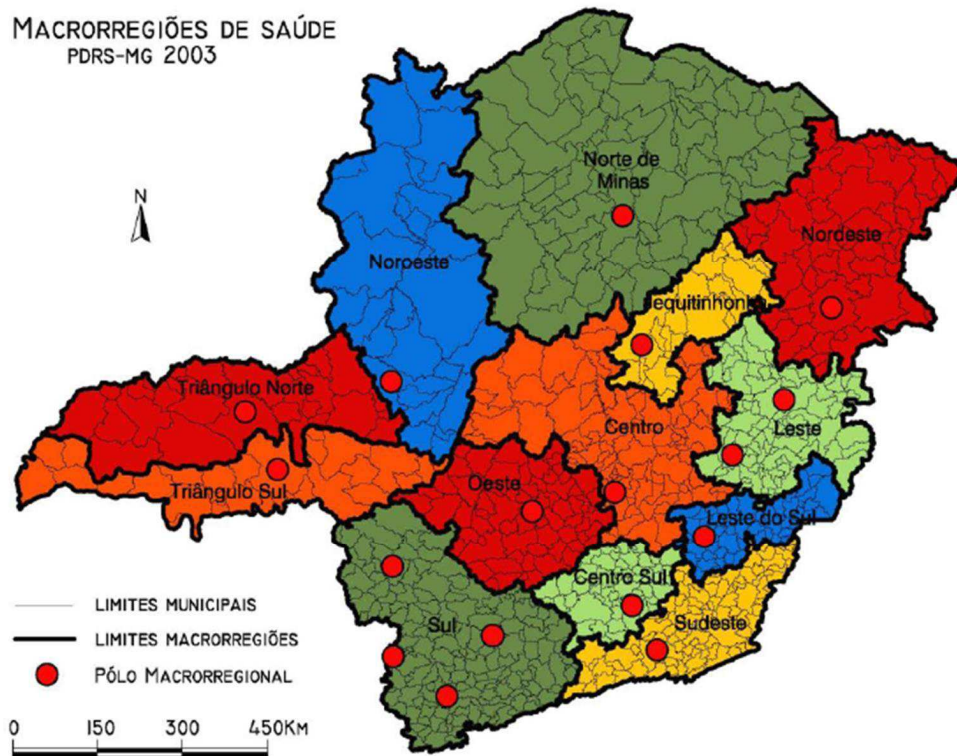


Figura 02: Processo de amostragem da pesquisa sobre acesso, utilização e uso racional de medicamentos no SUS/MG, Brasil, 2014-2015. Fonte: (Elaboração da autora, 2018).

O estado de Minas Gerais contém 853 municípios e estes são delimitados em macro e microrregiões de saúde (Figura 03).



Fonte: SES/MG - PDRS 2003/2006; Org: SILVA, C. B. 2008

Figura 03: Macrorregiões de saúde em Minas Gerais, Brasil. Fonte: (SILVA, C; RAMIRES, 2010).

As macro e microrregiões de saúde no estado de Minas Gerais são definidas de acordo com o Plano Diretor de Regionalização de MG (PDR-MG). Esse instrumento de planejamento de saúde levou em consideração os princípios organizativos do SUS para estabelecer eixos e linhas de trabalho. Essas bases territoriais e populacionais foram ordenadas em fluxos e redes de serviços conforme diferentes níveis de densidades tecnológicas e é a partir dos dados gerados nelas que os cálculos dos recursos e monitoramento dos indicadores de saúde são direcionados (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Por meio da seguinte expressão algébrica, o tamanho da amostra n de municípios do estado de Minas Gerais foi estimado:

$$n = N.p (1-p).z^2 / [(p(1-p).z^2 + (N-1).e^2]$$

Em que:

$N = 853$, ou seja, o número total de municípios do estado de Minas Gerais,

$p = 0,50$ é o valor populacional da proporção que maximiza a variabilidade,
 $z = 1,96$ é o valor na curva normal reduzida para o nível de confiança de 95% dos intervalos de confiança,
 $e = 0,10$ é a margem de erro de 10 pontos percentuais.

Este cálculo definiu 90 municípios no estado de MG. Ao se considerar uma possibilidade de cerca de 20% de perda, o tamanho final da amostra de municípios estabelecido foi de 104. Essa amostra total (104 municípios) foi estratificada da seguinte maneira: em relação aos municípios pólos da região ampliada de saúde (macrorregião) do estado de Minas Gerais, todos os 19 foram selecionados; em relação aos municípios pólos de região de saúde (microrregião), 50% foram selecionados por sorteio aleatório, perfazendo 29 municípios; e, para completar os 104 municípios necessários totais, mais 56 municípios foram definidos por sorteio aleatório dentre os demais municípios do estado, excluindo-se os dos dois primeiros estratos. A especificação dos municípios selecionados é apresentada abaixo (Figura 04):



Figura 04: Especificação dos municípios selecionados em Minas Gerais, Brasil. Fonte: elaboração da autora, 2018.

A amostra dos serviços de saúde foi obtida por sorteio das unidades de atenção primária de saúde em cada município antes sorteado. O número de serviços amostrados em cada município foi proporcional ao porte populacional. Assim, foram

incluídos os Postos de Saúde (PS), Centros de Saúde (CS) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Mistas (UM), consoante com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), perfazendo 253 serviços.

Finalmente, a amostra dos usuários foi obtida pela seleção destes em cada um desses serviços de saúde pré-selecionados. O cálculo do número de usuários entrevistados em cada serviço de unidade da atenção primária à saúde (APS) também foi proporcional ao porte populacional de cada município de acordo com as seguintes definições (Figura 05):

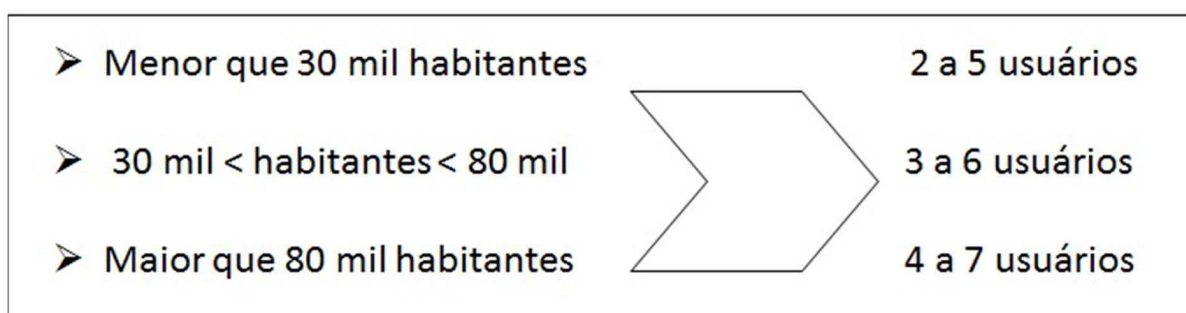


Figura 05: Intervalo de usuários definido em cada serviço da atenção primária à saúde de acordo com o porte populacional do município. Fonte: elaboração da autora, 2018.

Assim, o mínimo de usuários que deveriam ser abordados seria 853, o máximo 1.612 e a média 1.233. Assim, chegou-se ao cálculo de 1.254 usuários, mas devido a perdas, foram entrevistados 1.159 usuários. Destes, 949 usuários declararam ter usado pelo menos um medicamento nos 30 dias anteriores à pesquisa e representam o grupo foco do presente estudo.

3.3 Critérios de elegibilidade

Os usuários dos serviços de APS do SUS do estado de Minas Gerais, com 18 anos ou mais e com consulta agendada na UBS, foram os selecionados para o estudo. Os critérios estipulados para essa seleção ocorreram de forma a não se consentir aos entrevistadores a escolha dos usuários ao compor a amostra, com o intuito de se aproximar ao máximo a um sorteio aleatório. Após se obter o consentimento do gestor, em cada unidade de atenção primária a saúde, para a coleta dos dados, o entrevistador preenchia uma planilha com os nomes de todos os médicos que

possuíam agenda de consultas na unidade, por dia de semana. Estes nomes eram listados por ordem alfabética na planilha de planejamento do sorteio e as entrevistas distribuídas pelos médicos da planilha. Após essa etapa, era identificado o primeiro usuário, agendado para cada médico, para entrevistar na agenda de qualquer um dos médicos da amostra: seria o último paciente a ser atendido entre os que já estivessem presentes no serviço (ALVARES *et al.*, 2017).

3.4 Questionário do estudo

O questionário aplicado nas entrevistas com os usuários dos serviços de atenção primária a saúde era semelhante ao usado na PNAUM-Serviços e composto por questões pessoais referentes a variáveis sociodemográficas, de estados de saúde pré-definidos, aspectos relacionados a utilização e uso racional de medicamentos, utilização do sistema de saúde, estilo de vida, percepções de saúde e plano de saúde (ANEXO A).

3.5 Análise dos dados

No primeiro artigo de resultados, a população do estudo- usuários de pelo menos um medicamento nos 30 dias anteriores à entrevista- foi estratificada em três faixas etárias: de 18 a 44; de 45 a 64 e 65 anos ou mais. Foram descritos três conjuntos de variáveis dessa população em relação a essas faixas etárias: características sociodemográficas, relacionadas ao uso de medicamentos e relativas às condições de saúde.

As características sociodemográficas elencadas foram: sexo, estado civil, escolaridade e classe econômica. Esta foi categorizada segundo o critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP-2014).

No conjunto de variáveis relacionado ao uso de medicamentos foram avaliados: número de medicamentos utilizados (média e mediana), quais medicamentos mais utilizados, uso de genéricos, uso da farmácia popular, necessidade de ajuda para o uso de medicamentos e automedicação. Esta teve a prevalência calculada pelo

número de adultos entrevistados em uso de pelo menos um medicamento que responderam “sim” a seguinte pergunta do questionário “*Você utiliza algum remédio sem receita?*”. O cálculo da automedicação foi realizado por meio dessa pergunta, visto que a ela estavam vinculados os motivos pelos quais a prática da automedicação era feita, questão relevante para o estudo. A prevalência do consumo de medicamentos pela população de 18 anos ou mais, usuária da APS do SUS-MG, foi estimada tendo no denominador o total de entrevistados e no numerador o total de usuários que usaram pelo menos um medicamento nos 30 dias anteriores à pesquisa.

As variáveis das condições de saúde analisadas foram o número e tipo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Estas foram avaliadas segundo autorrelato do usuário e de acordo com a seguinte pergunta: “*Alguma vez na vida um médico ou outro profissional de saúde disse que você tem ou teve alguma das seguintes doenças?*”, apresentando as seguintes opções de resposta: sim, não e não sei. Esta pergunta foi feita para cada condição de saúde pré-definida no questionário, sendo elas: hipertensão; diabetes mellitus; doenças do coração; dislipidemia; acidente vascular cerebral; doença pulmonar crônica; artrite/artrose/ reumatismo e depressão. Para efeito de análise foi criada a variável número de doenças, que variou de zero a oito, referente às morbidades pré-definidas supracitadas, as quais foram categorizadas em nenhuma, uma e duas ou mais doenças (multimorbidade). O cálculo da prevalência de multimorbidade levou em consideração no numerador o número de pessoas em uso de medicamentos com duas ou mais doenças e no denominador o número total de entrevistados em uso de medicamentos. Eventualmente foram referidas outras doenças crônicas, mas que não foram incluídas na análise por representarem um grupo indeterminado de quantas e quais doenças crônicas.

No cálculo do número de doenças levou-se em consideração o grupo das oito doenças pré-definidas no estudo (hipertensão, dislipidemia, depressão, artrite/artrose/reumatismo, diabetes, doença pulmonar, doença cardíaca e acidente vascular cerebral). No entanto, foi apresentada nos resultados a descrição detalhada das doenças mais prevalentes na amostra.

Frequências absolutas e relativas desses dados foram apresentadas e para avaliação da significância estatística das diferenças entre os grupos etários foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, para variáveis categóricas. Já para a média e a mediana do número de medicamentos foram aplicados, respectivamente, os testes ANOVA e Jonckheere-Terpstra. Os testes de normalidade (Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov) foram realizados para avaliar a distribuição do número de medicamentos tendo sido verificado que a mesma não era normal ($p < 0,05$). No entanto, foram apresentadas e analisadas tanto a mediana (com seus intervalos interquartis entre os percentis 25 e 75) como a média (com seus desvios padrões), visto que esta é mais encontrada na literatura. Para todos os testes, foi adotado o nível de significância de 5%. As análises estatísticas foram realizadas por meio do programa SPSS® versão 22.

No segundo artigo de resultados, a população do estudo- usuários em uso de pelo menos um medicamento nos 30 dias anteriores à pesquisa- foi estratificada pelo número de medicamentos utilizados em três categorias: um, dois a quatro e cinco ou mais medicamentos (polifarmácia). Sendo esta última categoria o foco do segundo artigo.

Inicialmente, foram descritos, em relação a essas categorias, características dessa população: sociodemográficas, de estilo de vida e relativas aos indicadores de condições de saúde.

As características sociodemográficas elencadas foram: sexo, idade, estado civil, escolaridade, classe econômica (ABEP-2014) e plano de saúde.

No grupo relacionado ao estilo de vida foram avaliados: tabagismo, prática de atividade física e consumo de álcool. Este foi categorizado em positivo (relato de consumo de álcool de uma vez ou mais por mês) e negativo (relato de consumo de álcool menos de uma vez por mês ou nunca consumir). Em relação ao tabagismo, este foi avaliado por meio da seguinte pergunta “Você fuma atualmente?”. E em relação à prática de atividade física, esta foi avaliada de acordo com a pergunta “Nos últimos três meses você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?”.

Em relação ao grupo dos indicadores de condições de saúde as variáveis consideradas foram: o número e quais DCNT (da mesma forma que foi feito no

primeiro artigo). Além disso, foi também levado em consideração a autopercepção de saúde, atendimento em emergência e hospitalização- estes dois em relação aos 12 meses anteriores à entrevista.

Frequências absolutas e relativas desses dados foram apresentadas e para avaliação da significância estatística das diferenças entre os grupos, categorizados em relação ao número de medicamentos, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson com nível de significância de 5%.

A prevalência da polifarmácia entre os usuários de medicamentos da APS do SUS-MG, foi estimada tendo no denominador o total de usuários que utilizaram pelo menos um medicamento nos 30 dias anteriores à pesquisa e no numerador o número dentre esses usuários que usaram 5 ou mais medicamentos.

Posteriormente a essa análise descritiva foi feita uma análise exploratória para avaliar a associação entre a variável dependente- polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos) e as variáveis independentes supracitadas nos três blocos das características sociodemográficas, de estilo de vida e relativas aos indicadores de condições de saúde. Essas covariáveis foram incluídas no estudo pela importância epidemiológica e por estarem associadas à polifarmácia em estudos na literatura pesquisada.

Assim, a associação entre polifarmácia e as variáveis explicativas foi avaliada por modelo de Regressão Logística uni e multivariada. Procedeu-se a análise univariada, calculando os Odds Ratios (OR) não ajustados, para as variáveis independentes. Destas, as que apresentaram associação com o desfecho em nível $p \leq 0.20$ foram inseridas na análise multivariada. Dessa forma, permaneceram no modelo final as variáveis independentes associadas ao desfecho com nível de significância $p < 0.05$, tendo as OR ajustadas apresentadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Ou seja, foi adotado o método backward para chegar ao modelo final. A qualidade do ajuste do modelo foi verificada pelo teste de Hosmer-Lemeshow. As análises estatísticas foram realizadas por meio do programa SPSS® versão 22.

Em ambos os artigos os medicamentos foram classificados de acordo com o Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC), desenvolvido pelo World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Nessa classificação, são considerados as propriedades terapêuticas e farmacológicas do medicamento e o órgão ou sistema sobre o qual ele atua (WHO, 2018).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os preceitos éticos para a realização de pesquisas foram atendidos - aprovação CONEP, parecer nº 398.131/2013 (ANEXO B). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

4 ARTIGO DE RESULTADOS 1

Perfil de utilização de medicamentos dos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais

Profile of medicines utilization of users of primary care of the Unified Health System of Minas Gerais

Palavras-chave:

uso de medicamentos; farmacoepidemiologia; atenção primária à saúde; saúde pública.

drug utilization; pharmacoepidemiology; primary health care; public health.

Resumo: O estudo teve como objetivo descrever e avaliar o perfil de utilização de medicamentos dos usuários, adultos e idosos, da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde no estado de Minas Gerais. Trata-se de um estudo transversal em que foram realizadas entrevistas diretamente com os usuários nos serviços de atenção primária à saúde em todo o Estado. Foram coletados dados sobre características sociodemográficas, condições de saúde, uso de medicamentos e identificação dos medicamentos utilizados no último mês, sendo estratificados por faixas etárias. Para avaliar a diferença entre as faixas etárias foram utilizados os testes qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, para variáveis categóricas, e testes ANOVA e Jonckheere-Terpstra, para variáveis numéricas. Para todos os testes, foi utilizado o nível de significância de 5%. A prevalência de uso global de medicamentos foi de 81,8%. Em média, cada usuário utilizou 2,67 medicamentos, com diferença entre as faixas etárias. Os medicamentos mais utilizados foram “antagonistas da angiotensina II” (3º nível ATC), sendo a losartana (5º nível ATC) o mais utilizado. Dentre os usuários de medicamentos, 15,17% tinham 65 anos de idade ou mais. Estes apresentaram mais multimorbidades, eram menos escolarizados e apresentaram pior situação econômica. A automedicação e a não adesão ao medicamento prescrito foram maiores entre os adultos jovens (18-44 anos).

4.1 Introdução

A necessidade de pesquisa sobre a utilização de medicamentos justifica-se, visto os problemas emergentes do aumento dos gastos e do uso inadequado de medicamentos. Esse tipo de pesquisa visa descrever e compreender o uso de medicamentos na sociedade e abrange uma quantidade variada de métodos não só descritivos, mas também analíticos. Disto decorre uma quantificação, avaliação e compreensão dos processos de prescrição, dispensação e consumo de medicamentos em uma população, a fim de testar intervenções que melhorem a qualidade desses processos¹.

Por se tratar de um processo social, a utilização de medicamentos sofre influência de diversos fatores^{2,3,4}, tais como a estrutura demográfica, o perfil de morbidade, as características socioeconômicas, comportamentais, culturais, do mercado farmacêutico e das políticas governamentais dirigidas ao setor⁵, aspectos estes que estão em constante mudança.

Assim, o uso de medicamentos deve ser avaliado periodicamente para verificar possíveis alterações no seu perfil de utilização em uma determinada população, à medida que fornece evidências atualizadas sobre o consumo de medicamentos e fatores relacionados. Estas podem auxiliar no planejamento de serviços de saúde e pesquisas futuras⁶, além de fornecer informações para a eleição de prioridades em políticas públicas de saúde⁷ oportunas e pertinentes às necessidades da sociedade.

Sabe-se que o medicamento é um bem essencial à saúde, visto o seu papel significativo na melhora da qualidade e expectativa de vida da população² e, conseqüentemente, diminuição acentuada da duração da hospitalização e mortalidade nas últimas décadas do século XX¹. Sua relevância na prevenção, no controle, no diagnóstico e nos tratamentos das doenças baseia-se, cada vez mais, nos avanços científicos e tecnológicos⁸. No entanto, o seu uso inadequado pode gerar conseqüências para o indivíduo, para a sociedade e para os sistemas de saúde⁹, caracterizando-se como um problema global¹⁰ e de interesse para a saúde pública.

Ademais, os medicamentos apresentam uma importância do ponto de vista econômico, uma vez que, na maioria dos países do mundo, o aumento das

despesas farmacêuticas é uma realidade e os medicamentos têm sido o componente de custo de crescimento mais rápido. Isto se deve, em parte, ao lançamento contínuo de novos medicamentos caros, às metas clínicas mais rigorosas e às mudanças demográficas¹. No geral, em países de baixa e média renda, entre 41 e 56% dos núcleos familiares gastam 100% dos seus gastos com saúde em medicamentos¹¹.

No Brasil a mudança demográfica é uma realidade (assim como a transição epidemiológica) representada por um aumento da longevidade com um consequente aumento de doenças crônicas não transmissíveis¹², que por sua vez, tende a provocar um crescente uso de medicamentos, em especial entre os idosos¹³. Esse envelhecimento da população representa crescentes pressões sobre os sistemas de saúde e estudos comparando grupos etários elencam informações que podem nos ajudar a entender e planejar a utilização de recursos de saúde. Sendo assim importante a avaliação da utilização de medicamentos entre os grupos etários, pois pode fornecer uma visão geral da epidemiologia em relação ao panorama das doenças, padrões atuais de tratamento e abordagens farmacoterapêuticas em cada faixa etária. Além disso, alterações associadas à idade na função orgânica e composição corporal, particularmente em idosos, justificam um acompanhamento mais rigoroso a fim de garantir o uso eficaz e seguro de medicamentos entre esses indivíduos¹⁴.

Sabe-se que a avaliação do uso de medicamentos junto à população assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, além de avaliar as características inerentes a este uso, analisa também a própria assistência à saúde¹⁵. Dessa forma, dados confiáveis e atualizados são oportunos para que ações e políticas em vigor possam ser avaliadas. No SUS-Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS), tem um papel relevante para a integralidade do cuidado, que inclui a assistência farmacêutica. Esta, por ser parte integrante do sistema de saúde e uma ação de saúde pública, é fundamental para a resolubilidade das ações em saúde. Em Minas Gerais, há uma assistência farmacêutica estruturante, a Rede Farmácia de Minas, além de uma APS-SUS bem definida e organizada.

Logo, objetivou-se com o presente estudo delinear o perfil de utilização de medicamentos, em uma amostra representativa dos usuários adultos da APS do

SUS em Minas Gerais (MG), buscando caracterizar as tendências de seu uso segundo as faixas etárias dos participantes.

4.2 Metodologia

Trata-se de um estudo observacional, com delineamento transversal, de abrangência estadual, realizado em Minas Gerais, no período de setembro de 2014 a maio de 2015. As unidades de análise foram os indivíduos dos serviços da APS-SUS em MG, com idade igual ou superior a 18 anos, em uso de medicamentos, e os próprios medicamentos. As informações foram obtidas presencialmente, nas unidades de saúde, por entrevistadores treinados que aplicaram um questionário semiestruturado e previamente validado. O presente estudo adotou percurso metodológico semelhante e os mesmos instrumentos da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), componente Serviços¹⁶.

O tamanho da amostra, representativa dos usuários adultos da APS-SUS em MG, foi estimado por meio dos seguintes passos: primeiro foi calculado o tamanho da amostra dos municípios em MG; depois foi calculada a amostra representativa dos serviços de saúde da APS-SUS em MG, a partir dos municípios definidos anteriormente; e, por último, selecionou-se amostra representativa dos usuários, a partir dos serviços de saúde previamente demarcados. Detalhes do procedimento do cálculo da estimativa desse tamanho da amostra de municípios (104) e dos serviços de saúde (253) encontram-se publicados¹⁷.

Em cada município, o número de usuários foi distribuído proporcionalmente às macro e microrregiões de saúde e demais municípios, de acordo com a frequência de serviços amostrados. Dessa forma, o tamanho estimado da amostra de usuários, selecionados em cada serviço de saúde, foi de 1.254, mas devido às perdas, o número de entrevistados foi de 1.159. Estes foram sorteados a partir de uma ordem pré-definida quando estavam em consulta médica nos dias da pesquisa de campo. Os critérios estipulados para essa seleção ocorreram de forma a não se admitir aos entrevistadores a escolha dos usuários ao compor a amostra, com a finalidade de se aproximar ao máximo a um sorteio aleatório.

A população do estudo foi estratificada em três faixas etárias: de 18 a 44; de 45 a 64 e 65 anos ou mais. As variáveis sociodemográficas, relativas às condições de saúde

e relacionadas ao uso de medicamentos foram descritas por meio de frequências simples absolutas e relativas. Para a avaliação da significância estatística das diferenças entre os grupos etários, nas proporções das variáveis categóricas, foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher. Para a média e a mediana do número de medicamentos, foram aplicados, respectivamente, os testes ANOVA e Jonckheere-Terpstra. Os testes de normalidade (Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov) foram realizados para avaliar a distribuição do número de medicamentos tendo sido verificado que a mesma não era normal ($p < 0,05$). No entanto, foram apresentadas e analisadas tanto a mediana (com seus intervalos interquartis entre os percentis 25 e 75) como a média (com seus desvios padrões), visto que esta é mais encontrada na literatura. Para todos os testes, foi adotado o nível de significância de 5%. As análises estatísticas foram realizadas por meio do programa SPSS[®] versão 22.

O período recordatório considerado na pesquisa, em relação ao uso de medicamentos, foi de 30 dias anteriores à entrevista. A média de medicamentos por usuário foi estabelecida como indicador da intensidade de uso em relação ao total da amostra (geral) e para cada grupo em relação às faixas etárias. Ela foi calculada dividindo-se o número de medicamentos citado nas entrevistas (no total e por grupo etário) pelo número de usuários (no total e por grupo etário).

Os medicamentos foram classificados de acordo com os 3^o e 5^o níveis do *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System*¹⁸, correspondendo, respectivamente, aos subgrupos farmacológicos e a substância química.

Os preceitos éticos para a realização de pesquisas foram atendidos (aprovação CONEP, parecer nº 398.131/2013). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.3 Resultados

Dentre os 1.159 usuários da APS-SUS entrevistados no estado de MG, 949 (81,8%) relataram ter usado algum medicamento nos 30 dias anteriores à entrevista. Destes, 407 (42,89%) pertenciam à faixa etária 18-44anos, 398 (41,94%) à faixa etária 45-64 anos e 144 (15,17%) à faixa etária 65 anos ou mais.

As características sociodemográficas e relacionadas à saúde estão apresentadas na Tabela 1, na qual se observam diferenças significativas nas proporções entre as faixas etárias. A maior parte desses usuários (80,1%) era do sexo feminino, mas a proporção de homens aumentou com a idade, chegando a 34,7% na faixa etária de 65 anos ou mais. Quase metade (47,0%) dos usuários de medicamentos possuía baixa escolaridade (analfabeto e fundamental incompleto). Verificaram-se entre os idosos (65 anos ou mais) os menores níveis de escolaridade, sendo a proporção de analfabetos e de ensino fundamental incompleto, respectivamente, de 25,7% e 54,2%.

A maioria declarou ser casado ou estar em união estável. Os idosos foram os que apresentaram maior proporção de divorciados ou viúvos (45,8%). Em relação à classe econômica, a maioria dos usuários de medicamentos pertencia à classe C seguida pelas classes D ou E (20,0%). Observou-se entre os idosos a maior proporção na classe econômica D ou E, 32,6%.

TABELA 1. Características sociodemográficas e de condições de saúde dos usuários de medicamentos da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde, em Minas Gerais, 2014-2015.

Variável	Faixa etária (anos)				p-valor
	18 a 44	45 a 64	65 ou mais	Total	
	N=407	N=398	N=144	N=949	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Sexo					<0,001*
Feminino	356 (87,5)	310 (77,9)	94 (65,3)	760 (80,1)	
Masculino	51 (12,5)	88 (22,1)	50 (34,7)	189 (19,9)	
Estado Civil					<0,001*
Solteiro	157 (38,6)	72 (18,1)	7 (4,9)	236 (24,9)	
Casado/união estável	232 (57,0)	239 (60,1)	71 (49,3)	542 (57,1)	
Divorciado/Viúvo	18 (4,4)	87 (21,9)	66 (45,8)	171 (18,0)	
Escolaridade					<0,001*
Analfabeto	6 (1,5)	37 (9,3)	37 (25,7)	80 (8,4)	
Fundamental incompleto	90 (22,1)	198 (49,7)	78 (54,2)	366 (38,6)	
Fundamental completo	67 (16,5)	63 (15,8)	15 (10,4)	145 (15,3)	
Ensino médio	196 (48,2)	86 (21,6)	11 (7,6)	293 (30,9)	
Ensino superior	48 (11,8)	14 (3,5)	3 (2,1)	65 (6,8)	
Classe econômica***					<0,001**
A ou B	86 (21,1)	66 (16,6)	17 (11,8)	169 (17,8)	
C	268 (65,8)	242 (60,8)	80 (55,6)	590 (62,2)	
D ou E	53 (13,0)	90 (22,6)	47 (32,6)	190 (20,0)	
Número de doenças crônicas					<0,001*
Nenhuma	183 (45,0)	49 (12,3)	4 (2,8)	236 (24,9)	
Uma	123 (30,2)	93 (23,4)	27 (18,8)	243 (25,6)	
Duas ou mais	101 (24,8)	256 (64,3)	113 (78,5)	470 (49,5)	
Principais doenças crônicas					
Hipertensão	94 (23,1)	261 (65,6)	122 (84,7)	477 (50,3)	<0,001**
Dislipidemia	46 (11,3)	174 (43,7)	76 (52,8)	296 (31,2)	<0,001*
Depressão	97 (23,8)	129 (32,4)	40 (27,8)	266 (28,0)	0,016**
Artrite, artrose ou reumatismo	29 (7,1)	99 (24,9)	66 (45,8)	194 (20,4)	<0,001*
Diabetes Mellitus	24 (5,9)	87 (21,9)	46 (31,9)	157 (16,5)	<0,001**

p-valor*: Qui-quadrado de Pearson.

p-valor**: Exato de Fisher.

***Segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP-2014).

Aproximadamente, metade dos usuários de medicamentos relatou possuir duas ou mais doenças crônicas (49,5%), com diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias ($p < 0,001$). Considerando as principais doenças crônicas autorreferidas, a hipertensão arterial foi a mais prevalente (50,3%), seguida por

dislipidemia (31,2%) e depressão (28,0%). Em relação às doenças crônicas, a maior proporção de acometidos eram idosos, com exceção da depressão, na qual se observou maior proporção na faixa etária de 45-64 anos.

Em relação às características de uso de medicamentos (Tabela 2), observaram-se diferenças significativas nas proporções entre as faixas etárias, exceto em relação a algumas situações de automedicação, não adesão ao tratamento e conhecimento do Programa Farmácia Popular.

A maior parte dos usuários (66,2%) relatou utilizar medicamentos genéricos, sendo a faixa etária de 65 anos ou mais aquela com a maior proporção de uso (77,1%).

No que se refere à automedicação, esta foi observada em quase metade dos usuários (48,2%), com maior proporção entre os usuários mais jovens (57,7%). Dentre os motivos para automedicação, os mais relatados foram “possuir o medicamento em casa” e “uso anterior do medicamento”. Esse último motivo apresentou diferença significativa ($p=0,003$) entre as faixas etárias.

Ao investigar a não adesão de medicamentos prescritos pelo médico, maiores proporções também foram constatadas em usuários da faixa etária 18-44 anos (28,5%). Dentre as razões para essa não utilização, destacam-se a experiência negativa anterior com o uso do mesmo produto (71,4%) e acreditar que o medicamento é muito forte ou fraco (60,5%). Esse último motivo apresentou diferença significativa ($p=0,017$) entre as faixas etárias, com maior proporção entre os usuários da faixa etária 45-64 anos (65,6%).

Em relação à Farmácia Popular, verificou-se a utilização do Programa por cerca de 65% dos que o conheciam. A maior proporção foi observada na faixa etária de 65 anos ou mais (73,3%), seguida por 45-64 anos (71,3%) e 18-44 anos (52,9%), sendo essas diferenças estatisticamente significativas ($p<0,001$).

TABELA 2. Características do uso de medicamentos pelos usuários da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde, em Minas Gerais, 2014-2015.

Variável	Faixa etária (anos)				p-valor
	18-44	45-64	65 ou mais	Total	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
O medicamento em uso é genérico?					<0,001*
Sim	238 (58,5)	279 (70,1)	111 (77,1)	628 (66,2)	
Não	98 (24,1)	48 (12,1)	6 (4,2)	152 (16,0)	
Não sabe	71 (17,4)	71 (17,8)	27 (18,8)	169 (17,8)	
Precisa de ajuda para usar os medicamentos?					0,006*
Sempre	5 (1,2)	11 (2,8)	10 (6,9)	26 (2,7)	
Às vezes	15 (3,7)	15 (3,8)	8 (5,6)	38 (4,0)	
Não	387 (95,1)	372 (93,5)	126 (87,5)	885 (93,3)	
Utiliza medicamentos sem receita (sim)	235 (57,7)	176 (44,2)	46 (31,9)	457 (48,2)	<0,001*
Situações em que utiliza medicamentos sem receita^a					
Quando tem o medicamento em casa	211 (89,8)	156 (88,6)	40 (87,0)	407 (89,1)	0,905**
Uso prévio	215 (91,5)	147 (83,5)	34 (73,9)	396 (86,7)	0,003**
Indicação na farmácia	171 (72,8)	106 (60,2)	30 (65,2)	307 (67,2)	0,060**
Deixa de utilizar medicamento prescrito pelo médico (sim)	116 (28,5)	90 (22,6)	14 (9,7)	220 (23,2)	<0,001*
Casos em que deixa de utilizar medicamento prescrito^b					
Usou antes e passou mal	87 (75,0)	62 (68,9)	8 (57,1)	157 (71,4)	0,487**
Acha que é muito forte ou fraco	68 (58,6)	59 (65,6)	6 (42,9)	133 (60,5)	0,017**
Considera que não é o certo ou não funciona	71 (61,2)	50 (55,6)	10 (71,4)	131 (59,5)	0,744**
Conhece o Programa Farmácia Popular (sim)	272 (66,8)	293 (73,6)	101 (70,1)	666 (70,2)	0,261**
Usa o Programa Farmácia Popular^c (sim)	144 (52,9)	209 (71,3)	74 (73,3)	427 (64,1)	<0,001**
Medicamentos^d					
Média do número de medicamentos	1,94	3,04	3,72	2,67	<0,001***
Mediana do número de medicamentos	2,00	3,00	3,00	2,00	<0,001****

p-valor*: Qui-quadrado de Pearson.

p-valor**: Exato de Fisher.

p-valor***: ANOVA.

p-valor****: Jonckheere's trend.

^aporcentagens sobre o total (457) de pessoas que disseram "sim" em utilizar medicamento sem receita.

^bporcentagens sobre o total (220) de pessoas que disseram "sim" em deixar de utilizar medicamento receitado pelo médico.

^cporcentagens sobre o total (666) de pessoas que disseram "sim" em conhecer o Programa Farmácia Popular.

^dvalores não representados como N (%), mas como valores inteiros da média e mediana total e em cada faixa etária.

Considerando-se o total de usuários, observou-se que a média do número de medicamentos utilizados foi de 2,67 (DP: 1,89) por usuário. Esta variou de forma estatisticamente significativa ($p < 0,001$) para cada faixa etária, sendo de 1,94 (DP:1,28) para a faixa etária de 18 a 44 anos, 3,04 (DP:2,04) para a de 45 a 64 anos

e 3,72 (DP:2,10) para a ≥ 65 anos. A mediana do número medicamentos utilizados foi de 2,00 (IIQ:1,00-4,00) e também variou significativamente ($p < 0,001$) entre as faixas etárias, sendo, respectivamente, 2,00 (IIQ: 1,00- 2,00) na faixa etária de 18 a 44 anos, 3,00 (IIQ: 2,00- 4,00) na faixa etária de 45 a 64 anos e 3,00 (IIQ: 2,00- 5,00) na faixa etária de 65 anos ou mais.

Dentre os 2.536 medicamentos autorreferidos pelos usuários, foi possível identificar corretamente, de acordo o 5º nível da ATC, 2.372 princípios ativos. Os medicamentos mais utilizados foram losartana (7,0%), hidroclorotiazida (6,6%), sinvastatina (5,4%), omeprazol (4,8%) e metformina (4,2%) (Tabela 3), presentes em maior proporção na faixa etária de 65 anos ou mais. Ao contrário da maioria dos medicamentos, o clonazepam e a fluoxetina apresentaram uma proporção maior na faixa etária dos adultos mais jovens 18-44 anos. No geral, o perfil dos 20 medicamentos mais utilizados mostra conformidade com as enfermidades mais prevalentes na população estudada. Entre os medicamentos mais utilizados destacam-se clonazepam, fluoxetina, ibuprofeno e diazepam que são considerados itens potencialmente inapropriados para uso em idosos¹⁹ (TABELA 3).

TABELA 3. Medicamentos mais utilizados pelos usuários da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde, em Minas Gerais, estratificado por faixa etária, considerando-se o 5º nível da *Anatomical Therapeutic Chemical*

Nome do Medicamento	Código ATC 5º nível	N (%) ^a Total	N (%) ^b faixa etária 18 a 44 anos	N (%) ^b faixa etária 45 a 64 anos	N (%) ^b faixa etária 65 anos ou mais
Losartana	C09CA01	167 (7,0)	22 (2,9)	95 (8,4)	50 (10,1)
Hidroclorotiazida	C03AA03	156 (6,6)	34 (4,6)	81 (7,2)	41 (8,3)
Sinvastatina	C10AA01	127 (5,4)	13 (1,7)	73 (6,5)	41 (8,3)
Omeprazol	A02BC01	113 (4,8)	32 (4,3)	56 (5,0)	25 (5,1)
Metformina	A10BA02	100 (4,2)	16 (2,1)	57 (5,0)	27 (5,5)
Clonazepam ^c	N03AE01	77 (3,2)	30 (4,0)	38 (3,4)	9 (1,8)
Ácido acetilsalicílico	B01AC06	74 (3,1)	7 (0,9)	37 (3,3)	30 (6,1)
Atenolol	C07AB03	70 (3,0)	11 (1,5)	37 (3,3)	22 (4,4)
Levotiroxina	H03AA01	67 (2,8)	14 (1,9)	31 (2,7)	22 (4,4)
Enalapril	C09AA02	63 (2,7)	13 (1,7)	40 (3,5)	10 (2,0)
Captopril	C09AA01	51 (2,2)	12 (1,6)	25 (2,2)	14 (2,8)
Anlodipino	C08CA01	48 (2,0)	3 (0,4)	29 (2,6)	16 (3,2)
Sulfato ferroso	B03AA07	47 (2,0)	42 (5,6)	4 (0,4)	1 (0,2)
Fluoxetina ^d	N06AB03	46 (1,9)	22 (2,9)	21 (1,9)	3 (0,6)
Paracetamol	N02BE01	44 (1,9)	29 (3,9)	13 (1,1)	2 (0,4)
Ibuprofeno ^e	M01AE01	41 (1,7)	21 (2,8)	16 (1,4)	4 (0,8)
Propranolol	C07AA05	39 (1,6)	5 (0,7)	23 (2,0)	11 (2,2)
Dipirona	N02BB02	37 (1,6)	21 (2,8)	13 (1,1)	3 (0,6)
Ácido Fólico	B03BB01	36 (1,5)	32 (4,3)	4 (0,4)	0 (0,0)
Diazepam ^f	N05BA01	33 (1,4)	5 (0,7)	23 (2,0)	5 (1,0)

N(%)^a: valor absoluto e porcentagem sobre o total de todos os 2372 medicamentos identificados.

N(%)^b: valores absolutos e porcentagens sobre o total de medicamentos em cada faixa etária: Faixa etária 18-44anos: 746 medicamentos; Faixa etária 45-64 anos: 1131 medicamentos; Faixa etária 65 anos ou mais: 495 medicamentos.

^{c,d,e,f} Medicamentos potencialmente inapropriados para uso em pessoas acima de 65 anos, conforme critérios Beers, 2012.

Os subgrupos farmacológicos mais utilizados, considerando-se o 3º nível da ATC, foram “antagonistas da angiotensina II” (7,1%), “diuréticos de baixa potência-tiazídicos” (6,7%) e “agentes modificadores de lipídeo” (6,1%). A proporção de consumo dos subgrupos farmacológicos foi, em geral, maior na faixa etária de 65 anos ou mais. Ao contrário, observou-se que o subgrupo “outros analgésicos e antipiréticos” apresentou maior proporção na faixa etária de 18-44 anos. Além disso, notou-se que os subgrupos farmacológicos mais utilizados, em relação à amostra geral, pertenciam aos sistemas cardiovasculares (33,6%) e nervoso (18,0%), com

destaque, respectivamente, aos medicamentos anti-hipertensivos e psicofármacos (TABELA 4).

TABELA 4. Medicamentos mais utilizados pelos usuários da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde, em Minas Gerais, estratificado por faixa etária, considerando-se o 3º nível da *Anatomical Therapeutic Chemical*.

Subgrupo Farmacológico	Código ATC 3º nível	N (%) ^a Total	N (%) ^b faixa etária 18 a 44 anos	N (%) ^b faixa etária 45 a 64 anos	N (%) ^b faixa etária 65 anos ou mais
Antagonistas da angiotensina II	C09C	169 (7,1)	22 (2,9)	97 (8,6)	50 (10,1)
Diuréticos de baixa potência, tiazídicos	C03A	159 (6,7)	34 (4,6)	82 (7,3)	43 (8,7)
Agentes modificadores de lipídeo (hipolipemiantes)	C10A	145 (6,1)	16 (2,1)	84 (7,4)	45 (9,1)
Medicamentos hipoglicemiantes, excluindo insulinas	A10B	139 (5,9)	20 (2,7)	76 (6,7)	43 (8,7)
Antidepressivos	N06A	135 (5,7)	54 (7,2)	68 (6,0)	13 (2,6)
Medicamentos para úlcera péptica e doença do refluxo gastroesofágico	A02B	130 (5,5)	38 (5,1)	65 (5,7)	27 (5,5)
Antiepilépticos	N03A	124 (5,2)	45 (6,0)	66 (5,8)	13 (2,6)
Agentes beta bloqueadores	C07A	123 (5,2)	18 (2,4)	70 (6,2)	35 (7,1)
Inibidores da enzima conversora de angiotensina	C09A	115 (4,8)	25 (3,4)	66 (5,8)	24 (4,8)
Outros analgésicos e antipiréticos	N02B	110 (4,6)	65 (8,7)	35 (3,1)	10 (2,0)
Produtos anti-inflamatórios não esteroidais e antirreumáticos	M01A	107 (4,5)	45 (6,0)	49 (4,3)	13 (2,6)
Agentes antitrombóticos	B01A	90 (3,8)	13 (1,7)	45 (4,0)	32 (6,5)
Preparações para tireoide	H03A	67 (2,8)	14 (1,9)	31 (2,7)	22 (4,4)
Contraceptivos hormonais para uso sistêmico	G03A	62 (2,6)	58 (7,8)	4 (0,4)	0 (0,0)
Ansiolíticos	N05B	60 (2,5)	10 (1,3)	40 (3,5)	10 (2,0)
Bloqueadores seletivos do canal de cálcio, com efeitos principalmente vasculares	C08C	59 (2,5)	5 (0,7)	32 (2,8)	22 (4,4)
Preparações com ferro	B03A	47 (2,0)	42 (5,6)	4 (0,4)	1 (0,2)
Vitamina B12 e ácido fólico	B03B	37 (1,6)	32 (4,3)	5 (0,4)	0 (0,0)
Insulinas e análogos	A10A	34 (1,4)	8 (1,1)	21 (1,9)	5 (1,0)
Combinações de antagonistas da angiotensina II (diuréticos)	C09D	28 (1,2)	6 (0,8)	16 (1,4)	6 (1,2)

N(%)^a: valor absoluto e porcentagem sobre o total de todos os 2372 medicamentos identificados.

N(%)^b: valores absolutos e porcentagens sobre o total de medicamentos em cada faixa etária: Faixa etária 18-44anos: 746 medicamentos; Faixa etária 45-64 anos: 1131 medicamentos; Faixa etária 65 anos ou mais: 495 medicamentos.

4.4 Discussão

Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) com dados representativos de abrangência estadual são raros e limitados a estratos específicos da população, como aqueles com determinadas condições clínicas^{9,20,21}. São também escassos na

literatura EUM de maior abrangência, representativos dos usuários da APS, como o presente estudo.

A prevalência global (qualquer medicamento- seja para uso crônico ou agudo) de uso de medicamentos observada neste estudo (81,8%) foi superior à de outros estudos realizados na APS no país^{15,22,23,24} e de base populacional nacional^{2,4,5,6,25,26} e internacional^{27,28,29}. Além de a amostra ser institucional, outros fatores que podem explicar, em partes, essa maior prevalência pode ser o reflexo de uma assistência farmacêutica melhor estruturada em municípios do estado, com a Rede Farmácia de Minas¹⁷, contribuindo para maior acesso aos medicamentos.

A prevalência global de uso de medicamentos na faixa etária de 65 anos ou mais (90,0%) foi semelhante à de estudo de abrangência nacional na APS²⁴ e de base populacional^{26,29,30}, mas superior àquela encontrada em estudos realizados exclusivamente com idosos na APS^{31,32} e em estudos de base populacional^{13,25,33}.

O número máximo de medicamentos utilizados pelos usuários da APS-SUS em MG foi treze, resultado este um pouco inferior ao verificado em outros estudos nacionais na APS^{23,24} e de base populacional⁴. A média de medicamentos utilizados por indivíduo (2,67) foi semelhante a estudos realizados na APS no Brasil²⁴ e em outros países³⁴, mas superior à de outros estudos^{5,6,22,28,35}, cujas médias variaram entre 1,5 a 2,2. Essa média superior observada talvez seja reflexo da natureza da amostra e dos avanços na oferta de serviços de saúde que o SUS e a Estratégia de Saúde da Família têm feito no país³⁶ e em MG, refletindo em maior consumo de medicamentos. Outro aspecto a se considerar é que como a curva de distribuição do número de medicamentos no presente estudo não se apresentou estatisticamente normal, essa média pode estar superestimada.

A média de medicamentos utilizados aumenta de acordo com o aumento da faixa etária, elevando-se para 3,72 no grupo acima de 65 anos. Esse resultado entre os idosos é superior a alguns estudos nacionais^{4,5,9,23,24}, mas semelhante a outros^{13,37}. Essa tendência do aumento do número de medicamentos com o aumento da faixa etária está de acordo com a literatura^{5,24,26}, e o uso múltiplo de medicamentos é comum em adultos mais velhos devido ao maior número de morbidades. No entanto, requer atenção maior, visto que é um importante fator de risco para problemas de

prescrição e adesão, eventos adversos a medicamentos e outros efeitos adversos à saúde³⁸.

A mediana do número de medicamentos [2,00 (IIQ:1,00-4,00)] também variou de forma estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre as faixas etárias, condizente com o padrão apresentado pela média. Isso reforça a ideia de que a população está envelhecendo submetida a maior medicalização.

A doença crônica mais frequente no presente estudo foi a hipertensão arterial (50,3%), realidade consistente com outros estudos^{24,39}. Conhecer as doenças prevalentes na população da APS-SUS é relevante, pois a constituição da relação dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica se baseia também nos principais agravos de saúde presentes na atenção básica.

Cerca de metade dos usuários de medicamentos da APS-MG relataram possuir duas ou mais doenças crônicas (multimorbidade), prevalência maior que a observada em estudos de base populacional nacional¹² e internacional⁴⁰. Observação plausível, visto que é uma amostra institucional, normalmente mais acometida por comorbidades que a população em geral. Contudo, o aumento da proporção dessa condição em relação às faixas etárias, observado nestes estudos^{12,40} e na presente pesquisa, é semelhante aos resultados encontrados em uma revisão sistemática internacional sobre estudos de multimorbidades realizados na atenção primária⁴¹. Essa presença da multimorbidade é um problema de saúde pública e um desafio à prática clínica, visto que a maioria dos cuidados de saúde, pesquisa e educação médica é configurada em uma estrutura de doença única⁴⁰.

Do total de medicamentos utilizados, os destinados ao tratamento de doenças do sistema cardiovascular e nervoso foram os que apresentaram maior percentual de uso, resultado similar a outros estudos^{4,6,22,24,28}, principalmente em relação ao uso de anti-hipertensivos como grupo de destaque no sistema cardiovascular. Observou-se que além dos anti-hipertensivos, os hipolipemiantes foram os medicamentos mais frequentemente utilizados. Resultado condizente com o perfil de morbidade da amostra, a qual apresenta a hipertensão e a dislipidemia como as duas doenças mais prevalentes no estudo.

Os psicofármacos também estão entre os grupos farmacológicos mais utilizados na população do presente estudo, assim como demonstrado em outra pesquisa realizada na APS-SUS²⁴. Isto pode estar refletindo o aumento do consumo desses medicamentos nas últimas décadas⁴² ou uma maior sensibilidade dos médicos em diagnosticar transtornos psiquiátricos com, conseqüente, maior prescrição de psicofármacos. Ademais, a classe de antidepressivos como mais prevalente está em conformidade com o perfil de morbidades da amostra estudada, na qual a depressão é a terceira doença mais prevalente, assim como a tendência de aumento da prescrição dos antidepressivos na atenção primária⁴³.

A losartana foi o fármaco mais utilizado, resultado semelhante a outro estudo nacional na APS²⁴. Em relação aos outros anti-hipertensivos, o captopril e o enalapril apresentaram proporções semelhantes (4,9%) aos fármacos atenolol e propranolol (4,6%). Estes beta-bloqueadores, em especial o atenolol, apresentam menor benefício quando comparado aos outros anti-hipertensivos⁴⁴. No entanto, eles são particularmente vantajosos para o tratamento da hipertensão em pacientes com condições cardiovasculares mais delicadas⁴⁵. Condições estas mais frequentes no grupo de pessoas mais velhas, que normalmente apresentam maior risco cardiovascular. Esse fato pode explicar, ainda que parcialmente, o maior uso dos beta-bloqueadores entre os idosos na amostra (65 anos ou mais) quando comparado ao grupo dos mais jovens (18 a 44 anos).

Entre os medicamentos mais usados pelos indivíduos com 65 anos ou mais, encontraram-se alguns Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPI) para os idosos¹⁹, realidade também presente em outros estudos nacionais^{30,46,47}. Embora a frequência seja menor que a encontrada nesses outros estudos, o que pode indicar melhor realidade do uso de medicamentos na APS-SUS em MG, isto deve ser observado com cautela, visto que a prescrição inadequada nessa faixa etária é considerada um problema de saúde pública, dada sua associação com morbidade e mortalidade, além dos custos aos serviços de saúde em função das reações adversas⁴⁸. Assim, esse achado reforça o necessário alerta às equipes multidisciplinares de saúde na identificação e possível amenização do problema emergente do uso inadequado de medicamentos¹ e do desafio da segurança do paciente com intuito de melhorar a qualidade do cuidado prestado.

Em relação às variáveis sociodemográficas associadas ao uso de medicamento, este estudo confirmou o observado na literatura, ou seja, a maior utilização entre as mulheres^{2,4,5,22,23,24} e em idades mais avançadas^{2,4,5,22,24}. Uma provável explicação para essa última questão é que há maior morbidade com o aumento da idade⁵ e, conseqüentemente, maior uso de medicamentos como estratégia de tratamento das doenças. Dentre quatro das cinco morbidades verificadas na população em estudo houve aumento da proporção dessas doenças com a idade o que substancia tal afirmação.

No presente estudo, número relevante dos usuários de medicamentos apresentou baixa escolaridade (analfabeto ou fundamental incompleto), resultado semelhante ao observado em outros estudos nacionais^{9,23,24} e internacionais²⁸. Essa baixa escolaridade foi observada em maior proporção entre os idosos (65 anos ou mais), assim como o estado civil divorciado ou viúvo, a necessidade de ajuda com o uso de medicamentos e pertencer às classes econômicas mais baixas (D/E). Isso é alvo de preocupação, visto que são características que os tornam mais vulneráveis em relação ao uso de medicamentos. Os idosos normalmente apresentam condições fisiológicas e clínicas peculiares associadas a regimes de tratamento mais complexos, como a polifarmácia³³, e aliado às características supracitadas, se tornam mais frágeis à compreensão, adesão e seguimento do esquema terapêutico quando prescrito.

Quanto ao medicamento em uso ser genérico, a prevalência foi maior em relação a outros estudos^{24,49,50}. Acredita-se que esse dado pode estar superestimado, pois a maioria da população entrevistada relatou conseguir o medicamento na Farmácia do SUS e esta, por pertencer ao setor público, disponibiliza amplamente produtos similares⁴⁹, provavelmente mais que os genéricos. Apesar da promoção do uso de medicamentos genéricos ser uma diretriz prioritária na Política Nacional de Medicamentos, a gestão do SUS deve adquirir os medicamentos pelo menor preço²⁴, sendo os similares, muitas vezes, ainda mais baratos do que o genérico correspondente⁵⁰.

Em relação à automedicação, cerca de metade dos entrevistados respondeu ter utilizado algum remédio sem receita, em relação a todas as vezes em que fez o uso de medicamentos. Essa prevalência de automedicação foi superior a de outros

estudos nacionais^{24,51,52,53} e internacionais^{28,54}. O grupo etário com maior utilização da automedicação, no caso adultos jovens (18-44 anos), é característica comum entre os estudos na literatura^{24,28,51}. É possível que a maior prevalência de automedicação observada se deva à natureza da pergunta, visto que esta não se restringia ao período de 30 dias anteriores à pesquisa. Isso também pode ter influenciado a posição do grupo dos analgésicos observada neste estudo, uma vez que este é, em geral, o principal grupo terapêutico utilizado na prática da automedicação⁵¹.

Os resultados observados preocupam, pois quando a automedicação não é responsável há possibilidade de agravamento de problemas de saúde e manutenção do elo de cadeia de doenças transmissíveis⁵⁵. Dentre os motivos da automedicação, os mais citados foram “possuir medicamento em casa” e “uso anterior do medicamento”. O conhecimento dos motivos da automedicação se mostra mais relevante do que apenas a prevalência, pois assim, medidas podem ser elucidadas para minimizar essa conduta quando não responsável. A automedicação é fenômeno comum e isso reafirma a importância da inserção do farmacêutico na APS como uma opção para melhor orientação aos usuários sobre uso de medicamentos, a fim de reduzir a automedicação inadequada e suas consequências.

O cumprimento do regime terapêutico prescrito figura como a última das etapas propostas pela OMS para o uso racional de medicamentos, sendo relevante investigar a não adesão de medicamentos prescritos pelo médico. No presente estudo, observaram-se as maiores proporções dessa prática na faixa etária de 18-44 anos, assim como em outro estudo nacional na APS²⁴. Dentre as razões para a não adesão, destacou-se em primeiro lugar a experiência negativa anterior com o uso do mesmo produto. É plausível supor que isso se deva, dentre outras possibilidades, também a uma falta de comunicação efetiva entre usuários e prescritores.

Em relação à Farmácia Popular, a utilização do Programa foi observada em uma parcela considerável (64,1%) dos usuários que o conheciam e em maior proporção na faixa etária de 65 anos ou mais (73,3%). Esses dados podem estar correlacionados com as morbidades presentes entre os usuários dessa faixa etária da amostra- hipertensão e diabetes. Para essas doenças, havia medicamentos disponíveis de forma gratuita nas Farmácias da Rede própria do referido Programa

(as mesmas ainda existiam na data de coleta de dados do presente estudo) ou por meio de drogarias e farmácias privadas credenciadas pela modalidade “Aqui tem Farmácia Popular”. O Programa mostrou-se uma opção para muitos usuários do presente estudo, proporcionando maior acesso aos medicamentos e amenizando o comprometimento da renda com gastos em medicamentos. Por outro lado, a Política Nacional de Medicamentos enfatiza a necessidade de fortalecimento da assistência farmacêutica para além da mera aquisição. O modelo público de APS, coerente com princípios e diretrizes do SUS, apresenta-se com condições mais adequadas para garantir assistência integral e universal de qualidade, conforme mostra avaliação econômica que encontrou maior eficiência na alternativa de aplicação de recursos diretamente na rede pública⁵⁶.

Pode-se destacar como ponto forte do estudo a coleta de dados primários e a representatividade estadual dos usuários da APS-SUS que permitiu traçar um panorama da utilização global de medicamentos em MG. Além disso, a estratificação por faixas etárias permitiu caracterizar diferenças entre os grupos e tendências na população estudada, informação útil tendo em vista a transição demográfica verificada no país.

No entanto, é importante considerar algumas limitações da pesquisa como o autorrelato das informações e um período recordatório de 30 dias, passível de viés de memória. Ademais, por se tratar de um estudo de delineamento transversal, a relação causa e efeito não pode ser identificada. Além disso, os resultados encontrados neste estudo refletem a população adulta usuária de serviços públicos de saúde e não a população geral, o que pode ter influenciado alguns dos resultados.

4.5 Conclusão

Uma melhor compreensão do perfil de utilização dos medicamentos, segundo as faixas etárias, no contexto da atenção primária no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais foi possível com o presente estudo. As características observadas e analisadas demonstraram presença de grupos vulneráveis em relação ao uso racional de medicamentos, como adultos jovens e idosos. Estes apresentaram pior nível de escolaridade e de classe econômica, maior necessidade de ajuda com o uso de medicamentos- sendo alguns destes considerados potencialmente

inapropriados para a faixa etária- e mais multimorbidades. Tais características os deixam mais vulneráveis ao uso de medicamentos, pois aliado a regimes terapêuticos mais complexos e alterações fisiológicas e clínicas normalmente presentes nessa faixa etária da vida, as características supracitas os tornam mais frágeis à compreensão, adesão e seguimento do esquema terapêutico quando prescrito. Aqueles, os adultos jovens, também apresentaram vulnerabilidade ao uso racional dos medicamentos, visto que apresentaram as maiores proporções de prática de automedicação e de deixar de seguir o tratamento prescrito.

O número médio de medicamentos aumentou com a idade e os medicamentos mais utilizados foram os do sistema cardiovascular, em especial os anti-hipertensivos. Os resultados da presente pesquisa, de âmbito estadual, mostraram-se semelhantes ao estudo, de abrangência nacional, e semelhante, realizado mais recentemente no país o PNAUM, componente serviços²⁴.

O cenário apresentado mostra como o perfil de uso de medicamentos pela população, em especial na APS-SUS em MG, reflete o impacto da transição demográfica e epidemiológica, em curso no país. Estudos no setor privado no nível da atenção primária à saúde são encorajados para fornecer um quadro mais completo dos padrões de utilização de medicamentos no contexto da atenção primária à saúde no estado.

Por fim, essas informações, transformadas em conhecimento, podem auxiliar as decisões em saúde pública, ao serem tomadas por vários atores, sejam profissionais, gestores ou público, os quais cada vez mais se baseiam em evidências científicas fundamentadas em pesquisas. Importante salientar que, no conjunto, os resultados corroboram a complexidade do processo social que envolve a utilização de medicamentos. E que, na perspectiva da saúde pública, constituem um direcionamento para elaboração de ações e programas em prol da melhoria da qualidade do uso de medicamentos no âmbito da atenção primária.

Referências

1. Wettermark B, Elseviers M, Almarsdóttir AB, Andersen M, Benko R, Bennie M, Eriksson I, Godman B, Krska J, Poluzzi E, Taxis K, Stichele RV, Vlahovic-Palcevski V. Introduction to drug utilization research. In: Elseviers, M [and 12

- others], editors. Drug utilization research: methods and applications. 2016. p.3-12.
2. Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, Coelho, HLL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica* 2005; 21(6):1737-1746.
 3. Castro, CGSO. *Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000.
 4. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev Saude Publica* 2004; 38(2):228-238.
 5. Costa KS, Barros MBA, Francisco PMSB, César, CLG, Goldbaum M, Carandina L. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(4):649-658.
 6. Galvão TF, Silva MT, Gross R, Pereira MG. Medication use in adults living in Brasilia, Brazil: a cross-sectional, population-based study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2014; 23(5):507-514.
 7. Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Cien Saude Colet* 2008; 13(Supl):793-802.
 8. Bermudez JAZ, Barros MBA. Perfil do acesso e da utilização de medicamentos da população brasileira: contribuições e desafios da PNAUM- Inquérito Domiciliar. *Rev Saude Publica* 2016; 50(Supl.2):1-4.
 9. Pereira VOM, Acurcio FA, Guerra Júnior AA, Silva GD, Cherchiglia ML. Perfil de utilização de medicamentos por indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus em municípios da Rede Farmácia de Minas. *Cad Saude Publica* 2012; 28(8):1546-1558.
 10. Holloway KA, Ivanovsha V, Wagner AK, Vialle-Valentin C, Ross-Degnan D. Have we improved use of medicines in developing and transitional countries and do we know how to? Two decades of evidence. *Trop Med Int Health* 2013; 18(6):656-664.
 11. Godman B, Kwon HY, Bennie M, Almarsdóttir AB. Drug utilization and health policy. In: Elseviers, M [and 12 others], editors. Drug utilization research: methods and applications. 2016. p. 203-209.

12. Carvalho JN, Roncalli AG, Cancela MC, Souza DLB. Prevalence of multimorbidity in the Brazilian adult population according to socioeconomic and demographic characteristics. *PLoS One* 2017; 12(4):e0174322.
13. Rozenfeld S, Fonseca MJM, Acurcio FA. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2008; 23(1):34-43.
14. Eriksson I, Bergman I, Vlahovic-Palcevski V, Euler MV. Comparative studies of patient and prescriber characteristics. In: Elseviers, M [and 12 others], editors. *Drug utilization research: methods and applications*. 2016. p. 184-193.
15. Fleith VD, Figueiredo MA, Figueiredo KFLRO, Moura EC. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. *Cien Saude Colet* 2008; 13(Supl):755-762.
16. Álvares J, Alves MCGP, Escuder MML, Almeida AM, Izidoro JB, Guerra Júnior AA, Costa KS, Costa EA, Guibu IA, Soeiro OM, Leite SN, Karnikowski MGO, Acurcio FA. Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. *Rev Saude Publica* 2017; 51(Supl.2):1-9.
17. Barbosa MM, Garcia MM, Nascimento RCRM, Reis EA, Guerra Júnior AA, Acurcio FA, Alvares J. Avaliação da infraestrutura da assistência farmacêutica no sistema único de saúde em Minas Gerais. *Cien Saude Colet* 2017; 22(8):2475-2486.
18. WHO Collaborating Centre for Drugs Statistics Methodology. *Anatomical Therapeutic Chemical Classification - ATC Code*. Oslo; 2018 [acessado 08 jan 2018]. Disponível em: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/.
19. Campanelli CM. American Geriatrics Society updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: the American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60(4):616-631.
20. Mendes LVP, Emmerick ICM, Luiza VL. Uso de medicamentos entre portadores de doenças crônicas: um estudo observacional no estado do Espírito Santo. *Rev Bras Farm* 2014; 95(2):732-747.
21. Silva MRR, Diniz LM, Santos JBR, Reis EA, Mata AR, Araujo VE, Alvares, J, Acurcio FA. Uso de de medicamentos e fatores associados à polifarmácia em

- indivíduos com diabetes mellitus em Minas Gerais, Brasil. *Cien Saude Colet* 2018; 23(8):2565-2574.
22. Bertoldi AD, Barros AJD, Wagner A, Ross-Degnan D, Hallal PC. Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. *Health Policy* 2009; 89(3):295–302.
 23. Vosgerau MZS, Soares DA, Souza RKT, Matsuo T, Carvalho GS. Consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl.1):1629-1638.
 24. Costa CMFN, Silveira MR, Acurcio FA, Guerra Júnior, AA, EA, Guibu IA, Costa KS, Karnikowski MGO, Soeiro OM, Leite SN, Costa EA, Nascimento RCRM, Araújo VE, Álvares, J. Utilização de medicamentos pelos usuários da atenção primária do sistema único de saúde. *Rev Saude Publica* 2017; 51(Supl.2):1-11.
 25. Silva AL, Ribeiro AQ, Klein CH, Acurcio FA. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. *Cad Saude Publica* 2012; 28(6):1033-1045.
 26. Bertoldi AD, Pizzol TSD, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, Tavares NUL, Farias MR, Oliveira MA, Arrais PSD. Perfil sociodemográfico dos usuários de medicamentos no Brasil: resultados da PNAUM 2014. *Rev Saude Publica* 2016; 50(Supl.2):1-11.
 27. Milián AJG, Carbonell LA, Puig PL, Alós IY, Salvador AKR, Hernández NB. Consumo de medicamentos referidos por la población adulta de Cuba, año 2007. *Rev cuba med gen integr.* 2009; 25(4):5-16.
 28. Carrera-Lasfuentes P, Aguilar-Palacio I, Roldán EC, Fumanal SM, Hernandez MJR. Consumo de medicamentos en población adulta: influencia del autoconsumo. *Aten Primaria* 2013; 45(10):528-535.
 29. Kantor ED, Rehm CD, Haas JS, Chan AT, Giovannucci EL. Trends in prescription drug use among adults in the United States from 1999-2012. *JAMA* 2015; 314(17): 1818-1831.
 30. Lutz BH, Miranda VIA, Bertoldi AD. Inadequação do uso de medicamentos entre idosos em Pelotas, RS. *Rev Saude Publica* 2017; 51(52):1-12.
 31. Goulart LS, Carvalho AC, Lima JC, Pedrosa JM, Lemos PL, Oliveira RB. Consumo de medicamentos por idosos de uma Unidade Básica de Saúde de Rondonópolis/MT. *Estud. interdiscipl. envelhec.* 2014; 19(1):79-94.

32. Marin MJS, Cecílio LCO, Perez AEWUF, Santella F, Silva CBA, Filho JRG, Roceti LC. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica* 2008; 24(7):1545-1555.
33. Neves SJF, Marques APO, Leal MCC, Diniz AS, Medeiros TS, Arruda IKG. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saude Publica* 2013; 47(4): 759-768.
34. Ofori-Asenso R, Brhlikova P, Pollock AM. Prescribing indicators at primary health care centers within the WHO African region: a systematic analysis (1995–2015). *BMC Public Health* 2016; 16(724):1-14.
35. Francisco PMSB, Bastos TF, Costa KS, Prado MAMB, Barros MBA. The use of medication and associated factors among adults living in Campinas, São Paulo, Brazil: differences between men and women. *Cien Saude Colet* 2014; 19(12):4909-4921.
36. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5): 1499-1509.
37. Santos TRA, Lima DM, Nakatani AYK, Pereira LV, Leal GS, Amaral RG. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev Saude Publica* 2013; 47(1):94-103.
38. Steinman MA, Hanlon JT. Managing medications in clinically complex elders: “There’s got to be a happy medium”. *JAMA* 2010; 304(14):1592-1601.
39. Tavares NUL, Costa KS, Mengue SS, Vieira MLFP, Malta DC, Silva Júnior JB. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saude* 2015; 24(2): 315-323.
40. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012; 380: 37-43.
41. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, Glynn L, Muth C, Valderas J. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *Plos One* 2014; 9(7):e0102149.

42. Rocha BS, Werlang MC. Psicofármacos na estratégia da saúde da família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. *Cien Saude Colet* 2013; 18(11):3291-3300.
43. Lockhart P, Guthrie B. Trends in primary care antidepressant prescribing 1995-2007: a longitudinal population database analysis. *Br J Gen Pract* 2011; 61(590):e565-572.
44. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1Supl.1): 1-51.
45. Benowitz NL. Agentes anti-hipertensivos. In: Bertram G Katzung BG, Trevor AJ, organizadores. *Farmacologia básica e clínica*. Porto Alegre: AMGH; 2017.p.169-190.
46. Oliveira MG, Amorim WW, Jesus SR, Rodrigues VA, Passos LC. Factors associated with potentially inappropriate medication use by the elderly in the Brazilian primary care setting. *Int J Clin Pharm* 2012; 34(4): 626-632.
47. Cassoni TCJ, Corona LP, Romano-Lieber NS, Secoli SR, Duarte YAO, Lebrão ML. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE. *Cad Saude Publica* 2014; 30(8):1708-1720.
48. Guaraldo L, Cano FG, Damasceno GS, Rozenfeld S. Inappropriate medication use among the elderly: a systematic review of administrative databases. *BMC Geriatr* 2011; 11(79):1-10.
49. Vosgerau MZ, Souza RK, Soares DA. Utilização de genéricos em área de atuação da equipe de Saúde da Família em município do sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2011;14(2):253-263.
50. Bertoldi AD, Arrais PSD, Tavares NUL, Ramos LR, Luiza VL, Mengue SS, Dal-Pizzol TS, Farias MR, Oliveira MO. Utilização de medicamentos genéricos na população brasileira: uma avaliação da PNAUM-2014. *Rev Saude Publica* 2016; 50(Supl.2):1-11.
51. Arrais PSD, Fernandes MEP, Pizzol TSD, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, Tavares NUL, Farias MR, Oliveira MA, Bertoldi AD. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. *Rev Saude Publica* 2016; 50(Supl.2):1-11.

52. Alves FHC. *A automedicação em usuários da atenção primária do sistema único de saúde*. [Dissertação]. Belo horizonte: UFMG; 2017.
53. Domingues PHF, Galvão TF, Andrade KRC, Sá PTT, Silva MT, Pereira MG. Prevalência da automedicação na população adulta do Brasil: revisão sistemática. *Rev Saude Publica* 2015; 49(36):1-8.
54. Selvaraj K, S.Kumar G, Ramalingam A. Prevalence of self-medication practices and its associated factors in Urban Puducherry, India. *Perspect Clin Res* 2014; 5(1):32-36.
55. Naves JOS, Castro LLC, Carvalho CMS, Merchán-Hamann E. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl.1):1751-1762.
56. Garcia, M.M; Guerra Júnior, A.A; Acurcio, F.A. Avaliação econômica dos Programas Rede Farmácia de Minas do SUS versus Farmácia Popular do Brasil. *Cien Saude Colet* 2017; 22(1):221-233.

Agradecimentos: Os autores agradecem o apoio financeiro da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

5 ARTIGO DE RESULTADOS 2

Caracterização da polifarmácia e fatores associados em usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil

Characterization of polypharmacy and associated factors in primary care users of the Unified Health System in Minas Gerais, Brazil

Palavras-chave:

polimedicação; farmacoepidemiologia; uso de medicamentos; atenção primária à saúde; saúde pública.

polypharmacy; farmacoepidemiology; drug utilization; primary health care; public health.

Resumo

Objetivos: caracterizar a polifarmácia e seus fatores associados em usuários da atenção primária à saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, no período de 2014-2015. **Métodos:** estudo transversal com amostra representativa dos usuários com idade igual ou superior a 18 anos. Estes foram estratificados conforme o número de medicamentos utilizados, sendo a diferença entre os grupos avaliada pelo teste qui quadrado de Pearson. Modelo de regressão logística ($p < 0,05$) foi utilizado para investigar os fatores associados à polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos). O teste de Hosmer-Lemeshow foi utilizado para avaliar a qualidade de ajuste do modelo. **Resultados:** A prevalência de polifarmácia entre os usuários de medicamentos foi de 13,7% na população geral e de 33,3% na população idosa (≥ 65 anos). Houve associação positiva entre polifarmácia e as faixas etárias 45-64 anos (OR=2,02; IC95%: 1,03-3,94) e ≥ 65 anos (OR=4,17; IC95%: 1,92-9,17), além das seguintes doenças crônicas: acidente vascular cerebral (OR= 4,20; IC95%: 1,53-11,55); diabetes mellitus (OR= 4,03; IC95%: 2,43-6,68); do coração (OR= 3,18; IC95%: 1,92-5,29); depressão (OR= 2,85; IC95%: 1,80-4,53); hipertensão arterial (OR= 2,13; IC95%: 1,17-3,86); dislipidemia (OR= 1,73; IC95%: 1,07-2,80). O estado civil (casado/união estável) foi inversamente associado à polifarmácia (OR=0,34; IC95%: 0,19-0,62). **Conclusão:** Uma parcela significativa de adultos e idosos, em uso de medicamentos, usuários da

atenção primária do SUS, foi exposta à polifarmácia e alguns fatores associados são relevantes, como morbidades específicas e idade. A combinação de múltiplos medicamentos deve ser criteriosa e baseada em evidências, pois aumenta o risco de dano que pode superar o benefício terapêutico.

5.1 Introdução

A polifarmácia é um termo amplamente discutido na literatura e cada vez mais usado, mas suas definições são heterogêneas^{1,2} e poucos são os dados sobre os seus fatores associados nos cuidados primários³, particularmente no âmbito do sistema público de saúde⁴. Não há uma definição universalmente aceita para polifarmácia⁵, mas o ponto de corte de cinco ou mais medicamentos é usualmente delimitado em pesquisas^{1,6}. É um fenômeno global⁷ e sua prevalência tem crescido em muitos países^{5,8,9}, sendo cada vez mais comum, não só na população idosa, mas também na população adulta da meia idade^{8,10,11}.

Apesar de representar um desafio crescente nos cuidados primários à saúde e nos serviços de saúde^{7,12}, são poucos os estudos sobre a polifarmácia na atenção primária à saúde³, incluindo a população geral^{9,13}, principalmente relacionados a serviços públicos de saúde⁴.

Estudo prospectivo realizado na Suécia com idosos, de 65 anos ou mais, mostrou que a taxa de incidência de polifarmácia entre os indivíduos sem polifarmácia no início do acompanhamento foi de 19,9 por 100 pessoas-ano¹⁴. Outro estudo, nos Estados Unidos, mostrou aumento da prevalência da polifarmácia, entre os anos de 1999-2012, em adultos e idosos, sendo que na faixa etária de 20-39 anos houve aumento significativo de 0,7% para 3,1%, além do aumento de 10,0% para 15,0% na faixa etária entre 40-64 anos⁸.

O aumento da polimedicação é, provavelmente, devido a múltiplos fatores, dentre eles, o crescimento da expectativa de vida da população e o conseqüente acréscimo da prevalência da multimorbidade^{3,11,12}, visto que esta condição está intimamente ligada ao uso de vários medicamentos, simultaneamente, por uma mesma pessoa¹⁵. Por isso tem se tornado uma importante preocupação na atenção primária à saúde, onde médicos frequentemente assistem pacientes com condições múltiplas e coexistentes que aumentam o consumo de medicamentos¹⁶.

Outros fatores que impulsionam o aumento da polimedicação, na atualidade, é a maior disponibilidade de fármacos e tratamentos farmacológicos, além de diretrizes clínicas que frequentemente encorajam o uso de múltiplos medicamentos para tratar doenças crônicas isoladas^{2,4,7,9,11,17}. Além disso, fator adicional aos pacientes submetidos aos cuidados primários é que estes são avaliados, às vezes, por vários médicos especialistas, em outros níveis de atenção, que prescrevem medicamentos que os médicos em cuidados primários relutam em parar¹⁸.

A polifarmácia adequada, realizada de forma otimizada, por meio de uma combinação de medicamentos baseada nas melhores evidências¹⁴, tornou-se necessária para os indivíduos com multimorbidades¹⁰ ou condições específicas de saúde, como diabetes mellitus e hipertensão^{9,11}, pois pode retardar a progressão de algumas doenças e prolongar a expectativa de vida do indivíduo¹⁰. No entanto, há a combinação de múltiplos medicamentos com o risco de dano superando o benefício, prática esta muitas vezes não baseada em boas evidências e sendo denominada, por alguns pesquisadores, de polifarmácia inadequada ou problemática^{11,14}. Esta, com maior relevância, tem o potencial de causar eventos adversos a medicamentos (EAM)¹⁹ e requer mais atenção, visto que melhorar a segurança do paciente no uso de medicamentos é uma prioridade crescente para a política e serviços de saúde²⁰. Dentre os EAM, as reações adversas a medicamentos (RAMs) representam um problema de saúde pública, oneroso e desafiador e pessoas em polifarmácia são mais propensas às RAMs^{19,21,22}.

Ademais, outros resultados indesejáveis associados à prática da polimedicação são menor adesão aos tratamentos farmacológicos, aumento da exposição a medicamentos potencialmente inapropriados, risco de interações medicamentosas potencialmente prejudiciais, redução da capacidade funcional e mental do indivíduo (principalmente em idosos), aumento de internações hospitalares e, conseqüentemente, maiores custos dos cuidados em saúde, tanto para o indivíduo como para o sistema de saúde^{11,23,24,25,26}. O uso inadequado de medicamentos, problema de comunicação entre pacientes e médicos e correlação incorreta entre o diagnóstico e o tratamento prescrito são as principais causas de eventos adversos no âmbito da atenção primária²².

Apesar da polifarmácia contribuir para a carga substancial de morbidade relacionada aos medicamentos²⁶ e de sua prevalência ter aumentado nos últimos anos^{3,8,10}, são poucos os estudos enfocando esse evento na atenção primária à saúde, incluindo a população geral^{4,9,13}, particularmente relacionados a serviços públicos de saúde.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a polifarmácia e seus fatores associados, em uma amostra representativa dos usuários adultos (≥ 18 anos) da atenção primária do SUS, no estado de Minas Gerais.

5.2 Métodos

5.2.1 Desenho do estudo, população-alvo, amostra e coleta de dados

Um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa e de abrangência estadual foi conduzido no período de setembro de 2014 a maio de 2015. Composto por uma amostra representativa de municípios, serviços de APS e usuários, com 18 anos ou mais, do SUS em Minas Gerais (MG). As informações foram obtidas por meio de entrevistas presenciais nos serviços, por meio de questionário semiestruturado, com percurso metodológico semelhante e os mesmos instrumentos adotados na Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM)- componente Serviços²⁷.

O plano de amostragem considerou três estágios de seleção. No primeiro foram selecionados os municípios (unidade primária de amostragem- municípios das macrorregiões e microrregiões de saúde do estado); no segundo, os serviços de APS-SUS (unidade secundária de amostragem- a partir dos municípios anteriormente selecionados); e no terceiro, os usuários da APS-SUS (unidade terciária de amostragem- a partir dos serviços anteriormente delimitados). Detalhes do procedimento do cálculo do tamanho da amostra e da seleção dos municípios (104) e de serviços de saúde (253) encontram-se publicados²⁸.

A amostra total dos usuários foi selecionada de forma proporcional ao número de habitantes de cada município de acordo com as seguintes definições: em municípios com porte populacional menor que 30 mil habitantes, deveriam ser entrevistados de 2 a 5 usuários em cada serviço da APS-SUS selecionado; em municípios com porte populacional entre 30 mil habitantes e 80 mil habitantes, deveriam ser entrevistados de 3 a 6 usuários em cada serviço da APS-SUS selecionado; já em municípios com

porte populacional maior que 80 mil habitantes, deveriam ser entrevistados de 4 a 7 usuários em cada serviço da APS-SUS. Dessa forma, a amostra estimada para entrevista foi de 1.254 usuários, mas devido a perdas, atingiu-se o número de 1.159 usuários. Destes, 949 eram usuários de medicamentos e representaram o foco da presente pesquisa. Os usuários da APS-SUS foram sorteados a partir de uma ordem pré-definida quando estavam em consulta médica nos dias da pesquisa de campo. Os critérios estipulados para essa seleção ocorreram de forma a não se admitir aos entrevistadores a escolha dos usuários ao compor a amostra, com a finalidade de se aproximar ao máximo a um sorteio aleatório²⁷.

5.2.2 Variáveis do estudo

Todos os medicamentos utilizados pelos usuários da APS-SUS, nos 30 dias anteriores à entrevista, foram registrados conforme autorrelato e classificados de acordo com o 5º nível do *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System*²⁹. Os usuários foram divididos em três estratos, de acordo com o número de medicamentos em uso: um, dois a quatro e cinco ou mais medicamentos. A variável de interesse foi a polifarmácia, definida como o uso de cinco ou mais medicamentos. Essa definição foi estipulada, visto que é objetiva, está entre as mais utilizadas na literatura e permite comparabilidade entre diferentes estudos¹. Os critérios de Beers³⁰ foram adotados para identificar o uso de medicamentos potencialmente inadequados para idosos.

Foram estipuladas as seguintes variáveis explicativas para avaliar os fatores associados à polifarmácia: sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, classe econômica e posse de plano de saúde privado), indicadores de condições de saúde (autopercepção de saúde, número e principais doenças crônicas autorreferidas, hospitalização e atendimento em emergência no último ano) e estilo de vida (tabagismo, consumo de álcool e prática de atividade física). Em relação ao tabagismo, este foi avaliado por meio da seguinte pergunta “Você fuma atualmente?”. Em relação à prática de atividade física: “Nos últimos três meses você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?”. Já em relação ao consumo de álcool este foi considerado positivo (relato de uma vez ou mais por mês) ou negativo (relato de menos de uma vez ao mês ou nunca ter bebido). Além disso, a classe econômica foi obtida de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil da

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP-2014). Essas variáveis foram escolhidas conforme a importância epidemiológica e por estarem associadas à polifarmácia em muitos estudos na literatura^{4,31,32,33,34,35}.

Foram consideradas oito doenças crônicas investigadas especificamente: hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença do coração, dislipidemia, acidente vascular cerebral (AVC), doença pulmonar crônica, depressão e artrite/artrose/reumatismo. Sendo estas autorreferidas pelos usuários de acordo com relato de terem sido diagnosticadas por profissional de saúde. Para efeito de análise foi criada a variável número de doenças crônicas, categorizada em nenhuma, uma, duas ou mais (multimorbidade).

5.2.3 Análise dos dados e questão ética

Inicialmente, realizou-se a descrição das variáveis sociodemográficas, estilo de vida e indicadores de condições de saúde por meio de frequências absolutas e relativas, utilizando o teste qui quadrado de Pearson (nível de significância 5%) para comparação das diferenças entre os grupos, conforme o número de medicamentos. Posteriormente, para avaliar a associação da polifarmácia e as variáveis explicativas, procedeu-se a análises univariada e multivariada, por meio de Regressão Logística, calculando os Odds Ratios (OR) com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Na análise univariada, as variáveis independentes que apresentaram associação com o desfecho com p-valor menor ou igual a 0.20 foram inseridas na análise múltipla. Nesta, foi adotado o método backward para se chegar ao modelo final e permaneceram neste as variáveis com p-valor menor que 0.05. A qualidade do ajuste foi verificada pelo teste de Hosmer-Lemeshow. Os dados foram analisados com auxílio do pacote estatístico SPSS[®] versão 22.

Os preceitos éticos para a realização de pesquisas foram atendidos (aprovação CONEP, parecer nº 398.131/2013). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

5.3 Resultados

5.3.1 Perfil sociodemográfico e de saúde da amostra

Dos 1.159 usuários entrevistados em 253 serviços da APS-SUS em 104 municípios mineiros, 949 (81,8%) faziam uso de pelo menos um medicamento e, dentre estes, 130 (13,7%) faziam uso de cinco ou mais medicamentos. A idade média dos usuários em uso de medicamentos foi de 47,9 anos (DP: 15,9), variando de 18 a 88 anos. Já a idade média dos usuários em polifarmácia foi de 58,9 (DP: 12,5), variando de 28 a 83 anos. As características sociodemográficas dos participantes da pesquisa estão apresentadas a seguir, na Tabela 1. A maioria dos indivíduos em polifarmácia era do sexo feminino (79,2%), da faixa etária de 45-64 anos (50,8%), com ensino fundamental incompleto (54,6%) e da classe econômica C (56,2%). Apenas 20,4% dos usuários em polifarmácia referiram ter plano de saúde privado e 42,3% dos usuários eram casados ou estavam em união estável. Dentre os que estavam expostos à polifarmácia, 36,9% eram idosos (65 anos ou mais).

TABELA 1. Características sociodemográficas dos usuários de medicamentos, com e sem polifarmácia, atendidos no âmbito da atenção primária em saúde do SUS, em Minas Gerais, 2014-2015.

Variável	Número de Medicamentos				p-valor
	1	2-4	5 ou mais	Total	
	N=311 N (%)	N=508 N (%)	N=130 N (%)	N=949 N (%)	
Sexo					0,694
Feminino	254 (81,7)	403 (79,3)	103 (79,2)	760 (80,1)	
Masculino	57 (18,3)	105 (20,7)	27 (20,8)	189 (19,9)	
Faixa Etária (anos)					<0,001
18-44	194 (62,4)	197 (38,8)	16 (12,3)	407 (42,9)	
45-64	97 (31,2)	235 (46,2)	66 (50,8)	398 (41,9)	
≥ 65	20 (6,4)	76 (15,0)	48 (36,9)	144 (15,2)	
Estado Civil					<0,001
Solteiro	103 (33,1)	104 (20,5)	29 (22,3)	236 (24,9)	
Casado/União estável	176 (56,6)	311 (61,2)	55 (42,3)	542 (57,1)	
Divorciado/Viúvo	32 (10,3)	93 (18,3)	46 (35,4)	171 (18,0)	
Escolaridade					<0,001
Analfabeto	17 (5,4)	38 (7,5)	25 (19,2)	80 (8,4)	
Fundamental incompleto	79 (25,4)	216 (42,5)	71 (54,6)	366 (38,6)	
Fundamental completo	59 (19,0)	74 (14,6)	12 (9,2)	145 (15,3)	
Ensino médio	120 (38,6)	152 (29,9)	21 (16,2)	293 (30,9)	
Ensino superior	36 (11,6)	28 (5,5)	1 (0,8)	65 (6,8)	
Classe econômica*					0,001
A/B	64 (20,6)	89 (17,5)	16 (12,3)	169 (17,8)	
C	203 (65,3)	314 (61,8)	73 (56,2)	590 (62,2)	
D/E	44 (14,1)	105 (20,7)	41 (31,5)	190 (20,0)	
Possui plano de saúde (sim)	55 (17,7)	113 (22,2)	26 (20,0)	194 (20,4)	0,268

*Segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP-2014).

Em relação às características de estilo de vida e indicadores de saúde autorreferidos (Tabela 2), 6,9% dos usuários em polifarmácia consumiam álcool mais de uma vez por mês, 18,5% eram fumantes e 32,3% praticaram alguma atividade física nos três meses anteriores à entrevista. A maioria dos usuários expostos à polifarmácia apresentou multimorbidade (90,0%) e cerca de 47,0% avaliou a própria saúde como nem ruim/nem boa. Dentre as morbidades investigadas, as cinco mais prevalentes entre os usuários expostos à polifarmácia foram as seguintes: hipertensão arterial (83,8%), dislipidemia (60,8%), diabetes mellitus (45,4%), depressão (45,4%) e artrite, artrose ou reumatismo (42,3%). Em relação à utilização de serviços de saúde,

37,7% e 18,5% dos usuários em polifarmácia declararam atendimento de emergência e hospitalização, respectivamente, no ano anterior à entrevista.

TABELA 2. Características de estilo de vida e indicadores de condições de saúde dos usuários de medicamentos, com e sem polifarmácia, atendidos no âmbito da atenção primária em saúde do SUS, em Minas Gerais, 2014-2015.

Variável	Número de Medicamentos				p-valor
	1	2-4	5 ou mais	Total	
	N=311	N=508	N=130	N=949	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Consumo de álcool (sim)^a	68 (21,9)	77 (15,2)	9 (6,9)	154 (16,2)	<0,001
Tabagismo (sim)^b	44 (14,1)	69 (13,6)	24 (18,5)	137 (14,4)	0,363
Prática de atividade física (sim)^c	97 (31,2)	164 (32,3)	42 (32,3)	303 (32,0)	0,944
Autopercepção da saúde*					<0,001
Muito boa/boa	246 (79,1)	285 (56,1)	49 (37,7)	580 (61,1)	
Nem ruim/nem boa	57 (18,3)	185 (36,4)	61 (46,9)	303 (32,0)	
Ruim/muito ruim	8 (2,6)	36 (7,1)	20 (15,4)	64 (6,7)	
Número de doenças crônicas					<0,001
Nenhuma	151 (48,6)	83 (16,3)	2 (1,5)	236 (24,9)	
Uma	98 (31,5)	134 (26,4)	11 (8,5)	243 (25,6)	
Duas ou mais (multimorbidade)	62 (19,9)	291 (57,3)	117 (90,0)	470 (49,5)	
Principais doenças crônicas					
Hipertensão	78 (25,1)	290 (57,1)	109 (83,8)	477 (50,3)	<0,001
Dislipidemia	45 (14,5)	172 (33,8)	79 (60,8)	296 (31,2)	<0,001
Diabetes mellitus	12 (3,9)	86 (16,9)	59 (45,4)	157 (16,5)	<0,001
Depressão	49 (15,7)	158 (31,1)	59 (45,4)	266 (28,0)	<0,001
Artrite, artrose ou reumatismo	27 (8,7)	112 (22,0)	55 (42,3)	194 (20,4)	<0,001
Doença do Coração	11 (3,5)	65 (12,8)	47 (36,1)	123 (12,9)	<0,001
Doença Pulmonar Crônica	35 (11,3)	71 (14,0)	21 (16,2)	127 (13,4)	0,324
Acidente Vascular Cerebral	1 (0,3)	10 (2,0)	11 (8,5)	22 (2,3)	<0,001
Atendimento em emergência (sim)^d	77 (24,8)	170 (33,5)	49 (37,7)	296 (31,2)	0,008
Hospitalização (sim)^d	26 (8,4)	86 (16,9)	24 (18,5)	136 (14,3)	0,001

^a Consumo de álcool considerado positivo para relato acima de uma vez por mês.

^b Tabagismo avaliado através da pergunta "Você fuma atualmente?".

^c Relato de prática de exercício físico ou esporte nos três meses anteriores à entrevista.

^d Autorrelato referente ao período de 12 meses anteriores à entrevista.

* Diferenças no total se devem a missing

5.3.2 Perfil de utilização dos medicamentos

A mediana do número de medicamentos entre os usuários de medicamentos foi de 2,0 (IIQ:1,0-4,0), sendo que treze foi a quantidade máxima utilizada. A mediana do

número de medicamentos entre os usuários em polifarmácia foi de 6,0 (IIQ:5,0-7,0). A prevalência de polifarmácia entre os usuários de medicamentos foi de 13,7%, sendo 33,3% no grupo dos idosos (65 anos ou mais) e 16,6% no grupo dos adultos de meia idade (45-64anos). Entre os usuários expostos à polifarmácia (130), 121 (93,1%) usavam de 5 a 9 medicamentos e 09 (6,9%) usavam 10 ou mais medicamentos.

Dentre os 831 medicamentos autorreferidos pelos usuários em polifarmácia, foi possível identificar corretamente, de acordo o 5º nível da ATC, 790 princípios ativos. Os 20 medicamentos mais utilizados pela população em polifarmácia são apresentados na tabela 3, sendo que a maioria destes possui ação no sistema cardiovascular (50,0%), trato alimentar e metabolismo (20,0%) e nervoso (20,0%). Os itens mais utilizados foram losartana, sinvastatina e metformina. Entre esses medicamentos mais utilizados foram identificados, na população idosa, itens potencialmente inapropriados para esse grupo etário, como: clonazepam, diazepam, fluoxetina e amitriptilina (conforme critérios de Beers-2012).

TABELA 3. Relação dos 20 medicamentos mais utilizados pelos usuários em polifarmácia dos serviços de atenção primária à saúde em Minas Gerais, segundo o 5º nível da classificação *Anatomical Therapeutic Chemical*.

Nome do Medicamento	Código ATC (5º nível)	n	%
Losartana	C09CA01	64	8,1
Sinvastatina	C10AA01	53	6,7
Metformina	A10BA02	45	5,7
Omeprazol	A02BC01	45	5,7
Hidroclorotiazida	C03AA03	43	5,4
Ácido acetilsalicílico	B01AC06	40	5,1
Atenolol	C07AB03	28	3,5
Clonazepam*	N03AE01	26	3,3
Anlodipino	C08CA01	24	3,0
Levotiroxina	H03AA01	21	2,7
Enalapril	C09AA02	20	2,5
Glibenclamida	A10BB01	18	2,3
Furosemida	C03CA01	16	2,0
Insulina NPH	A10AC01	14	1,8
Espironolactona	C03DA01	13	1,6
Fluoxetina*	N06AB03	13	1,6
Propranolol	C07AA05	13	1,6
Diazepam*	N05BA01	12	1,5
Amitriptilina*	N06AA09	10	1,3
Captopril	C09AA01	9	1,1

*Medicamentos potencialmente inapropriados para uso em pessoas acima de 65 anos, conforme critérios Beers, 2012.

5.3.3 Fatores associados à polifarmácia

Na tabela 4 encontram-se os resultados dos modelos logísticos univariado e múltiplo para os preditores de polifarmácia. Esta foi associada à faixa etária, sendo que idosos com 65 anos ou mais apresentaram 4,17 vezes mais chance de estar em polifarmácia, quando comparados com os indivíduos de 18-44 anos, enquanto adultos da meia idade de 45-64anos apresentaram 2,02 vezes mais chance de estar em polifarmácia, quando comparados com a mesma referência. Houve associação entre polifarmácia e seis doenças crônicas investigadas: acidente vascular cerebral (OR= 4,20; IC95%: 1,53-11,55); diabetes mellitus (OR= 4,03; IC95%: 2,43-6,68); doença do coração (OR= 3,18; IC95%: 1,92-5,29); depressão (OR= 2,85; IC95%: 1,80-4,53); hipertensão arterial (OR= 2,13; IC95%: 1,17-3,86) e dislipidemia (OR= 1,73; IC95%: 1,07-2,80). Além disso, houve associação entre polifarmácia e estado civil, sendo que pessoas casadas ou em união estável apresentaram menos chance

de exposição à polifarmácia quando comparadas as pessoas solteiras (OR 0,34; IC95%: 0,19-0,62).

TABELA 4. Fatores associados (*odds ratio*) à polifarmácia em usuários dos serviços de atenção primária em saúde, Minas Gerais, 2014-2015.

Variável	Univariada		p	Múltipla*		p
	OR	IC95%		OR	IC95%	
Faixa etária (18-44)*						
45-64	4,86	2,760-8,551	<0,001	2,02	1,036-3,945	0,039
≥ 65	12,22	6,651-22,448	<0,001	4,17	1,916-9,068	<0,001
Estado Civil (solteiro)*						
Casado/União estável	0,81	0,500-1,301	0,377	0,34	0,187-0,625	<0,001
Divorciado/Viúvo	2,63	1,569-4,396	<0,001	0,68	0,343-1,358	0,276
Escolaridade (superior)*						
Médio	4,94	0,653-37,416	0,122	-	-	-
Fundamental completo	5,77	0,735-45,382	0,096	-	-	-
Fundamental incompleto	15,40	2,101-112,925	0,007	-	-	-
Analfabeto	29,09	3,817-221,724	0,001	-	-	-
Classe econômica (A ou B)*						
C	1,35	0,763-2,388	0,302	-	-	-
D ou E	2,63	1,415-4,892	0,002	-	-	-
Consumo de álcool (não)*						
Sim	0,34	0,171-0,695	0,003	-	-	-
Tabagismo (não)*						
Sim	1,41	0,871-2,299	0,161	-	-	-
Autopercepção de Saúde (muito boa/boa)*						
Nem ruim/Nem boa	2,73	1,821-4,098	<0,001	-	-	-
Ruim/muito ruim	4,93	2,692-9,013	<0,001	-	-	-
Emergência (não)*						
Sim	1,40	0,950-2,051	0,089	-	-	-
Hospitalização (não)*						
Sim	1,43	0,879-2,323	0,150	-	-	-
Número de Doenças Crônicas (nenhuma)*						
Uma	5,55	1,216-25,302	0,027	-	-	-
Duas ou mais	38,78	9,492-158,430	<0,001	-	-	-
Hipertensão (não)*						
Sim	6,66	4,057-10,947	<0,001	2,13	1,172-3,858	0,013
Diabetes (não)*						
Sim	6,08	4,056-9,113	<0,001	4,03	2,431-6,678	<0,001
Dislipidemia (não)*						
Sim	4,18	2,846-6,147	<0,001	1,73	1,070-2,798	0,025
Artrite/Artrose/Reumatismo (não)*						
Sim	3,68	2,479-5,469	<0,001	-	-	-
Depressão (não)*						

Sim	2,44	1,673-3,573	<0,001	2,85	1,801-4,526	<0,001
Doenças do Coração (não)*						
Sim	5,67	3,683-8,717	<0,001	3,18	1,916-5,288	<0,001
AVC (não)*						
Sim	6,77	2,873-15,968	<0,001	4,20	1,526-11,546	0,005

*Referências

Observação: Teste Hosmer-Lemeshow = 0,403. Na análise univariada foram analisadas todas as variáveis explicativas descritas nas tabelas 1 e 2, mas foram demonstradas aqui apenas as variáveis explicativas que foram para a análise multivariada (p -valor ≤ 0.20).

5.4 Discussão

Estudos sobre polifarmácia no âmbito da atenção primária, incluindo a população geral, são escassos^{9,13}, principalmente no Brasil⁴. Com base na revisão de literatura, este é o primeiro estudo avaliando a polifarmácia com amostra representativa dos usuários adultos da APS-SUS no estado de Minas Gerais.

A prevalência de polifarmácia, na população geral, verificada no presente estudo (13,7%) foi superior à do estudo da PNAUM-Serviços (9,4%)⁴, realizado no Brasil com população e metodologias semelhantes à presente pesquisa, e à da atenção primária na Alemanha (10,0%)¹³. No entanto, foi inferior aos 20,8% observada em adultos atendidos na atenção primária na Escócia⁹.

Em relação à prevalência de polifarmácia nas pessoas acima de 65 anos (33,3%), foi superior à da PNAUM-Serviços (18,1%)⁴ e ao do estudo com idosos de áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família na cidade de Recife/Pernambuco (11%)³⁴. Em relação a outros estudos: foi superior ao encontrado em idosos que referiram pelo menos uma doença crônica na PNAUM-Inquéritos (18%)¹⁵, em idosos em Cuiabá (10,3%)³⁶ e Goiânia (28%)³⁷, semelhante aos cerca de 33,0% encontrado entre aposentados no Rio de Janeiro³⁸, mas foi inferior ao encontrado em idosos no município de São Paulo (36%)³³ e norte-americanos (35,8%)³⁹.

Nos estudos que abordam a polifarmácia há um maior foco na população geriátrica, isto se deve à expectativa de que a população mundial com 60 anos ou mais, cresça 56% entre 2015 e 2030. Em especial, no Brasil, as projeções para essa parcela da população são de um aumento de 12% em 2015 para 29% em 2050⁴⁰. Sabe-se que a multimorbidade (duas ou mais morbidades crônicas) torna-se progressivamente mais comum com a idade⁴¹ e requer, frequentemente, o uso de múltiplos

medicamentos concomitantes²⁵. Há uma transição demográfica e epidemiológica em curso no Brasil, além da ampliação do acesso aos medicamentos¹⁵. Assim, espera-se que a polifarmácia nesse subgrupo populacional seja uma questão cada vez mais premente para os profissionais de saúde e formuladores de políticas na atenção primária.

Esta realidade demanda maior atenção da equipe multiprofissional da atenção primária em relação à terapia medicamentosa desse subgrupo populacional, visto que a prescrição de medicamentos no cuidado das pessoas idosas é complexa. A polifarmácia nesse grupo não representa, necessariamente, uso inadequado¹¹, mas por ser um marcador de alta utilização de medicamentos¹⁵, pode predispor os idosos a vários eventos clínicos adversos²⁴. Isto se deve, em parte, a alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento que podem afetar tanto a farmacocinética como a farmacodinâmica dos medicamentos usados. Dentre essas modificações, podem se citar diminuições da função renal, redução do fluxo sanguíneo hepático, aumento da gordura corporal e redução da massa muscular e da água corporal total, as quais podem afetar substancialmente a distribuição, o metabolismo e a eliminação dos medicamentos⁴². Tais mudanças são uma das razões para a relação risco-benefício negativa de vários medicamentos em idosos²⁵, o que requer maiores cuidados com essa população, principalmente quando sujeitos a regimes complexos como na polifarmácia.

Evidências mostram que a prescrição nos cuidados primários causam danos consideráveis²⁰ e mais da metade das internações hospitalares evitáveis são devidas aos EAM⁴⁵ dos quais a população em polifarmácia, e em especial os idosos, apresenta altos riscos. A população idosa apresenta alto risco de interações medicamentosas e dentre as RAM mais comuns nesse subgrupo etário estão delírios, quedas, insuficiência renal, hipotensão ortostática, sangramento gastrointestinal e intracraniano²¹. A ocorrência desses eventos aumenta conforme o número de medicamentos em uso e erros no uso de medicamentos entre pessoas polimedicadas podem ocasionar graves consequências²². As causas mais comuns dos eventos adversos (EA), particularmente nos cuidados primários, estão relacionadas aos medicamentos, problemas de comunicação entre paciente-médico e correlações incorretas entre diagnóstico e tratamento²². Logo, é importante a atenção da equipe multiprofissional em relação a esses riscos na segurança dos

pacientes idosos, com intuito de evitar consequências negativas tanto para a qualidade de vida deles como para os custos dos sistemas de saúde.

Assim como na PNAUM-Serviços⁴, no presente estudo foram observados fármacos considerados potencialmente inapropriados para uso em idosos, conforme critérios Beers³⁰. Este critério, por ser uma medida importante da qualidade dos cuidados em saúde dos idosos⁴ é, assim como outros critérios existentes na literatura, utilizado para identificar situações na prescrição que demandam mais atenção da equipe multiprofissional, como, por exemplo, no caso de polifarmácia²⁵. No entanto, revisão da literatura constatou que, apesar desses critérios existirem para os indivíduos com 65 anos ou mais, não há protocolo padronizado para o manejo da polifarmácia na atenção primária⁴⁴. O que é preocupante, considerando o crescimento dessa população e o alto número de medicamentos que consomem, bem como o potencial de dano iatrogênico desses medicamentos, que ocorrem mais comumente com polifarmácia¹⁰.

Embora a literatura relacionada à polifarmácia se concentre em idosos, o evento é impulsionado principalmente pela multimorbidade⁹ e uma proporção significativa de pessoas com multimorbidade tem menos de 65 anos⁴⁵. Isto é realidade, especialmente, nas populações mais carentes em termos socioeconômicos, em que a multimorbidade, em média, ocorre 10 a 15 anos antes, quando comparada com as populações mais ricas⁴¹. No presente estudo, assim como na PNAUM-Serviços⁴, a maioria dos usuários em polifarmácia encontra-se na faixa etária de 45-64 anos e na classe econômica C. Isto pode estar relacionado, em parte, ao número de doenças que requerem terapia ou a dificuldade de interromper algum tratamento iniciado, levando a prescrições acumulativas⁴⁶. Ademais, sabe-se que o uso de múltiplos medicamentos está crescendo na meia idade (45-64 anos)¹¹ e há estudos que demonstram não apenas a polifarmácia nesta faixa etária, como aumentos da sua prevalência^{8,10}. Estudar a polifarmácia em outras faixas etárias, além da dos idosos, e em realidades carentes, muito comum nos serviços da atenção primária no Brasil, é essencial na perspectiva de implantar ações em prol da segurança dos usuários desses serviços, visto que o uso de múltiplos medicamentos tem implicações importantes em pacientes de qualquer idade⁴².

Em relação aos fatores associados à polifarmácia, o presente estudo mostrou associação entre polifarmácia e as faixas etárias 65 anos ou mais e de 45 a 64 anos, assim como no estudo da PNAUM-Serviços⁴. Esta associação observada com a faixa etária de adultos da meia idade, exige maior entendimento com vigilância e monitoramento, para direcionar as políticas públicas e qualificar o cuidado na atenção primária⁴.

Houve associação entre polifarmácia e autorrelato dos usuários de seis grupos de doenças crônicas. Dentre essas morbidades, estão presentes doenças cardiovasculares e metabólicas como hipertensão, doenças do coração, AVC, dislipidemia e diabetes mellitus. Resultado condizente com o perfil dos medicamentos mais utilizados pelos indivíduos polimedicados da amostra em estudo (Grupo C e A da ATC).

Dentre as doenças crônicas investigadas, a que apresentou uma associação mais forte com a polifarmácia foi o autorrelato de AVC. Estudo na Escócia, com uma amostra nacional representativa de usuários em cuidados primários, com 18 anos ou mais, demonstrou que a polifarmácia foi notavelmente mais comum naqueles com diagnóstico de AVC em comparação com aqueles sem⁴⁷. Uma hipótese plausível para isso pode ser, em parte, porque pessoas com histórico de AVC apresentam piores quadros de saúde, às vezes com outras morbidades concomitantes, sujeitas a regimes farmacológicos mais complexos, o que pode deixá-las mais susceptíveis à polifarmácia. Isso poderia ser amenizado, em parte, com promoção da saúde em serviços de atenção primária no combate a alguns fatores de risco modificáveis bem documentados do AVC, tais como: exposição à fumaça de cigarro, má alimentação, inatividade física, dislipidemia, hipertensão, diabetes, gordura corporal e obesidade⁴⁸. Estudo prospectivo realizado com idosos na Espanha demonstrou redução da mortalidade cardiovascular e total entre indivíduos expostos à polifarmácia que apresentavam estilo de vida mais saudável⁴⁹.

Outra condição de saúde com forte associação à polifarmácia foi o diabetes mellitus. Achado consistente com a PNAUM-Serviços⁴ que também demonstrou essa associação. Inquérito domiciliar realizado com indivíduos diabéticos em MG demonstrou que 56,5% destes indivíduos estavam expostos à polifarmácia⁵⁰, sendo que os fatores associados foram o envelhecimento, presença de outras

comorbidades e maior acesso aos serviços de saúde. Fatores estes que predispõem as pessoas a uma maior utilização de medicamentos. Além disso, doenças cardíacas e hipertensão também foram associadas à polifarmácia no presente estudo, assim como, no caso da hipertensão, na PNAUM-Serviços⁴. Essa associação condiz não só com o perfil de morbidade da amostra, sendo a hipertensão a doença mais prevalente no estudo, como também com o perfil das classes dos medicamentos mais utilizados que foram os anti-hipertensivos. Estes, de acordo com alguns autores⁵¹, são os medicamentos mais utilizados para prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares (DCV) o que reflete em uso frequente de polifarmácia anti-hipertensiva.

A polifarmácia nem sempre é evitável³⁸, sendo indicada frequentemente na clínica para condições particulares como nas DCV⁵¹. Um cenário comum na assistência a pacientes acometidos por DCV, em particular entre os idosos, é ter que tomar três a quatro anti-hipertensivos, três a quatro medicamentos para insuficiência cardíaca, aspirina ou varfarina, uma estatina e um ou dois medicamentos para diabetes⁴², e isso reflete em maior necessidade de dispensação de múltiplos medicamentos para tratar essas condições. Tal situação pode colocar em risco a segurança do paciente e a gestão dos sistemas públicos de saúde. Estudo na Escócia demonstrou que o número de medicamentos dispensados era a característica mais fortemente associada a interações medicamentosas potencialmente graves⁹. Além disso, estudo na Suécia²³, com ampla amostra de registro de medicamentos prescritos no país, entre 2005 e 2009, demonstrou que o aumento da prevalência de polifarmácia tem um impacto substancial no aumento do gasto com medicamentos prescritos. Logo, os gestores de saúde devem monitorar e orientar o desenvolvimento adicional em terapia medicamentosa múltipla na atenção primária, visto que isso é essencial para que o custo associado, em caso de aumento da polifarmácia no estado de Minas Gerais, não exceda seus benefícios.

Dislipidemia também foi associada à polifarmácia no presente estudo. Esta condição foi a segunda mais prevalente, além disso, a sinvastatina, pertencente à classe das estatinas, foi o segundo fármaco mais utilizado entre os usuários polimedicados. Essa classe de medicamentos é a mais utilizada no tratamento farmacológico das dislipidemias, seja em monoterapia ou em associação⁵². Pesquisa sobre o uso de estatinas realizado com os dados da PNAUM-Serviços⁵³ demonstrou que, entre

todas as variáveis avaliadas com o uso de estatinas, a que demonstrou maior força de associação foi a polifarmácia.

Houve associação entre depressão e polifarmácia na presente pesquisa, assim como na PNAUM-Serviços⁴. Estudo realizado na Holanda, com dados da atenção primária, demonstrou associação da depressão tardia com polifarmácia⁵⁴. Tal estudo alertou que depressão tardia na atenção primária está associada ao aumento de uso crônico de medicamentos. Assim, particularmente nos idosos, nos quais a depressão é um transtorno complexo⁵⁵ de grande ônus econômico tanto para o indivíduo como para os sistemas de saúde⁵⁶, revisões regulares de medicamentos em uso podem evitar possíveis eventos adversos advindos de uma polimedicação. Além disso, os pacientes deprimidos na atenção primária podem ser um alvo importante para a promoção da saúde, na busca de tratamentos comportamentais, em vez de ou além dos tratamentos farmacológicos⁵⁴, como uma estratégia para amenizar, quem sabe, a sobrecarga de múltiplos medicamentos nessa população.

No presente estudo houve associação do estado civil com a polifarmácia, mais especificamente de pessoas casadas ou em união estável, as quais apresentaram menor chance de estar em polifarmácia, quando comparadas com indivíduos solteiros. Dado este discordante ao estudo realizado com idosos em Cuiabá³⁶, no qual idosos que moravam acompanhados foram associados à polifarmácia. De acordo com o estudo, idosos que moram acompanhados aderem melhor ao tratamento, com maior busca de acompanhamento médico, o que levaria também a maior prescrição e consumo de medicamentos. Loyola-Filho et al destacaram que apenas estudos pontuais identificaram relação entre viuvez e polifarmácia. O estudo da PNAUM-Serviços⁴ e outro internacional⁴⁶ não encontraram associação entre polifarmácia e estado civil/conjugal. A avaliação destes fatores em pesquisas sobre utilização de medicamentos é particularmente documentada em estudos sobre uso de psicotrópicos³⁵. Estudo na Finlândia sugere que pessoas que vivem sozinhas podem estar em maior risco de desenvolver problemas de saúde mental e que estas compravam mais antidepressivos, quando comparado com pessoas que não viviam sozinhas⁵⁷.

Todas as variáveis explicativas avaliadas no presente estudo foram escolhidas pela importância epidemiológica e por estarem associadas à polifarmácia em muitos

estudos na literatura. No entanto, algumas variáveis analisadas no presente estudo apresentaram-se como condições menos relevantes na determinação do consumo de múltiplos fármacos na APS-SUS em MG. Como, por exemplo, a variável sexo, sendo que a maioria dos estudos sobre polifarmácia mostra que o sexo feminino é frequentemente associado ao maior uso de medicamentos^{31,33,46,58}. No entanto, alguns estudos não encontraram essa associação^{3,4} corroborando o presente estudo. Além disso, há estudos em que o sexo masculino foi associado ao aumento do uso de medicamentos⁵⁹.

Alguns estudos estão mostrando associação da polifarmácia à obesidade, avaliada pelo marcador nutricional Índice de Massa Corporal (IMC)^{3,37,46}. O presente estudo não mediu dados antropométricos, como altura e peso, necessários para o cálculo do IMC de seus usuários e essa variável não foi avaliada.

A polifarmácia pode estar relacionada ao uso inadequado de medicamentos e este é um problema de saúde pública. Comorbidades e medicamentos usados para tratá-los, aumentam as chances de exposição dos usuários à polifarmácia e a equipe multiprofissional da atenção primária à saúde deve estar atenta sobre essa possibilidade e preparada para avaliar regimes farmacológicos complexos. Como o cuidado apropriado para pacientes com polifarmácia é cada vez mais desafiador, devido aos regimes farmacológicos complexos, os resultados da presente pesquisa podem contribuir para o debate sobre a temática no âmbito dos serviços públicos de saúde da atenção primária.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Devido à escassez de estudos semelhantes na literatura, tanto em relação à população quanto às metodologias adotadas, a comparação direta com outros estudos na discussão dos dados foi restrita e foram utilizados também outros estudos com algumas diferenças metodológicas e populacionais. Além disso, os dados apresentados podem estar subestimados por viés de memória, visto que tanto as doenças como os medicamentos foram autorreferidos pelo usuário. Outra limitação refere-se ao desenho do estudo, transversal, o que não permite estabelecer relação de causa-efeito, ou seja, carece de informações sobre a ordenação temporal, assim, nenhuma interpretação causal das associações observadas pode ser feita, apenas hipóteses

podem ser levantadas, sendo estas melhor exploradas em estudos com desenho longitudinal, especialmente, com amostras robustas.

Em detrimento às limitações apresentadas, o estudo apresenta dados primários, advindos de uma amostra representativa dos usuários da APS-SUS do estado de MG, que demonstrou uma prevalência alta de polifarmácia, tanto na população geral como na dos idosos. Isto deve ser compreendido melhor com estudos futuros semelhantes que avaliem se há uma tendência ou não de aumento na prevalência da polifarmácia nesse subgrupo da população, assim como entender melhor os fatores associados a essa prática na APS. Como no Brasil, ao contrário de alguns países europeus, são escassas as fontes de dados secundários sobre o consumo de medicamentos, pesquisas como o presente estudo são fundamentais para avaliar o padrão de utilização dos medicamentos na população.

5.5 Conclusão

O presente estudo identificou que a polifarmácia é uma realidade na atenção primária à saúde e que o estado civil, a idade e a presença de condições crônicas específicas estão associados com a polifarmácia entre pessoas adultas e idosas no estado de MG. Estes resultados corroboram a tendência nacional de que a polifarmácia é uma questão significativa, em especial na APS, impulsionada pelo envelhecimento e multimorbidade. O efeito da idade e das doenças crônicas na prevalência de polifarmácia provavelmente se tornará ainda mais pronunciado, no futuro, à medida que a população brasileira avance na sua transição demográfica e epidemiológica. Outros estudos exploratórios, de natureza longitudinal, na atenção primária, são necessários para determinar a causa subjacente às associações observadas, visto que a prática da polifarmácia envolve uma complexidade de fatores.

Ademais, conhecer o perfil de utilização de múltiplos medicamentos é importante, visto que representa um indicador de qualidade da assistência médico-sanitária, podendo assim, de forma preventiva, identificar grupos de pessoas mais susceptíveis à prática da polifarmácia. Medidas para mitigar possíveis problemas advindos dessa atividade, como revisões regulares do regime terapêutico de indivíduos expostos à polifarmácia, no nível do prescritor, são válidas e podem ser avaliadas precocemente com o intuito de reduzir o dano desnecessário associado ao

cuidado. Ou seja, promovendo a segurança dos usuários da APS e isso vai ao encontro dos objetivos do Programa Nacional de Segurança do Paciente e do uso racional de medicamentos. Dessa forma, a melhoria dos cuidados com pessoas expostas à polifarmácia exige direcionamento eficaz e monitoramento de intervenções contínuas.

Referências

1. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr* 2017;17(1):230.
2. Sirois C, Laroche ML, Guénette L, Kroger E, Cooper D, Emond V. Polypharmacy in multimorbid older adults: protocol for a systematic review. *Syst Rev* 2017;6(1):104.
3. Slater N, White S, Venables R, Frisher M. Factors associated with polypharmacy in primary care: a cross-sectional analysis of data from The English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). *BMJ Open* 2018; 8(3):e020270.
4. Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Júnior AA, Gomes IC, Silveira MR, Costa EA, et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica* 2017;51(supl 2:19s):1s-12s.
5. Payne RA. The epidemiology of polypharmacy. *Clin Med (Lond)* 2016;16(5):465-69.
6. Gnjjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, Naganathan V; Waite L, Seibel MJ, et al. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *J Clin Epidemiol* 2012;65(9):989-95.
7. Burt J, Elmore N, Campbell SM, Rodgers S, Avery AJ, Payne RA. Developing a measure of polypharmacy appropriateness in primary care: systematic review and expert consensus study. *BMC Med* 2018;16(1):91.
8. Kantor ED, Rehm CD, Haas JS, Chan AT, Giovannucci EL. Trends in prescription drug use among adults in the United States from 1999-2012. *JAMA* 2015; 314(17):1818-31.
9. Guthrie B, Makubate B, Hernandez-Santiago V, Dreischulte T. The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis 1995-2010. *BMC Med* 2015;13(74):1-10.

10. Moriarty F, Hardy C, Bennett K, Smith SM, Fahey T. Trends and interation of polypharmacy and potentially inappropriate prescribing in primary care over 15 years in Ireland: a repeated cross-sectional study. *BMJ Open* 2015;5(9):e008656.
11. Cadogan CA, Ryan C, Hughes CM. Appropriate polypharmacy and medicine safety: when many is not too many. *Drug Saf* 2016;39:109-16.
12. Duerden M, Payne R. Polypharmacy – what is it and how common is it?. *Prescriber* 2014;44-47.
13. Grimmsmann T, Himmel W. Polypharmacy in primary care practices: an analysis using a large health insurance database. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009;18(12):1206-13.
14. Morin L, Johnell K, Laroche ML, Fastbom J, Wastesson JW. The epidemiology of polypharmacy in older adults: register-based prospective cohort study. *Clin Epidemiol* 2018; 10: 289-98.
15. Ramos LR, Tavares NUL, Bertoldi AD, Farias MR, Oliveira MA, Luiza VL, et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. *Rev Saude Publica* 2016;50(sup.2:9s):1s-13s.
16. Carvalho JN, Roncalli AG, Cancela MC, Souza DLB. Prevalence of multimorbidity in the Brazilian adult population according to socioeconomic and demographic characteristics. *PloS One* 2017;12(4):e0174322.
17. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implacations for pay for performance. *JAMA* 2005;294(6):716-24.
18. Aubert CE, Streit S, Costa BR, Collet TH, Cornuz J, Gaspoz JM, et al. Polypharmacy and specific comorbidities in university primary care settings. *Eur J Intern Med* 2016; 35: 35-42.
19. Bourgeois FT, Shannon MW, Valim C, Mandl KD. Adverse drug events in the outpatient setting: an 11-year national analysis. *Pharmacoepidemiol drug saf* 2010;19(9):901-10.
20. Guthrie B, McCowan, Davey P, Simpson CR, Dreischulte T, Barnett K. High risk prescribing in primary care patients particularly vulnerable to adverse drug events: cross sectional population database analysis in Scottish general practice. *BMJ* 2011;324:d3514.

21. Lavan AM, Gallagher P. Predicting risk of adverse drug reactions in older adults. *Ther Adv Drug Saf* 2016;7(1):11-22.
22. Mira JJ, Orozco-Beltrán D, Pérez-Jover V, Martínez-Jimeno L, Gil-Guillén VF, Carratala-Munuera C, et al. Physician patient communication failure facilitates medication errors in older polymedicated patients with multiple comorbidities. *Fam Pract* 2013;30(1):56-63.
23. Hovstadius B, Petersson G. The impact of increasing polypharmacy on prescribed drug expenditure- A register-based study in Sweden 2005-2009. *Health Policy* 2013;109(2):166-74.
24. Maher RL, Hanlon JT, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf* 2014;13(1):1-11.
25. Taxis K, O'Sullivan D, Cullinan V, Byrne S. Drug utilization in older people. In: Elseviers, M [and 12 others], editors. *Drug utilization research: methods and applications*. 2016. p.259-269.
26. Gnjidic D, Tinetti M, Allore HG. Assessing medication burden and polypharmacy: finding the perfect measure. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2017;10(4):345-47.
27. Álvares J, Alves MCGP, Escuder MML, Almeida AM, Izidoro JB, Guerra Júnior AA, et al. Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. *Rev Saude Publica* 2017; 51(Supl.2):1-9.
28. Barbosa MM, Garcia MM, Nascimento RCRM, Reis EA, Guerra Júnior AA, Acurcio FA, et al. Avaliação da infraestrutura da assistência farmacêutica no sistema único de saúde em Minas Gerais. *Cien Saude Colet* 2017; 22(8):2475-2486.
29. WHO Collaborating Centre for Drugs Statistics Methodology. *Anatomical Therapeutic Chemical Classification - ATC Code*. Oslo; 2018 [acessado 08 jan 2018]. Disponível em: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/.
30. American Geriatrics Society. Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults: The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(4):616-31.

31. Bjerrum L, Sogaard J, Hallas J, Kragstrup J. Polypharmacy: correlations with sex, age and drug regimen. A prescription database study. *Eur J Clin Pharmacol* 1998; 54: 197-202.
32. 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 Saude Publica* 2006; 22(12):2657-67.
33. Carvalho MFC, Romano-Lieber NS, Bergsten-Mendes G, Secoli SR, Ribeiro E, Leão ML, et al. Polifarmácia entre idosos do município de São Paulo- Estudo SABE. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(4): 817-27.
34. Neves SJF, Marques APO, Leal MCC, Diniz AS, Medeiros TS, Arruda IKG. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saude Publica* 2013;47(4):759-68.
35. Eriksson I, Bergman I, Vlahovic-Palcevski V, Euler MV. Comparative studies of patient and prescriber characteristics. In: Elseviers, M [and 12 others], editors. *Drug utilization research: methods and applications*. 2016. p. 184-193.
36. Almeida NA, Reiners AAO, Azevedo RCS, Silva AMC, Cardoso JDC, Souza LC. Prevalência e fatores associados à polifarmácia entre os idosos residentes na comunidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2017; 20(1): 143-153.
37. Silveira EA, Dalastra L, Pagotto V. Polifarmácia, doenças crônicas e marcadores nutricionais em idosos. *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(4): 818-829.
38. Rozenfeld S, Fonseca MJM, Acurcio FA. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2008; 23(1):34-43.
39. Charlesworth CJ, Smit E, Lee DSH, Alramadhan F, Odden MC. Polypharmacy among adults aged 65 years and older in the United States:1988-2010. *J Gerontol A Biol Med Sci* 2015; 70(8):989-95.
40. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Aging* 2015; 2015.
41. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012; 380: 37-43.
42. Fleg JL, Aronow WS, Frishman WH. Cardiovascular drug therapy in the elderly: benefits and challenges. *Nat Rev Cardiol* 2011; 8(1): 13-28.

43. Howard RL, Avery AJ, Slavenburg S, Royal S, Pipe G, Lucassen P, et al. Which drugs cause preventable admissions to hospital? A systematic review. *Br J Clin Pharmacol* 2007; 63(2): 136-47.
44. Skinner M. A literature review: polypharmacy protocol for primary care. *Geriatr Nurs* 2015; 36(5): 367-71.
45. Agborsangaya CB, Lau D, Lahtinen M, Cooke T, Johnson A. Multimorbidity prevalence and patterns across socioeconomic determinants: a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2012; 12:201.
46. Castioni J, Marques-Vidal P, Abolhassani N, Vollenweider P, Waeber G. Prevalence and determinants of polypharmacy in Switzerland: data from the CoLaus study. *BMC Health Serv Res* 2017; 17(1): 840.
47. Gallacher KL, Batty GD, McLean G, Mercer SW, Guthrie B, May CR, et al. Stroke, multimorbidity and polypharmacy in a nationally representative sample of 1,424,378 patients in Scotland: implications for treatment burden. *BMC Med* 2014; 12:151.
48. Meschia JF, Bushnell CD, Boden-Albala B, Braun LT, Bravata DM, Chaturvedi S, et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. American Stroke Association. *Stroke* 2014; 45(12): 3754-3832.
49. Martinez-Gomez D, Guallar-Castillon P, Higuera-Fresnillo S, Banegas JR, Sadarangani KP, Rodriguez-Artalejo F. A healthy lifestyle attenuates the effect of polypharmacy on total and cardiovascular mortality: a national prospective cohort study. *Sci Rep* 2018; 8(1): 12615.
50. Silva MRR, Diniz LM, Santos JBR, Reis EA, Mata AR, Araújo VE, et al. Uso de medicamentos e fatores associados à polifarmácia em indivíduos com diabetes mellitus em Minas Gerais, Brasil. *Cien Saude Colet* 2018; 23(8): 2565-2574.
51. Poluzzi E, Korhonen MJ. Drug utilization research in the area of cardiovascular medicines. In: Elseviers, M [and 12 others], editors. Drug utilization research: methods and applications. 2016. p.284-293.
52. Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afiune NA, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose- 2017. *Arq Bras Cardiol* 2017; 109 (2Supl.1): 1-76.

53. Nascimento RCRM, Guerra Júnior AA, Álvares J, Gomes IC, Godman B, Bennie M, et al. Statin use in Brazil: findings and implications. *Curr Med Res Opin* 2018; 34(10): 1809-17.
54. Holvast F, Hattem BAV, Sinnige J, Schellevis F, Taxis K, Burger H, et al. Late-life depression and the association with multimorbidity and polypharmacy: a cross-sectional study. *Fam Pract* 2017; 34(5): 539-45.
55. Aziz R, Steffens DC. What are the causes of late-life depression?. *Psychiatr Clin North Am* 2013; 36(4): 497-516.
56. Grochtdreis T, Brettschneider C, Bjerregaard F, Bleich C, Boczor S, Harter M, et al. Cost-effectiveness analysis of collaborative treatment of late-life depression in primary care (GermanIMPACT). *Eur Psychiatry* 2019; 57:10-18.
57. Pulkki-Raback L, Kivimäki M, Ahola K, Joutsenniemi K, Elovainio M, Rossi H, et al. Living alone and antidepressant medication use: a prospective study in a working-age population. *BMC Public Health* 2012; 12:236.
58. Ong SM, Lim YMF, Sivasampu S, Khoo EM. Variation of polypharmacy in older primary care attenders occurs at prescriber level. *BMC Geriatrics* 2018; 18(59): 1-12.
59. Lim LM, McStea M, Chung WW, Azmi NN, Aziz SAA, Alwi S, Kamarulzaman A, Kamarulzaman SB, Chua SS, Rajasuriar R. Prevalence, risk factors and health outcomes associated with polypharmacy among urban community-dwelling older adults in multi-ethnic Malaysia. *Plos one* 2017; 12(3): e0173466.

Agradecimentos: Os autores agradecem o apoio financeiro da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma melhor compreensão do papel dos medicamentos no contexto da saúde pública é possível por meio de estudos de utilização de medicamentos como o presente trabalho, realizados próximo da comunidade, com coleta de dados primários, no nível da atenção primária. No caso, foi possível observar a presença de doenças crônicas mais frequentes na população, o padrão dos medicamentos mais utilizados e a presença de grupos vulneráveis em relação ao uso racional de medicamentos. Essas informações, transformadas em conhecimento, podem auxiliar as decisões em saúde pública, ao serem tomadas por vários atores, sejam profissionais, gestores ou público, os quais cada vez mais se baseiam em evidências fundamentadas em pesquisas.

Além disso, identificou-se que a polifarmácia é uma realidade na atenção primária à saúde e que o estado civil, a idade e a presença de condições crônicas específicas estão associados com a polifarmácia entre pessoas adultas e idosas no estado de MG. Estes resultados corroboram a tendência nacional observada de que a polifarmácia é uma questão proeminente, em especial na APS, impulsionada pelo envelhecimento populacional e multimorbidade. O efeito da idade e das doenças crônicas na prevalência de polifarmácia provavelmente se tornará ainda mais pronunciado, no futuro, à medida que a população brasileira avance na sua transição demográfica e epidemiológica. Outros estudos exploratórios, de natureza longitudinal, na atenção primária, são necessários para determinar a causa subjacente às associações observadas, visto que a prática da polifarmácia envolve uma complexidade de fatores.

Ademais, conhecer o perfil de utilização de múltiplos medicamentos é importante, visto que representa um indicador de qualidade da assistência médico-sanitária, podendo assim, de forma preventiva, identificar grupos de pessoas mais susceptíveis à prática da polifarmácia. Medidas para mitigar possíveis problemas advindos dessa atividade, como revisões regulares do regime terapêutico de indivíduos expostos à polifarmácia, no nível do prescritor, são válidas e podem ser avaliadas precocemente com o intuito de reduzir o dano desnecessário associado ao cuidado. Ou seja, promovendo a segurança dos usuários da APS, o que vai ao encontro dos objetivos do Programa Nacional de Segurança do Paciente e do uso

racional de medicamentos. Dessa forma, a melhoria dos cuidados com pessoas expostas à polifarmácia exige direcionamento eficaz e monitoramento de intervenções contínuas. Seria interessante, desenvolver sistemas que otimizem o uso de medicamentos onde haja polifarmácia, para que as pessoas obtenham o máximo benefício de sua medicação com o mínimo de danos e desperdícios. Isto poderia incluir programas de treinamento com suporte aprimorado à decisão por sistemas de informação eletrônica para à equipe multiprofissional de saúde.

Importante salientar que, no conjunto, os resultados corroboram a complexidade do processo social que envolve a utilização de medicamentos. E que, na perspectiva da saúde pública, constituem um direcionamento para elaboração de ações e programas em prol da melhoria da qualidade do uso de medicamentos no âmbito da atenção primária.

Por fim, o cenário apresentado mostra como o perfil de uso de medicamentos pela população, em especial na APS-SUS em MG, reflete o impacto da transição demográfica e epidemiológica, em curso no país. Estudos no setor privado enfocando o nível da atenção primária à saúde são desejáveis para fornecer um quadro mais completo dos padrões de utilização de medicamentos no contexto desse nível de atenção.

REFERÊNCIAS

ALVARES, J. et al. Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. sup. 2:4s, p. 1s-9s, set. 2017.

ALVES, F.H.C. A automedicação em usuários da atenção primária do sistema único de saúde. (Dissertação). UFMG, Belo horizonte, 2017.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society**. v. 63, n. 11, p. 2227-46, nov. 2015.

AQUINO, D.S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. sup.0, p.733-736, 2008.

ARRAIS, P.S.D. et al. Perfil de automedicação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 1, p.71-77, fev. 1997.

ARRAIS, P.S.D. et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1737-1746, nov-dez. 2005.

ARRAIS, P.S.D. et al. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.50, n. sup.2:13s, p. 1s-11s, nov. 2016.

ASSIS, M.M.A. et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 189-199, jul-dez. 2007.

BERMUDEZ, J.A.Z.; BARROS, M.B.A. Perfil do acesso e da utilização de medicamentos da população brasileira: contribuições e desafios da PNAUM-Inquérito Domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.50, n.sup.2:2s, p. 1s-4s. 2016.

BERTOLDI, A.D. et al. Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. **Health Policy**, v. 89, n. 3, p. 295–302, ago. 2009.

BERTOLDI, A.D. et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 228-38, abr. 2004.

BERTOLDI, A.D. et al. Utilização de medicamentos genéricos na população brasileira: uma avaliação da PNAUM 2014. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. sup.2:11s, p. 1s-11s. 2016.

BOURGEOIS, F.T. et al. Adverse drug events in the outpatient setting: an 11-year national analysis. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**. v. 19, n. 9, p. 901-10. 2010.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei 8080, 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acessado em 25 de novembro de 2017.

BRASIL. Congresso Nacional. **Decreto 7508, 28 de junho de 2011**. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde- SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm >. Acessado em 13 de março de 2019.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei 12401, 28 de abril de 2011**. Dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm >. Acessado em 13 de março de 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Título VIII. Da ordem Social. Capítulo II. Seção II. Da Saúde. Artigos 196 a 200. Senado Federal. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coletânea de normas para o controle social no Sistema único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 2ªed. Brasília, (DF); 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados** / Ministério da Saúde, Secretária da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos- Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução RDC 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Orgão emissor: ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html >. Acesso em 13 de março de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017.

BUSHARDT, R.L. et al. Polypharmacy: misleading, but manageable. **Clinical Interventions in Aging**. v. 3, n. 2, p. 383-9, jun. 2008.

CADOGAN, C.A.; RYAN, C.; HUGHES, C.M. Appropriate polypharmacy and medicine safety: when many is not too many. **Drug Safety**. v.39, n. 2, p. 109-16, fev. 2016.

CARVALHO, MARISTELA. F.C. et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo- Estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 817-827, dez. 2012.

CARVALHO, J.N. et al. Prevalence of multimorbidity in the Brazilian adult population according to socioeconomic and demographic characteristics. **Plos One**. v. 12, n. 4, p.e0174322. abr. 2017.

CARVALHO, MARCELO. F. et al. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. sup: 1, p.100s-108s. 2005.

CASTRO, C.G.S.O (Coord.). **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2000. 92p.

CECCATO, M.G.B. et al. Farmacoepidemiologia: o estado da arte no Brasil. In: Acurcio, F.A. (Org.) **Medicamentos: políticas, assistência farmacêutica, farmacoepidemiologia e farmacoconomia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

CHARLESWORTH, C.J. et al. Polypharmacy among adults aged 65 years and older in the United States: 1988-2010. **The Journals of Gerontology: biological sciences and medical sciences**. v. 70, n. 8, p. 989-95, mar. 2015.

COSTA, C.M.F.N. Utilização de medicamentos pelos usuários da atenção primária do sistema único de saúde do Brasil. (Dissertação). UFMG, Belo horizonte, 2016.

COSTA, C.M.F.N. et al. Utilização de medicamentos pelos usuários da atenção primária do sistema único de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. sup.2:18s, p. 1s-11s. set. 2017

COSTA, K.S. et al. Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. sup.2:3s, p. 1s-5s. 2017.

COSTA, K.S. et al. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p.649-58, abr. 2011

Descritores em ciências da saúde. São Paulo. Biblioteca virtual em saúde. DECS, 2018. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>>. Acesso em 17 jun 2018.

DUERDEN M.; AVERY T.; PAYNE, R. Polypharmacy and medicines optimisation. Making it safe and sound. **London: King's Fund**, 2013. 68 p.

ERIKSSON, I. et al. Comparative studies of patient and prescriber characteristics. In: Elseviers, M [and 12 others], editors. **Drug utilization research: methods and applications**. 2016. p. 184-193.

EVANS, S.J.W. Pharmacoepidemiology. **British Journal of Clinical Pharmacology**. v. 73, n. 6, p. 973-978, jun. 2012.

FLEITH, V.D. et al. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. sup.0, p.755-762, abr. 2008.

GRIMMSMANN T.; HIMMEL, W. Polypharmacy in primary care practices: an analysis using a large health insurance database. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**. v. 18, n. 12, p. 1206-13, dez. 2009.

GUERRA JÚNIOR, A.A.; ACURCIO, F.A. Política de medicamentos e assistência farmacêutica. In: ACURCIO, F.A. (Org) **Medicamentos: políticas, assistência farmacêutica, farmacoepidemiologia e farmacoconomia**. Belo Horizonte: Coopemed, 2013. p.13-73.

GUTHRIE, B. et al. High risk prescribing in primary care patients particularly vulnerable to adverse drug events: cross sectional population database analysis in Scottish general practice. **BMJ**. v. 342, n. d3514, p. 1-12, 2011.

GUTHRIE, B. et al. The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis 1995-2010. **BMC Medicine**. v. 13, n. 74, p.1-10, abr. 2015.

HOLLOWAY, K.A. et al. Have we improved use of medicines in developing and transitional countries and do we know how to? Two decades of evidence. **Tropical Medicine & International Health**. v. 18, n. 6, p. 656-64, jun. 2013.

HOLT, S.; SCHMIEDL, S.; THURMANN, P.A. Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. **Deutsches Arzteblatt International**. v.107, n.31–32, p. 543–51, ago. 2010.

LAPORTE, J.R.; PORTA, M.; CAPELLÀ, D. Drug utilization studies: a tool for determining the effectiveness of drug use. **British Journal of Clinical Pharmacology**. v. 16, n. 3, p.301-304, set. 1983.

LAPORTE, J.R.; TOGNONI, G.; ROZENFELD, S. Epidemiologia do medicamento: princípios gerais. In: **Epidemiologia do medicamento: princípios gerais**. Hucitec; Abrasco, 1989.

LEITE, S.N.; VIEIRA, M.; VEBER, A.P. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.sup0, p. 793-802. 2008.

LIMA, M.G. et al. Indicadores relacionados ao uso racional de medicamentos e seus fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n.sup.2:23s, p.1s-9s, set. 2017.

LIM, L.M. et al. Prevalence, risk factors and health outcomes associated with polypharmacy among urban community-dwelling older adults in multi-ethnic Malaysia. **Plos one** , v. 12, n. 3, p.e0173466, 2017.

LÓPEZ, J.J.; DENNIS, R.; MOSCOSO, S.M. Estudio sobre la automedicación en una localidad de Bogotá. **Revista de Salud Pública**. v. 11, n. 3, p. 432-42, mai-jun. 2009.

LOYOLA-FILHO, A.I. et al. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 545-53, mar-abr. 2005.

LOYOLA-FILHO, A.I.; UCHOA, E.; COSTA, M.F.L. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.12, p. 2657-67, dez. 2006.

LUTZ, B.H.; MIRANDA, V.I.A.; BERTOLDI, A.D. Inadequação do uso de medicamentos entre idosos em Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51:52, p.1-12, jun. 2017.

MALACHIAS, I.; LELES, F.A.G.; PINTO, M.A.S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MAHER JÚNIOR, R.L.; HANLON, J.T.; HAJJAR, E.R. Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly. **Expert Opinion on Drug Safety**, v. 13, n. 1, p.1-11, jan. 2014.

MASNOON, N. et al. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. **BMC Geriatrics**, v.17, n. 1, p.230. 2017.

MENDES, E.V. A construção social da atenção primária à saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde- CONASS, Brasília. 2015.193 p.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2º Ed, 2011. 549 p.

MENDES, Z. et al. Prevalência da automedicação na população urbana portuguesa. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 40, n.1, p.21-25, jan-mar. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. (Medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde, Vol 3).

NASCIMENTO, R.C.R.M. et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n.supl 2:19s, p. 1s-12s, set. 2017.

NEVES, S.J.F. et al. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n.4, p. 759-768. 2013.

OLIVEIRA, L.C.F.; ASSIS, M.M.A.; BARBONI, A.R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.sup.3, p. 3561-67, nov. 2010.

OLIVEIRA, M.G. et al. Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. **Geriatrics, Gerontology and Aging**. v. 10, n. 4, p.168-81. 2016.

OLSSON, I.N.; RUNNAMO, R.; ENGFELDT, P. Medication quality and quality of life in the elderly, a cohort study. **Health and Quality of Life Outcomes**. v. 9:95, nov. 2011.

PÁDUA, C.A.M. Aspectos conceituais de abordagens metodológicas em farmacoepidemiologia. In: ACURCIO, F.A. (Org) **Medicamentos: políticas,**

assistência farmacêutica, farmacoepidemiologia e farmacoeconomia. Belo Horizonte: Coopemed, 2013. p.13-73.

PEREIRA, V.O.M. et al. Perfil de utilização de medicamentos por indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus em municípios da Rede Farmácia de Minas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1546-1558, ago. 2012.

-----**PORTARIA nº 3916**, de 30 de novembro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html> Acesso em 22 de novembro de 2017.

-----**PORTARIA nº 529**, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, Brasília- DF. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em 25 de novembro de 2017.

RAMOS, L.R. et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. sup.2:9s, p. 1s-13s. 2016.

ROZENFELD, S.; VALENTE, J. Estudos de utilização de medicamentos: considerações técnicas sobre coleta e análise de dados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 2, p. 115-123, jun. 2004.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 717-724, mai-jun. 2003.

ROZENFELD, S.; FONSECA, M.J.M.; ACURCIO, F.A. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**. v. 23, n. 1, p. 34-43, jan. 2008.

SELVARAJ, K.; KUMAR, S.G.; RAMALINGAM, A. Prevalence of self-medication practices and its associated factors in Urban Puducherry, India. **Perspectives in Clinical Research**.v. 5, n. 1, p. 32-6, jan-mar. 2014.

SILVA, R.M.; CAETANO, R. Programa “Farmácia Popular do Brasil”: caracterização e evolução entre 2004-2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n. 10, p. 2943-56, out. 2015.

SILVA, C.B.; RAMIRES, J.C.L. Regionalização da saúde em Minas Gerais: algumas reflexões críticas. **Hygeia**, v. 6, n. 11, p. 60-79, dez. 2010.

SILVEIRA, E.A.; DALASTRA, L.; PAGOTTO, V. Polifarmácia, doenças crônicas e marcadores nutricionais em idosos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 818-29. 2014.

SLATER, N. et al. Factors associated with polypharmacy in primary care: a cross-sectional analysis of data from The English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). **BMJ Open** , v. 8, n. 3, p.e020270, 2018.

SPINEWINE, A. et al. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised?. **Lancet**. v. 370, p. 173-84, jul. 2007.

TAXIS, K. et al. Drug utilization in older people. In: Elseviers, M [and 12 others], editors. **Drug utilization research: methods and applications**. 2016. p. 259-269.

VOSGERAU, M.Z.S. et al. Consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. supl.1, p. 1629-38. 2011.

WETTERMARK, B. et al. Introduction to drug utilization research. In: Elseviers, M [and 12 others], editors. **Drug utilization research: methods and applications**. 2016. p.3-12.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2018. Oslo, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Quality Assurance and Safety of Medicines Team. The safety of medicines in public health programmes: pharmacovigilance an essential tool. Geneva: WHO; 2006. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43384/1/9241593911_eng.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medicines: rational use of medicines**. Fact sheet n° 338. May 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The rational use of drugs: report of the Conference of Experts Nairobi**, 25-29 November 1985. Geneva: WHO; 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/ WHO EXPERT COMMITTEE ON THE SELECTION OF ESSENCIAL DRUGS. **The selection of essential drugs: first report of the WHO Expert Committee**. Genebra: WHO, 1977. (Technical Report Series n°615).

23. Outra(s) doença(s) com **MAIS DE SEIS MESES** de duração

1. Sim 2. Não 99. Não Sei [][]

USO DE REMÉDIOS

Nas próximas perguntas, queremos saber algumas informações sobre o uso de Remédios por você.

24. Nos últimos 30 dias você usou algum Remédio?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 285) 99. Não Sei (Vá p/ 285) [][]

Responder as perguntas de 25 a 283 preferencialmente de acordo com as informações obtidas na(s) prescrição (es) médica e na(s) caixa(s) do(s) Remédio(s) que o paciente estiver em uso. Perguntar diretamente ao paciente somente na ausência destas. Mesmo assim, caso não consiga acesso às informações marcar a opção (99) Não sei.

REMÉDIO 1

Qual o nome completo do Remédio, sua dosagem, sua forma farmacêutica e o nome do laboratório fabricante?
(copie estas informações preferencialmente da embalagem e receita médica)

25. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

26. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerosol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei 999. NA [][]

27. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

28. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA [][]

29. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
2. Na consulta com o dentista
3. Na farmácia
4. No rádio/TV/jornal
5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA [][]

30. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar [][]

31. Você teve algum problema para conseguir este Remédio na última vez?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS (Vá p/ 32)
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar (Vá p/ 32)
3. Sim. Outro problema:
4. Não teve problema (Vá p/ 32)
99. Não Sei (Vá p/ 32) 999. NA (Vá p/ 32) [][]

31A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
B. _____ [][]
C. _____ [][]
D. _____ [][]
E. _____ [][]
999. NA

32. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 34)
99. Não Sei (Vá p/ 34) 999. NA [][]

32A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

33. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

34. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
2. Regular 999. NA
3. Não funciona bem [][]

35. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 37)
99. Não Sei (Vá p/ 37) 999. NA [][]

36. Qual (is) são os problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A. _____ [][]
B. _____ [][]
C. _____ [][]
D. _____ [][]
E. _____ [][]
999. NA



37. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284) [][]
 99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 2

38. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

39. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerossol ou spray
 5. Pomada ou creme
 6. Colírio ou gotas (tópico)
 99. Não Sei 999. NA [][]

40. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

41. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei [][]
 2. Um ano ou mais 999. NA [][]

42. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
 99. Não Sei 999. NA [][]

43. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
 2. Na Farmácia Comercial
 3. No programa Farmácia Popular
 4. Na igreja ou sindicato
 5. Em outro lugar [][]

44. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS (Vá p/ 45)
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar (Vá p/ 45)
 3. Sim. Outro problema:
 4. Não teve problema (Vá p/ 45)
 99. Não Sei (Vá p/ 45) 999. NA [][]

44A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
 999. NA

45. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 47) [][]
 99. Não Sei (Vá p/ 47) 999. NA [][]

45.A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

46. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

_____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

47. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei [][]
 2. Regular 999. NA [][]
 3. Não funciona bem [][]

48. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 50) [][]
 99. Não Sei (Vá p/ 50) 999. NA [][]

49. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
 999. NA

50. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284) [][]
 99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 3

51. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

52. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerossol ou spray
 5. Pomada ou creme
 6. Colírio ou gotas (tópico)
 99. Não Sei 999. NA [][]

53. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

54. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei [][]
 2. Um ano ou mais 999. NA [][]



70A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
 999. NA

71. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

1. Sim 2. Não (Vá p/ 73)
 99. Não Sei (Vá p/ 73) 999. NA [][]

71A Se sim, especifique quantas vezes?

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

72. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

73. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
 2. Regular 999. NA
 3. Não funciona bem [][]

74. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 76)
 99. Não Sei (Vá p/ 76) 999. NA [][]

75. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
 999. NA

76. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
 99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 5**77.** Nome Comercial / Princípio Ativo:

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

78. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerossol ou spray
 5. Pomada ou creme

6. Colírio ou gotas (tópico)

99. Não Sei 999. NA [][]

79. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

80. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
 2. Um ano ou mais 999. NA [][]

81. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
 99. Não Sei 999. NA [][]

82. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
 2. Na Farmácia Comercial
 3. No programa Farmácia Popular
 4. Na igreja ou sindicato
 5. Em outro lugar [][]

83. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS (Vá p/ 84)
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar (Vá p/ 84)
 3. Sim. Outro problema:
 4. Não teve problema (Vá p/ 84)
 99. Não Sei (Vá p/ 84) 999. NA [][]

83A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
 999. NA

84. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

1. Sim 2. Não (Vá p/ 86)
 99. Não Sei (Vá p/ 86) 999. NA [][]

84A Se sim, especifique quantas vezes?

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

85. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA



86. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
 2. Regular 999. NA
 3. Não funciona bem [][]

87. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 89)
 99. Não Sei (Vá p/ 89) 999. NA [][]

88. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A _____ [][]
 B _____ [][]
 C _____ [][]
 D _____ [][]
 E _____ [][]
 999. NA

89. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
 99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 6

90. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

91. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerosol ou spray
 5. Pomada ou creme
 6. Colírio ou gotas (tópico)
 99. Não Sei 999. NA [][]

92. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

93. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
 2. Um ano ou mais 999. NA [][]

94. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
 99. Não Sei 999. NA [][]

95. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
 2. Na Farmácia Comercial
 3. No programa Farmácia Popular
 4. Na igreja ou sindicato
 5. Em outro lugar [][]

96. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS (Vá p/ 97)
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar (Vá p/ 97)
 3. Sim. Outro problema:
 4. Não teve problema (Vá p/ 97)
 99. Não Sei (Vá p/ 97) 999. NA [][]

96A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
 999. NA

97. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 99)
 99. Não Sei (Vá p/ 99) 999. NA [][]

97A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

98. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

_____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

99. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
 2. Regular 999. NA
 3. Não funciona bem [][]

100. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 102)
 99. Não Sei (Vá p/ 102) 999. NA [][]

101. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A _____ [][]
 B _____ [][]
 C _____ [][]
 D _____ [][]
 E _____ [][]
 999. NA



102. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 7

103. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

104. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei 999. NA [][]

105. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

106. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA [][]

107. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
2. Na consulta com o dentista
3. Na farmácia
4. No rádio/TV/jornal
5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA [][]

108. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar [][]

109. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 109A
4. Não teve problema
99. Não Sei 999. NA [][]

109A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
B. _____ [][]
C. _____ [][]
D. _____ [][]
E. _____ [][]
999. NA

110. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 112)
99. Não Sei (Vá p/ 112) 999. NA [][]

110A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

111. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

112. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
2. Regular 999. NA
3. Não funciona bem [][]

113. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 115)
99. Não Sei (Vá p/ 115) 999. NA [][]

114. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A. _____ [][]
B. _____ [][]
C. _____ [][]
D. _____ [][]
E. _____ [][]
999. NA

115. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 8

116. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

117. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei 999. NA [][]

118. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]



119. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei [][]
 2. Um ano ou mais 999. NA [][]

120. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
 99. Não Sei 999. NA [][]

121. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
 2. Na Farmácia Comercial
 3. No programa Farmácia Popular
 4. Na igreja ou sindicato
 5. Em outro lugar [][]

122. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
 3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 122A
 4. Não teve problema
 99. Não Sei 999. NA [][]

122A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
 999. NA

123. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 125)
 99. Não Sei (Vá p/ 125) 999. NA [][]

123A Se sim, especifique quantas vezes?

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

124. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

125. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
 2. Regular 999. NA
 3. Não funciona bem [][]

126. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 128)
 99. Não Sei (Vá p/ 128) 999. NA [][]

127. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
 999. NA

128. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
 99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 9

129. Nome Comercial / Princípio Ativo:

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

130. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerossol ou spray
 5. Pomada ou creme
 6. Colírio ou gotas (tópico)
 99. Não Sei 999. NA [][]

131. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

132. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
 2. Um ano ou mais 999. NA [][]

133. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
 99. Não Sei 999. NA [][]

134. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
 2. Na Farmácia Comercial
 3. No programa Farmácia Popular
 4. Na igreja ou sindicato
 5. Em outro lugar [][]

135. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
 3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 135A
 4. Não teve problema
 99. Não Sei 999. NA [][]



135A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
 999. NA

136. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 138)
 99. Não Sei (Vá p/ 138) 999. NA [][]

136A Se sim, especifique quantas vezes?

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

137. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

138. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
 2. Regular 999. NA
 3. Não funciona bem [][]

139. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 141)
 99. Não Sei (Vá p/ 141) 999. NA [][]

140. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
 999. NA

141. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
 99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 10

142. Nome Comercial / Princípio Ativo:

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

143. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerossol ou spray
 5. Pomada ou creme
 6. Colírio ou gotas (tópico)

99. Não Sei 999. NA [][]

144. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

145. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
 2. Um ano ou mais 999. NA [][]

146. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
 99. Não Sei 999. NA [][]

147. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
 2. Na Farmácia Comercial
 3. No programa Farmácia Popular
 4. Na igreja ou sindicato
 5. Em outro lugar [][]

148. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
 3. Sim. Outro problema: => **FAÇA A 148A**
 4. Não teve problema
 99. Não Sei 999. NA [][]

148A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
 999. NA

149. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 151)
 99. Não Sei (Vá p/ 151) 999. NA [][]

149A Se sim, especifique quantas vezes?

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

150. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

151. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
 2. Regular 999. NA
 3. Não funciona bem [][]



152. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim
 2. Não (Vá p/ 154)
 99. Não Sei (Vá p/ 154) 999. NA [][]

153. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A _____ [][]
 B _____ [][]
 C _____ [][]
 D _____ [][]
 E _____ [][]
 999. NA

154. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim
 2. Não (Vá p/ 284)
 99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 11

155. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

156. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerossol ou spray
 5. Pomada ou creme
 6. Colírio ou gotas (tópico)
 99. Não Sei 999. NA [][]

157. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

158. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
 2. Um ano ou mais 999. NA [][]

159. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/Jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
 99. Não Sei 999. NA [][]

160. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
 2. Na Farmácia Comercial
 3. No programa Farmácia Popular
 4. Na igreja ou sindicato
 5. Em outro lugar [][]

161. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
 3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 161A
 4. Não teve problema
 99. Não Sei 999. NA [][]

161A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
 999. NA

162. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 164)
 99. Não Sei (Vá p/ 164) 999. NA [][]

162A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

163. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

_____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

164. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
 2. Regular 999. NA
 3. Não funciona bem [][]

165. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 167)
 99. Não Sei (Vá p/ 167) 999. NA [][]

166. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A _____ [][]
 B _____ [][]
 C _____ [][]
 D _____ [][]
 E _____ [][]
 999. NA

167. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
 99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]



REMÉDIO 12**168. Nome Comercial / Princípio Ativo:**

_____ [] []
 99. Não Sei 999. NA

169. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)

99. Não Sei 999. NA [] []

170. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [] []

171. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA [] []

172. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA [] []

173. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar [] []

174. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
 3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 174a
 4. Não teve problema
99. Não Sei 999. NA [] []

174A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [] []
 B. _____ [] []
 C. _____ [] []
 D. _____ [] []
 E. _____ [] []
 999. NA

175. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 177)
99. Não Sei (Vá p/ 177) 999. NA [] []

175A. Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [] []
 99. Não Sei 999. NA

176. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

_____ [] []
 99. Não Sei 999. NA

177. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
2. Regular 999. NA
3. Não funciona bem [] []

178. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 180)
99. Não Sei (Vá p/ 180) 999. NA [] []

179. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A. _____ [] []
 B. _____ [] []
 C. _____ [] []
 D. _____ [] []
 E. _____ [] []
 999. NA

180. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [] []

REMÉDIO 13**181. Nome Comercial / Princípio Ativo:**

_____ [] []
 99. Não Sei 999. NA

182. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)

99. Não Sei 999. NA [] []

183. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [] []

184. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA [] []



185. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA [][]

186. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
 2. Na Farmácia Comercial
 3. No programa Farmácia Popular
 4. Na igreja ou sindicato
 5. Em outro lugar
- [][]

187. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
 3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 187A
 4. Não teve problema
99. Não Sei 999. NA [][]

187A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
999. NA

188. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

1. Sim
 2. Não (Vá p/ 190)
99. Não Sei (Vá p/ 190) 999. NA [][]

188A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

189. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

_____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

190. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem
 2. Regular
 3. Não funciona bem
99. Não Sei 999. NA [][]

191. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim
 2. Não (Vá p/ 193)
99. Não Sei (Vá p/ 193) 999. NA [][]

192. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? **(ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)**

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
999. NA

193. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim
 2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 14

194. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

195. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerossol ou spray
 5. Pomada ou creme
 6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei 999. NA [][]

196. Remédio Genérico?

1. Sim
 2. Não
99. Não Sei 999. NA [][]

197. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano
 2. Um ano ou mais
99. Não Sei 999. NA [][]

198. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA [][]

199. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
 2. Na Farmácia Comercial
 3. No programa Farmácia Popular
 4. Na igreja ou sindicato
 5. Em outro lugar
- [][]

200. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
 3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 200A
 4. Não teve problema
99. Não Sei 999. NA [][]



200A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
 999. NA

201. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

1. Sim 2. Não (Vá p/ 203)
 99. Não Sei (Vá p/ 203) 999. NA [][]

201A Se sim, especifique quantas vezes?

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

202. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

- _____ [][]
 _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

203. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
 2. Regular 999. NA
 3. Não funciona bem [][]

204. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 206)
 99. Não Sei (Vá p/ 206) 999. NA [][]

205. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (**ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO**)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
 999. NA

206. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
 99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 15

207. Nome Comercial / Princípio Ativo:

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

208. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerossol ou spray
 5. Pomada ou creme
 6. Colírio ou gotas (tópico)

99. Não Sei 999. NA [][]

209. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

210. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
 2. Um ano ou mais 999. NA [][]

211. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
 99. Não Sei 999. NA [][]

212. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
 2. Na Farmácia Comercial
 3. No programa Farmácia Popular
 4. Na igreja ou sindicato
 5. Em outro lugar [][]

213. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
 3. Sim. Outro problema: => **FAÇA A 213A**
 4. Não teve problema
 99. Não Sei 999. NA [][]

213A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
 999. NA

214. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

1. Sim 2. Não (Vá p/ 216)
 99. Não Sei (Vá p/ 216) 999. NA [][]

214A Se sim, especifique quantas vezes?

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

215. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

- _____ [][]
 _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

216. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
 2. Regular 999. NA
 3. Não funciona bem [][]



217. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 219) [][]
 99. Não Sei (Vá p/ 219) 999. NA [][]

218. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A _____ [][]
 B _____ [][]
 C _____ [][]
 D _____ [][]
 E _____ [][]
 999. NA

219. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284) [][]
 99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 16

220. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

221. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerossol ou spray
 5. Pomada ou creme
 6. Colírio ou gotas (tópico)
 99. Não Sei 999. NA [][]

222. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

223. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei [][]
 2. Um ano ou mais 999. NA [][]

224. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
 99. Não Sei 999. NA [][]

225. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
 2. Na Farmácia Comercial
 3. No programa Farmácia Popular
 4. Na igreja ou sindicato
 5. Em outro lugar [][]

226. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
 3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 226A
 4. Não teve problema
 99. Não Sei 999. NA [][]

226A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
 999. NA

227. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 229) [][]
 99. Não Sei (Vá p/ 229) 999. NA [][]

227A. Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

228. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

_____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

229. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei [][]
 2. Regular 999. NA [][]
 3. Não funciona bem [][]

230. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 232) [][]
 99. Não Sei (Vá p/ 232) 999. NA [][]

231. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A _____ [][]
 B _____ [][]
 C _____ [][]
 D _____ [][]
 E _____ [][]
 999. NA

232. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284) [][]
 99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 17

233. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]
 99. Não Sei 999. NA



234. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerossol ou spray
 5. Pomada ou creme
 6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei 999. NA [][]

235. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

236. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA [][]

237. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA [][]

238. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar [][]

239. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
 3. Sim. Outro problema: => **FAÇA A 239A**
 4. Não teve problema
99. Não Sei 999. NA [][]

239A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
- B. _____ [][]
- C. _____ [][]
- D. _____ [][]
- E. _____ [][]
999. NA

240. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

1. Sim
 2. Não (Vá p/ 242)
99. Não Sei (Vá p/ 242) 999. NA [][]

240A Se sim, especifique quantas vezes?

- _____ [][]
99. Não Sei 999. NA

241. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

- _____ [][]
99. Não Sei 999. NA

242. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
2. Regular 999. NA
3. Não funciona bem [][]

243. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim
 2. Não (Vá p/ 245)
99. Não Sei (Vá p/ 245) 999. NA [][]

244. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A _____ [][]
- B _____ [][]
- C _____ [][]
- D _____ [][]
- E _____ [][]
999. NA

245. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim
 2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 18**246. Nome Comercial / Princípio Ativo:**

- _____ [][]
99. Não Sei 999. NA

247. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerossol ou spray
 5. Pomada ou creme
 6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei 999. NA [][]

248. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

249. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA [][]

250. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA [][]



251. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar

252. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 252A
4. Não teve problema
99. Não Sei 999. NA

252A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____
 - B. _____
 - C. _____
 - D. _____
 - E. _____
999. NA

253. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 255)
99. Não Sei (Vá p/ 255) 999. NA

253A Se sim, especifique quantas vezes?

99. Não Sei 999. NA

254. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

99. Não Sei 999. NA

255. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
2. Regular 999. NA
3. Não funciona bem

256. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 258)
99. Não Sei (Vá p/ 258) 999. NA

257. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A. _____
 - B. _____
 - C. _____
 - D. _____
 - E. _____
999. NA

258. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA

REMÉDIO 19

259. Nome Comercial / Princípio Ativo:

99. Não Sei 999. NA

260. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei 999. NA

261. Remédio Genérico?

1. Sim
2. Não
99. Não Sei 999. NA

262. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano
99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA

263. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
2. Na consulta com o dentista
3. Na farmácia
4. No rádio/TV/jornal
5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA

264. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar

265. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 265A
4. Não teve problema
99. Não Sei 999. NA

265A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____
 - B. _____
 - C. _____
 - D. _____
 - E. _____
999. NA



266. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

1. Sim 2. Não (Vá p/ 268)
99. Não Sei (Vá p/ 268) 999. NA [][]

266A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

267. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

268. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
2. Regular 999. NA
3. Não funciona bem [][]

269. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 271)
99. Não Sei (Vá p/ 271) 999. NA [][]

270. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (**ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO**)

- A _____ [][]
B _____ [][]
C _____ [][]
D _____ [][]
E _____ [][]
999. NA

271. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 20

272. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

273. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei 999. NA [][]

274. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

275. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei

2. Um ano ou mais 999. NA [][]

276. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
2. Na consulta com o dentista
3. Na farmácia
4. No rádio/TV/jornal
5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA [][]

277. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar [][]

278. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
3. Sim. Outro problema: => **FAÇA A 278A**
4. Não teve problema
99. Não Sei 999. NA [][]

278A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
B. _____ [][]
C. _____ [][]
D. _____ [][]
E. _____ [][]
999. NA

279. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

1. Sim 2. Não (Vá p/ 281)
99. Não Sei (Vá p/ 281) 999. NA [][]

279A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

280. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

281. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
2. Regular 999. NA
3. Não funciona bem [][]

282. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]



283. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A _____ [][]
 B _____ [][]
 C _____ [][]
 D _____ [][]
 E _____ [][]

999 NA

OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE REMÉDIOS

284. Você precisa da ajuda de outra pessoa para tomar os seus Remédios

1. Sim, sempre 3. Não
 2. Sim, às vezes 99. Não Sei [][]

ATENDIMENTOS EM EMERGÊNCIA E INTERNAÇÕES

285. Nos últimos 12 meses, você precisou ser atendido (a) em ALGUMA EMERGÊNCIA?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 288) 99. Não Sei (Vá p/ 288) [][]

286. Quantas vezes?

1. Uma única vez 4. Quatro ou mais vezes
 2. Duas vezes 99. Não sei
 3. Três vezes 999. NA [][]

287. Qual (is) foi(ram) o(s) motivos(s) deste(s) atendimento(s)?

- A _____ [][]
 B _____ [][]
 C _____ [][]
 D _____ [][]
 E _____ [][]

999. NA

288. Nos últimos 12 meses, você precisou ser **INTERNADO (A) EM HOSPITAL?**

1. Sim 2. Não (Vá p/ 291) 99. Não Sei (Vá p/ 291) [][]

289. Quantas vezes?

1. Uma única vez 2. Duas vezes
 3. Três vezes 4. Quatro ou mais vezes
 99. Não Sei 999. NA [][]

290. Qual(is) foi(ram) o(s) motivos(s) desta(s) internação(ões)?

- A _____ [][]
 B _____ [][]
 C _____ [][]
 D _____ [][]
 E _____ [][]

999. NA

SERVIÇO DE SAÚDE E FARMÁCIA

Agora vamos falar sobre o local onde você trata estas doenças e busca seus Remédios.

291. Você utiliza o SUS: (Ler as alternativas)

1. Sempre 4. Raramente
 2. Repetidamente 5. Nunca
 3. Às vezes 99. Não Sei [][]

292. Você procura atendimento **NESTA** Unidade de Saúde: (Ler as alternativas)

1. Sempre
 2. Repetidamente
 3. Às vezes
 4. Raramente
 5. Nunca
 6. Primeira vez na Unidade de Saúde [][]

293. Você é cadastrado nesta Unidade de Saúde?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei [][]

294. Como você chega até aqui? (Pode assinalar mais de uma opção)

1. Caminha
 2. Ônibus/transporte coletivo
 3. Carro, moto
 4. Barco
 Outro: _____
 99. Não Sei [][]

295. Este lugar é longe da sua casa?

1. Sim 3. Não
 2. Mais ou menos 99. Não Sei [][]

296. Chegar aqui é: (Ler as alternativas)

1. Muito fácil 4. Difícil
 2. Fácil 5. Muito difícil
 3. Nem fácil/nem difícil 99 Não Sei [][]

297. O horário de funcionamento desta Unidade de Saúde é: (Ler as alternativas)

1. Muito Bom 4. Ruim
 2. Bom 5. Muito ruim
 3. Nem ruim/nem bom 99 Não Sei [][]

298. Por que você veio até a Unidade de Saúde hoje? (Pode assinalar mais de uma opção)

1. Consulta médica agendada
 2. Agendar uma consulta/exame
 3. Participar de uma reunião de grupo
 4. Retirar Remédios
 Outros _____ [][]



299. Nos últimos 3 meses você PROCUROU por algum remédio em FARMÁCIAS PÚBLICAS DO SUS? (ler as opções)

1. Apenas na farmácia Pública desta UBS
2. Apenas em outras farmácias Públicas do SUS
3. Em ambas
4. Não procurei por nenhum Remédio em Farmácias Públicas do SUS (Vá p/ 317)
5. Não utilizei nenhuma Farmácia Pública do SUS nos últimos 3 meses (Vá p/ 317)
99. Não Sei

300. Normalmente quanto tempo você espera para retirar os Remédios nas Farmácias Públicas do SUS?

1. Não espera (Vá p/ 302)
2. Um pouco
3. Muito tempo
5. Primeira vez na UBS (Vá p/ 302)
99. Não Sei (Vá p/ 302)

301. Quanto tempo você espera para retirar remédios nas Farmácias Públicas do SUS? [] [] minutos

302. Nestes 3 últimos meses, com qual frequência você CONSEGUIU os Remédios que procurava nas Farmácias Públicas do SUS?

1. Sempre (Vá p/ 305)
2. Repetidamente
3. Às vezes
4. Raramente
5. Nunca [] []

303. Das vezes que você NÃO CONSEGUIU os Remédios nas Farmácias Públicas do SUS, qual(is) foi(ram) a(s) orientação(ões) que recebeu? **RESPOSTA MÚLTIPLA**

1. Avisaram que não tinha o Remédio
2. Avisaram que não tinha o Remédio; pediram que você aguardasse, mas o Remédio não chegou
3. Encaminharam você para outra UBS
4. Orientaram você a comprar o Remédio
5. Orientaram você a procurar a Farmácia Popular
6. Não recebeu orientação
7. Outros.=> Faça a 303A
99. Não Sei
999. NA

303A. Qual (is) foi(ram) a(s) outra(s) orientação(ões) que recebeu?

- A. _____ [] []
- B. _____ [] []
- C. _____ [] []
- D. _____ [] []
- E. _____ [] []

304. Das vezes que NÃO CONSEGUIU o(s) Remédio(s) nas Farmácias Públicas do SUS EM QUAL LOCAL você adquiriu.

RESPOSTA MÚLTIPLA

1. Em outra UBS
2. Farmácia do SUS
3. Em outro setor do SUS
4. Na Farmácia Popular
5. Pelo plano de saúde
6. Pelo convênio da empresa
7. Em instituição de caridade, ONG...
8. Com amigos, parentes, vizinhos
9. Comprou em drogaria comercial
10. Ficou sem o Remédio.
11. Não teve dinheiro para comprar
12. Achou que não precisava do Remédio
13. Outros .=> Faça a 304A

304A. Quais outros locais?

- A. _____ [] []
- B. _____ [] []
- C. _____ [] []
- D. _____ [] []
- E. _____ [] []

305. Para você os efeitos dos Remédios recebidos nas Farmácias Públicas do SUS em comparação com os efeitos dos Remédios COMPRADOS na Farmácia Comercial são:

1. Iguais
2. Melhores
3. Piores
4. NUNCA comprou Remédios em farmácias comerciais
99. Não sei
999. NA [] []

306. Quando você retira Remédios nas Farmácias Públicas do SUS, os funcionários que entregam os Remédios repassam informações/orientações sobre como usá-los?

1. Sim
- 3 Não (Vá p/ 309)
2. Às vezes
- 99 Não sei (Vá p/ 309) [] []

307. Você entende as informações/orientações repassadas pelos funcionários que entregam os Remédios nas Farmácias Públicas do SUS?

(Ler as alternativas)

1. Sempre
99. Não Sei
999. NA
2. Repetidamente
3. Às vezes
4. Raramente
5. Nunca [] []

308. Quando retira remédios nas Farmácias Públicas do SUS, você recebe orientação sobre como guardar os Remédios em casa? (Ler as alternativas)

1. Sempre
4. Raramente
2. Repetidamente
5. Nunca
3. Às vezes
99. Não Sei
999. NA [] []



309. O farmacêutico ou outro funcionário da Farmácia Pública do SUS está disponível quando você precisa tirar dúvidas sobre os Remédios? (Ler as alternativas)

1. Sempre 4. Raramente
2. Repetidamente 5. Nunca
3. Às vezes 99. Não Sei [] []

310. Os funcionários da Farmácia Pública do SUS onde você retira os Remédios atendem com respeito e cortesia?

(Ler as alternativas)

1. Sempre 4. Raramente
2. Repetidamente 5. Nunca
3. Às vezes 99. Não Sei [] []

311. Como você avalia a sinalização existente (por exemplo: placas, cartazes), para encontrar a Farmácia Pública do SUS onde retira os Remédios?

1. Muito fácil
2. Fácil
3. Nem fácil/ Nem difícil
4. Difícil
5. Muito difícil
99. Não Sei 999. NA [] []

312. Como você avalia a limpeza da Farmácia Pública do SUS onde retira os Remédios?

1. Muito boa 4. Ruim
2. Boa 5. Muito ruim
3. Nem ruim/ Nem boa 99. Não Sei [] []

313. Para você o conforto da Farmácia Pública do SUS onde retira os Remédios, considerando cadeiras/bancos, bebedouro, proteção do local contra chuva e sol é?

1. Muito bom 4. Ruim
2. bom 5. Muito ruim
3. Nem ruim/ Nem bom 99. Não Sei [] []

314. Qual a sua opinião sobre o atendimento realizado pela da Farmácia Pública do SUS onde retira os seus Remédios?

1. Muito bom 4. Ruim
2. bom 5. Muito ruim
3. Nem ruim/ Nem bom 99. Não Sei [] []

315. Você considera que seu atendimento na Farmácia do SUS que utiliza ocorre com privacidade?

1. Sempre 4. Raramente
2. Repetidamente 5. Nunca
3. Às vezes 99. Não Sei [] []

316. Com relação aos itens relacionados abaixo, quais em sua opinião, poderiam ser melhorados no atendimento da Farmácia Pública do SUS onde você retira Remédios?

(ASSINALAR UMA OPÇÃO PARA CADA ITEM)

- 1.Sim 2.Não 99.Não Sei

A	Sala de espera	[] []
B	Horário de funcionamento	[] []
C	Espaço físico	[] []
D	Disponibilidade dos Remédios	[] []
E	Qualidade do atendimento	[] []
F	Tempo de espera para o atendimento	[] []
G	Outro: _____	[] []
H	Outro: _____	[] []
I	Outro: _____	[] []
J	Outro: _____	[] []
K	Outro: _____	[] []

AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS DOS USUÁRIOS

317. Você participa de atividades de saúde como grupos, caminhadas, palestras ou outras atividades NESTA UNIDADE DE SAÚDE?

1. Sim
2. As vezes
3. Não
4. Primeira vez na UBS 99. Não Sei [] []

318. Você conhece o programa FARMÁCIA POPULAR?

- 1.Sim 2.Não (Vá p/ 321) 99.Não Sei (Vá p/ 321) [] []

319. Você usa o programa FARMÁCIA POPULAR?

- 1.Sim
2.Não (Vá p/ 321)
99.Não Sei (Vá p/ 321) 999. NA [] []

320. Qual o PRINCIPAL motivo que faz você usar o programa FARMÁCIA POPULAR? (APENAS UMA OPÇÃO). Em caso de resposta múltipla por parte do respondente, perguntar qual o mais importante.

1. O preço do Remédio é acessível e/ou gratuito
2. A localização é boa
3. O atendimento é bom
4. Porque tem os Remédios que faltam no SUS
5. Porque é mais perto do que a farmácia do SUS
Outro _____
99.Não Sei 999. NA [] []



321. Vamos dizer alguns tipos de dificuldades comuns que as pessoas enfrentam ao lidar com Remédios. Gostaríamos que o (a) Sr(a) diga qual(is) dessa(s) o (a) Sr(a) enfrenta.

(ASSINALAR UMA OPÇÃO PARA CADA ITEM)

1.Sim 2.Não 99.Não Sei

A	Lembrar de tomar o Remédio	[][]
B	Utilizar muitos comprimidos ao dia	[][]
C	Conseguir os Remédios	[][]
D	Ler o que esta escrito na embalagem	[][]
E	Adequar a utilização do Remédio com o trabalho	[][]
F	Remédios diferentes com a mesma forma e coloração	[][]
G	Outro: _____	[][]
H	Outro: _____	[][]
I	Outro: _____	[][]
J	Outro: _____	[][]
K	Outro: _____	[][]

COMPORTAMENTOS NO USO DE REMÉDIOS

Agora vou fazer mais algumas perguntas sobre Remédios. Para responder a estas perguntas, gostaria que você considerasse todas as vezes em que fez o uso de Remédios, de uma maneira geral.

322. Você utiliza algum Remédio **SEM RECEITA**?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 324)

323. Em quais casos você utiliza algum Remédio **SEM RECEITA**?

1.Sim 2.Não 99.Não Sei

A	Quando tem o Remédio em casa	[][]
B	Quando conhece alguém que já tomou	[][]
C	Quando já tomou este Remédio antes	[][]
D	Quando leu a bula ou outra informação	[][]
E	Quando consegue o Remédio fácil	[][]
F	Quando recebe indicação na farmácia	[][]
G1A	Outro: _____	[][]
G1B	Outro: _____	[][]
G1C	Outro: _____	[][]
G1D	Outro: _____	[][]
G1E	Outro: _____	[][]

324. Você **DEIXA** de utilizar algum Remédio receitado pelo médico?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 326)

325. Em quais casos deixa de utilizar algum Remédio receitado pelo médico?

1.Sim 2.Não 99.Não Sei

A	Quando acha que o Remédio é muito forte ou muito fraco	[][]
B	Quando acha que o Remédio não é o certo ou não funciona	[][]
C	Quando acha que não precisa do Remédio	[][]
D	Quando acha que já está curado	[][]
E	Quando já usou o Remédio e passou mal	[][]
F	Quando lê alguma coisa que acha ruim na bula	[][]
G1A	Outro: _____	[][]
G1B	Outro: _____	[][]
G1C	Outro: _____	[][]
G1D	Outro: _____	[][]
G1E	Outro: _____	[][]

ESTILO DE VIDA

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre o seu dia-a-dia

326. Com que frequência você costuma consumir bebida alcoólica?

1. Não bebo nunca (Vá p/ 333)
 2. Menos de uma vez por mês (Vá p/ 333)
 3. Uma vez ou mais por mês
99. Não Sei [][]

327. Quantos dias por semana você costuma tomar alguma bebida alcoólica? (**Preencher de 1 a 7 dias e 0 para menos do que um dia por semana.**)

[][] dias por semana
99. Não Sei 999. NA

328. Em geral, no dia que você bebe, quantas doses de bebida alcoólica você consome? (**1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada**)

[][] doses por dia
99. Não Sei 999. NA

Para homens

329. Nos últimos 30 dias, você chegou a consumir **5 ou mais doses de bebida** alcoólica em uma única ocasião?

1. Sim (Vá p/ 331) 99. Não Sei (Vá p/ 333)
2. Não (Vá p/ 333) 999. NA [][]

Para mulheres

330. Nos últimos 30 dias, você chegou a **consumir 4 ou mais doses de bebida** alcoólica em uma única ocasião?

1. Sim 99. Não Sei (Vá p/ 333)
2. Não (Vá p/ 333) 999. NA [][]



Para todos

331. Em quantos dias do mês isto ocorreu?.

____]____] dias
99. Não Sei 999. NA

332. Você já recebeu recomendação de algum médico para beber menos?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA ____]____]

PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

333. Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? **(Não considere fisioterapia)**

1. Sim 2. Não (Vá p/ 340) ____]____]

334. Quantos dias por semana você costuma praticar exercício físico ou esporte? **(0 se menos do que um dia)**

____] dias
Se 0 (Vá p/ 340) 99. Não Sei 999. NA

335. Qual é o exercício físico ou esporte que você pratica com mais frequência? **(Anotar apenas o primeiro citado)**

1. Caminhada (não considerar caminhada para o trabalho)
 2. Caminhada em esteira
 3. Corrida
 4. Corrida em esteira
 5. Musculação
 6. Ginástica aeróbica
 7. Hidroginástica
 8. Ginástica em geral
 9. Natação
 10. Artes marciais e luta
 11. Bicicleta
 12. Futebol
 13. Basquetebol
 14. Voleibol
 15. Tênis
 16. Dança
 17. Outro. _____
999. NA ____]____]

336. Você caminha ou utiliza bicicleta por pelo menos 10 minutos seguidos para ir de um lugar para outro?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 340) 999. NA ____]____]

337. Em uma semana normal, em quantos dias você caminha ou anda de bicicleta por pelo menos 10 minutos seguidos para ir de um lugar a outro?

____] dias
999. NA

338. Quanto tempo você passa caminhando ou andando de bicicleta para ir de um lugar a outro em um dia normal?

____]____] horas ____]____] minutos
999. NA

339. Em geral, no dia que você faz caminhada, pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

____]____] horas ____]____] minutos
999. NA

FUMO

340. Você fuma atualmente?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 343) ____]____]

341. Você fuma todos os dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 343) 999. NA ____]____]

342. Quantos cigarros você fuma por dia?

____]____] cigarros por dia
99. Não Sei 999. NA

343. Você já fumou regularmente?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 346) 999. NA ____]____]

344. Que idade você tinha quando começou a fumar todos os dias? **(Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele)**

____]____] anos
99. Não Sei 999. NA

345. Que idade você tinha quando parou de fumar? **(Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele)**

____]____] anos
99. Não Sei 999. NA

346. Algum médico já lhe recomendou parar de fumar?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA ____]____]

DIETA

347. Você está fazendo alguma dieta para perder peso?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei ____]____]

348. Você evita o consumo de sal?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei ____]____]

349. Você faz alguma dieta para reduzir o consumo de gordura?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei ____]____]

350. Você faz alguma dieta para reduzir o açúcar?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei ____]____]

351. Você faz uso de algum adoçante na sua dieta?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei ____]____]



Se sim para alguma das 5 perguntas acima:

352. Qual o PRINCIPAL MOTIVO que levou você a fazer esta(s) dieta(s)? (**Apenas uma opção**)

1. Por aconselhamento médico ou de nutricionista
2. Por decisão própria (Vá p/ 354)
3. Outro. _____

99. Não Sei (Vá p/ 354) 999.NA [][]

353. Para qual problema de saúde recebeu esta recomendação? (**Resposta múltipla**)

1. Hipertensão
2. Diabetes
3. Doença do coração
4. Colesterol alto
5. AVC (acidente vascular cerebral)
6. Doença pulmonar crônica
7. Artrite ou reumatismo
8. Depressão
9. Outro. _____

99. Não Sei 999.NA [][]

PLANO DE SAÚDE

354. Você tem plano de saúde ou convênio médico?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 362) 99. Não Sei (Vá p/ 362) [][]

355. Qual o nome do convênio/plano de saúde?

_____ [][]

356. Você é o titular deste plano?

1.Sim 2.Não 99.Não Sei 999. NA [][]

O(s) plano(s) ou convênio(s) cobre(m):

357. Consulta médica?

1. Sim, tenho desconto no preço
 2. Sim, mas tem copagamento (o entrevistado paga apenas uma parte da consulta)
 3. Sim, cobre integral
 4. Sim, mas eu pago e o plano reembolsa
 5. Não cobre
99. Não Sei 999. NA [][]

358. Internação?

1. Sim, tenho desconto no preço
 2. Sim, mas tem copagamento (o entrevistado paga apenas uma parte da consulta)
 3. Sim, cobre integral
 4. Sim, mas eu pago e o plano reembolsa
 5. Não cobre
99. Não Sei 999. NA [][]

359. Exames?

1. Sim, tenho desconto no preço
 2. Sim, mas tem copagamento (o entrevistado paga apenas uma parte da consulta)
 3. Sim, cobre integral
 4. Sim, mas eu pago e o plano reembolsa
 5. Não cobre
99. Não Sei 999. NA [][]

360. Remédios (fora da internação)?

1. Sim, tenho desconto no preço
 2. Sim, mas tem copagamento (o entrevistado paga apenas uma parte da consulta)
 3. Sim, cobre integral
 4. Sim, mas eu pago e o plano reembolsa
 5. Não cobre (Vá p/ 362)
99. Não Sei (Vá p/ 362) 999. NA [][]

361. Para quais doenças são os Remédios que o(s) plano(s) ou convênio(s) cobre(m)?

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]

INFORMAÇÃO SOBRE SEU DOMICÍLIO

Agora, preciso de algumas informações sobre seu domicílio.

362. Vou lhe apresentar um conjunto de itens e gostaria de saber quais existem em SEU DOMICÍLIO. Para cada item que você responder sim, vou lhe perguntar a quantidade.

0. Zero 3. Três
 1. Um 4. Mais que quatro
 2. Dois

		Quantidade (s)
A	Televisão em cores	[][]
B	Rádio (não considerar rádio de automóvel)	[][]
C	Banheiro (não considerar se servirem a mais de uma habitação, nem lavabos)	[][]
D	Automóvel (de uso particular)	[][]
E	Empregada mensalista (trabalhar pelo menos 5 dias por semana)	[][]
F	Máquina de lavar roupa (não considerar o tanquinho)	[][]
G	Videocassete / DVD	[][]
H	Geladeira	[][]
I	Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	[][]
J	Microcomputador	[][]
K	Microondas	[][]
J	Motocicleta	[][]
M	Secadora de roupa	[][]



363. Quantas pessoas moram no seu domicílio?

_____ pessoas

364. Quantos cômodos existem no seu domicílio? (incluindo banheiro, área de serviço e demais divisões)

365. Quantos cômodos servem como dormitório (quartos)?

366. O domicílio onde você reside é:

1. Alugado 3. Empréstado
2. Próprio 99. Não Sei [][]

367. Qual é a renda mensal total dos moradores do seu domicílio?

1. Abaixo de R\$ 150
2. Entre R\$ 150 e R\$ 300
3. Entre R\$ 300 e R\$ 650
4. Entre R\$ 650 e R\$ 1.000
5. Entre R\$ 1.000 e R\$ 1.450
6. Entre R\$ 1.450 e R\$ 1.900
7. Entre R\$ 1.900 e R\$ 3.000
8. Entre R\$ 3.000 e R\$ 4.600
9. Entre R\$ 4.600 e R\$ 6.000
10. Entre R\$ 6.000 e R\$ 8.000
11. Entre R\$ 8.000 e R\$ 10.500
12. Entre R\$ 10.500 e R\$ 13.000
13. Acima de R\$ 13.000 99. Não Sei [][]

368. Quantas pessoas dependem desta renda? (INCLUIR AS PESSOAS QUE TRABALHAM)

369. O domicílio possui água encanada?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei [][]

370. A rua é pavimentada (calçamento, asfaltada)?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei [][]

371. Você recebe auxílio do governo?

- 1A. Sim, bolsa família
1B. Sim, seguro desemprego
2. Não
Outro. _____
99. Não Sei [][]

Agora, gostaria de saber se..

372. No último ano, a sua família deixou de comprar algo importante para o dia a dia, precisou fazer algum empréstimo, ou vendeu algo para pagar gastos com algum problema de saúde?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 375) 99. Não Sei (Vá p/ 375) [][]

373. Que tipo de problema ocasionou este gasto?

1. Remédios
2. Consulta médica
3. Exame de laboratório ou imagem
4. Internação clínica
5. Cirurgia
Outro. _____
99. Não Sei 999. NA [][]

374. Como foi que a família lidou com esse gasto?

1. Deixou de comprar alimento
2. Deixou de pagar contas
3. Fez empréstimo de amigo ou familiar
4. Fez empréstimo de banco ou financeira
5. Vendeu algum bem
6. Outro. _____
99. Não Sei 999. NA [][]

ESTADO DE SAÚDE

375. Em geral, como você avalia sua saúde? (Ler as alternativas)

1. Muito boa
2. Boa
3. Nem ruim, nem boa
4. Ruim
5. Muito ruim
99. Não Sei [][]

Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu estado de saúde. Indique qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

376. Mobilidade

1. Não tenho problemas em andar
2. Tenho alguns problemas em andar
3. Estou limitado/a a ficar na cama [][]

377. Cuidados Pessoais

4. Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais
5. Tenho alguns problemas para me lavar ou me vestir
6. Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a

378. Atividades Habituais (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

1. Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
2. Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
3. Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais



379. Dor/Mal Estar

1. Não tenho dores ou mal-estar
2. Tenho dores ou mal-estar moderados
3. Tenho dores ou mal-estar extremos

380. Ansiedade/Depressão

4. Não estou ansioso/a ou deprimido/a
5. Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a
6. Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a

INFORMAÇÃO DO ENTREVISTADO**381.** Nome _____**381A.** Nome do Responsável (* No caso seja entrevistado não seja capaz de responder o questionário sozinho. Assinalar 999. NA nos casos de não se aplica)
_____**382B.** Telefone do entrevistado: _____**382. Endereço do entrevistado****382.A.** Município onde reside: _____**382.B.** Lougradouro (Rua/ Avenida/ Beco): _____

Horário Final [][]:[][]



ANEXO B- Parecer do comitê de ética PNAUM

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PESQUISA NACIONAL SOBRE ACESSO, UTILIZAÇÃO E PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NO BRASIL - PNAUM

Pesquisador: Sotero S Mengue

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18947013.6.0000.0008

Instituição Proponente: Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 398.131

Data da Relatoria: 16/09/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise das respostas enviadas pelo pesquisador para as pendências apontadas no Parecer CONEP n. 350.756.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme o Parecer CONEP n. 350.756.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme o Parecer CONEP n. 350.756.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme o Parecer CONEP n. 350.756.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Quanto ao cronograma apresentado, o mesmo não está adequado, pois informa que o estudo já teve início (01/07/2013). Solicita-se esclarecimento e, caso necessário, adequação do cronograma

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

ANEXO B- Parecer do comitê de ética PNAUM (Continuação)

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 398.131

Situação do Parecer:

Aprovado

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

BRASILIA, 17 de Setembro de 2013

Assinador por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador)

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br