



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

NÁDIA BAGGIO RATTI

Acesso e utilização de medicamentos pela população idosa no município de  
Campinas/SP.

CAMPINAS  
2019

NÁDIA BAGGIO RATTI

Acesso e utilização de medicamentos pela população idosa no município de  
Campinas/SP.

Dissertação de mestrado apresentado à  
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências  
Médicas da Universidade Estadual de  
Campinas para exame de defesa no curso  
de Mestrado em Saúde Coletiva, na área  
Epidemiologia.

ORIENTADOR: Profa. Dra. Karen Sarmiento Costa

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO  
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA  
ALUNA NÁDIA BAGGIO RATTI E ORIENTADO PELA  
PROFA. DRA. KAREN SARMENTO COSTA.

CAMPINAS

2019

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências  
Médicas Maristella Soares dos Santos –  
CRB 8/8402

R189a Ratti, Nádia Baggio, 1988-  
Acesso e utilização de medicamentos pela população idosa no município de Campinas/SP / Nádia Baggio Ratti. – Campinas, SP : [s.n.], 2019.

Orientador: Karen Sarmento Costa.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Idosos. 2. Uso de medicamentos. 3. Política nacional de medicamentos. 4. Inquéritos epidemiológicos. I. Costa, Karen Sarmento, 1983-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Access and use of drugs by the elderly population in the city of Campinas/SP

**Palavras-chave em inglês:**

Elderly Medication use  
National drug policy Health surveys

**Área de concentração:** Epidemiologia

**Titulação:** Mestra em Saúde Coletiva

**Banca examinadora:**

Karen Sarmento Costa [Orientador]  
Noemia Urruth Leão Tavares  
Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco

**Data de defesa:** 22-02-2019

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva

**Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)**

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-2078-029X>  
- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/0499200375600137>

**BANCA EXAMINADORA DA  
QUALIFICAÇÃO DO MESTRADO**

NÁDIA BAGGIO RATTI

---

**ORIENTADOR:** Profa. Dra. Karen Sarmiento Costa

---

**MEMBROS:**

**1. PROF. DR. KAREN SARMENTO COSTA (Presidente da banca)**

---

**2. PROF. DR. NOEMIA URRUTH LEÃO TAVARES (Titular externo)**

**3. PROF. DR. PRISCILA MARIA STOLSES BERGAMO FRANCISCO (Titular interno)**

---

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no  
SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

**Data de Defesa: 22/02/2019**

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a toda minha família, o maior presente de Deus na minha vida.

Aos meus pais, meu primeiro amor, minha maior força, Antonio e Neide, ao meu amado e abençoado esposo Henrique, aos meus queridos e amados fraternos irmãos, Natália e Gustavo.

Aos meus avós, meus maiores exemplos, vovó Cida e vovô Eduardo; vovó Maria (in memorian) e vovô Arlindo (in memorian); vovó Nazareth e vovô Roberto, vovó Elza e vovô Álvaro (in memorian).

À minha amada tia Izilda, meus irmãos Bruno e Fernando.

Aos meus amados, Glauca e Fernando, meus queridos Helder e Hilton.

À minha querida e exemplar orientadora, Karen Sarmiento Costa.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por estar comigo em todos os momentos, por me fortalecer na fé e na esperança, por sonhar comigo e cumprir as suas promessas em minha vida.

Aos meus amados pais, Antonio e Neide, não tenho palavras para agradecer o quanto são a minha vida, o meu apoio, o meu acalento, a minha força, a melhor parte de mim. Obrigada por me apoiarem em todos os momentos, por me impulsionarem a voar voos mais altos. Obrigada por me ensinarem sempre o amor e a bondade e por serem meus espelhos de vida.

Ao meu amado esposo, Henrique. Você é um dos maiores presentes de Deus em minha vida. Obrigada por ser tão companheiro, por ser meu melhor amigo e por me fortalecer em toda a distância. Obrigada por todo incentivo e emoções durante esses dois anos. Obrigada por acreditar em mim e sonhar os meus sonhos também.

Aos meus irmãos, Natália e Gustavo, por me fazerem querer sempre me tornar uma pessoa melhor. Obrigada por serem parte de mim, por estarem sempre presentes, por me apoiarem, me incentivarem, e torcerem sempre pelas minhas escolhas e desafios. Vocês sempre serão os amores da minha vida.

À minha querida orientadora, Karen Sarmiento Costa, pela oportunidade de fazer o mestrado com você. Como sempre digo, foi Deus que colocou você no meu caminho! Obrigada por tanto aprendizado, por tantas oportunidades novas e únicas, e por fazer com que eu me apaixone ainda mais pela nossa profissão. Obrigada por ser meu exemplo de farmacêutica.

Aos meus amigos que o mestrado trouxe, Camila, Brunna, Andréia, Patrícia, Felipe, Verônica, pela amizade, por tanto aprendizado e alegrias compartilhadas, pelo companheirismo e desafios juntos.

Às minhas queridas Camila e Andréia, por me ensinarem e ajudarem durante o desenvolvimento da minha dissertação e na reflexão dos resultados.

Às estatísticas Cleide e Juliana, do serviço de Bioestatística da FCM, pela colaboração no processo das análises.

À minha chefe e amigas Josi, Fernanda e Talita, pela amizade, por me apoiarem neste projeto e pela torcida de vocês em todos os momentos.

À minha banca extraordinária, as titulares prof.<sup>a</sup> Noemia, prof.<sup>a</sup> Priscila e aos suplentes prof.<sup>o</sup> Carlos e prof.<sup>o</sup> Leonardo, por serem espelhos, pelos trabalhos que me ensinam muito. Obrigada por aceitarem este convite, foi uma alegria imensa.

## **EPÍGRAFE**

**“Deus não colocaria em seu coração um sonho impossível de se realizar.”**

## RESUMO

O processo acelerado de envelhecimento é caracterizado por mudanças nos indicadores de saúde e aumento da esperança de vida. Os idosos apresentam alta prevalência de doenças crônicas degenerativas e são considerados o grupo etário que mais utiliza medicamentos, sendo fundamental o acesso aos medicamentos para a garantia de recuperação de saúde. O acesso é caracterizado por uma condição entre a capacidade do Sistema de Saúde em oferecer o produto e haver o consumo, e a sua efetivação depende de sua disponibilidade física na farmácia; da acessibilidade geográfica dos usuários aos serviços; da aceitabilidade dos usuários em relação aos serviços de farmácia; e da capacidade aquisitiva dos indivíduos. Estudos epidemiológicos com a população idosa mostraram que alguns fatores socioeconômicos e demográficos podem influenciar no acesso aos medicamentos. O presente estudo teve como objetivo, estimar a prevalência do uso de medicamentos na população idosa; analisar o acesso gratuito aos medicamentos; verificar as fontes de obtenção dos medicamentos obtidos de forma gratuita e identificar as classes terapêuticas dos medicamentos utilizados, adquiridos gratuitamente ou pagos. Trata-se de um estudo transversal, de base populacional que utilizou dados do Inquérito de Saúde do município de Campinas (ISACamp2014/2015). A amostra foi composta de 986 idosos com 60 anos ou mais. Os resultados apontaram uma prevalência na utilização de 88,64%, sendo a maioria mulheres (92,62%), de cor branca (90,27%), com maior escolaridade (89,54%), maior renda (89,59%) e com posse de plano de saúde (92,47%). Comparando a prevalência do acesso gratuito (total, parcial e nulo), observou-se entre os homens, maior prevalência de acesso gratuito (35,1%), enquanto as mulheres apresentaram maior prevalência de não acesso gratuito total (45,5%). Os idosos separados apresentaram maior acesso gratuito total (47,6%), e os que se autodeclararam de cor branca, tiveram uma prevalência maior do acesso de nenhum medicamento gratuito (44,6%), como aqueles com maior escolaridade (45,2%), e aqueles com cinco a onze anos de estudo, tiveram maior acesso gratuito aos medicamentos (45,7%). Entre os indivíduos que referiram possuir renda mensal  $\leq 1$  salário mínimo e aqueles que não possuíam plano de saúde, observou-se maior prevalência na obtenção gratuita dos medicamentos (39,4% e 42,2%). As fontes de obtenção dos medicamentos obtidos gratuitamente foram principalmente o SUS (centro de saúde e outros), com 87,7% e obtidos pela Farmácia Popular, com 5,4%.

Os medicamentos mais utilizados, obtidos de forma gratuita, foram o da classe do sistema cardiovascular (58,4%), como o captopril, enalapril e losartana; e os fármacos que agem no aparelho digestório e metabolismo (16,90%), tais como, insulinas, metformina e glibenclamida, e os que foram adquiridos pelo pagamento próprio foram principalmente os medicamentos para o tratamento de distúrbios ácidos estomacais e para a terapia cardíaca. Dos idosos, 79% não conseguiram obter um medicamento, e os motivos, na maioria das vezes identificados foram “não encontrou no Centro de Saúde” e “não havia recursos para comprar.” As associações encontradas entre a utilização de medicamentos, condições de saúde e características sociodemográficas, frente ao acelerado envelhecimento populacional enfatiza a necessidade do acesso qualificado e o aprimoramento da oferta do cuidado farmacêutico voltada aos idosos.

Palavras-chaves: idosos, uso de medicamentos, acesso gratuito, inquérito de saúde.

## ABSTRACT

The accelerated aging process is characterized by changes in health indicators and increased life expectancy. The elderly have a high prevalence of chronic degenerative diseases and are considered the most used age group, being essential access to medicines to guarantee recovery of health. Access is characterized by a condition between the capacity of the Health System to offer the product and the consumption, and its effectiveness depends on its physical availability in the pharmacy; the geographical accessibility of users to services; the acceptability of users in relation to pharmacy services; and the acquisition capacity of individuals. Epidemiological studies with the elderly population have shown that some socioeconomic and demographic factors may influence access to medications. The present study aimed to estimate the prevalence of drug use in the elderly population; analyze free access to medicines; to verify the sources of obtaining the medicines obtained free of charge and to identify the therapeutic classes of medicines used, purchased for free or paid. This is a cross-sectional, population-based study that used data from the Health Survey of the city of Campinas (ISACamp2014 / 2015). The sample consisted of 986 elderly individuals aged 60 years or older. The results showed a prevalence of 88.64%, with the majority of women (92.62%), white (90.27%), higher education (89.54%), higher income (89.59% %) and with health plan ownership (92.47%). Comparing the prevalence of free access (total, partial and null), there was a higher prevalence of free access among men (35.1%), while women had a higher prevalence of total free access (45.5%). Separated elderly individuals had greater total free access (47.6%), and those who declared themselves to be white had a higher prevalence of access to any free medication (44.6%), such as those with higher schooling (45.2% %), and those with five to eleven years of schooling had greater free access to medication (45.7%). Among individuals who reported having a monthly income  $\leq 1$  minimum wage and those who did not have a health plan, a higher prevalence of free medication (39.4% and 42.2%) was observed. The sources of free medicines were mainly the SUS (health center and others), with 87.7% and obtained by Popular Pharmacy, with 5.4%. The most commonly used drugs, obtained free of charge, were those of the cardiovascular system class (58.4%), such as captopril, enalapril and losartan; and drugs acting on the digestive tract and metabolism (16.90%), such as insulin, metformin and glibenclamide, and those purchased for their own payment were mainly medicines for the treatment of stomach acid disorders and for cardiac therapy . Of the elderly, 79%

were unable to get a drug, and the reasons most often identified were "not found in the Health Center" and "there were no resources to buy." Associations found between drug use, health conditions and socio-demographic characteristics, in the face of accelerated population aging, emphasizes the need for qualified access and the improvement of the pharmaceutical care offered to the elderly.

Key-words: elderly, medication use, free access, health survey.

# LISTA DE TABELAS

## Métodos

<b>Tabela 1.</b> População residente segundo distritos de saúde e grupos etários. Campinas, 2010.....	32
<b>Tabela 2.</b> Número de domicílios necessários para a obtenção da amostra proposta, considerando e não considerando as taxas de não resposta. ISACamp 2014/2015.....	32
<b>Tabela 3.</b> Tamanho da amostra segundo grupo etário e Distrito de Saúde de residência. ISACamp 2014/2015.....	33
<b>Tabela 4.</b> Domicílios inicialmente sorteados e os resultantes de sorteio final e efetivamente visitados, segundo domínios de idade e distrito de saúde de residência. ISACamp 2014/15.....	33

## Resultados

<b>Tabela 1.</b> Distribuição da população idosa e prevalência do uso e de medicamentos, segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e condições de saúde (n=986). Campinas-SP 2014 -2015.....	49
<b>Tabela 2.</b> Prevalência do acesso gratuito aos medicamentos utilizados pelos idosos, segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e condições de saúde. Campinas-SP 2014 - 2015.....	50
<b>Tabela 3.</b> Estimativas da razão de chances (OR) para o acesso parcial e total gratuito, em comparação ao acesso nulo gratuito, ajustados para sexo, idade e escolaridade, segundo as variáveis socioeconômicas, demográficas e condições de saúde. Campinas-SP 2014 - 2015.....	51
<b>Tabela 4.</b> Frequência percentual das principais classes dos medicamentos mais utilizados que foram obtidos gratuitamente e pelo pagamento, segundo classificação ATC níveis 1 e 2. Campinas-SP, 2014 - 2015.....	52

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ATC (Sistema Anatômico de Classificação Química Terapêutica)

CCAS (Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde)

DCNT (Doença crônica não transmissível)

DEF (Dicionário de Especialidade Farmacêutica)

DST (Doença sexualmente transmissível)

ECA (Enzima conversora da angiotensina)

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)

ISACAMP (Inquérito de Saúde de Campinas)

ONU (Organização das Nações Unidas)

OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde)

PFPB (Programa Farmácia Popular do Brasil)

PNAF (Política Nacional de Assistência Farmacêutica)

PNAUM (Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de medicamentos no Brasil)

PNI (Política Nacional do Idoso)

PNM (Política Nacional de Medicamentos)

PNSPI (Pesquisa Nacional de Saúde da Pessoa Idosa)

RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais)

SAS (Statistical Analysis System)

SEADE (Sistema Seade de Projeções Populacionais)

SUS (Sistema Único de Saúde)

# SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	13
1.1. A população idosa no mundo e no Brasil .....	13
1.2. Políticas Farmacêuticas no Brasil.....	17
1.3. Acesso e uso de medicamentos .....	20
1.4. Inquéritos de saúde: um enfoque no acesso e uso de medicamentos.....	14
1.5 Justificativas .....	17
2. OBJETIVOS .....	18
2.4. Objetivo Geral .....	18
2.5. Objetivos Específicos.....	18
3. MATERIAIS E MÉTODOS .....	19
3.1 Delineamento e população de estudo.....	19
3.2 Amostragem e Coleta de dados.....	20
3.4 Variáveis de estudo .....	22
3.5 Análise de Dados.....	23
3.6 Análise Estatística .....	24
3.7 Aspectos éticos da pesquisa.....	24
4. RESULTADOS.....	25
Acesso gratuito e utilização de medicamentos pela população idosa do município de Campinas/SP: resultados de um inquérito populacional.....	25
5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO GERAL.....	45
6. REFERÊNCIAS .....	47
ANEXOS .....	55

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1. A população idosa no mundo e no Brasil

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo, em 2017, estima-se que havia 962 milhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo, compreendendo 13% da população global. Este segmento demográfico está crescendo a uma taxa de cerca de 3% ao ano<sup>10,86</sup>. Tanto isso é verdade que se estima, para o ano de 2050, que existam cerca de mais de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento<sup>21,86</sup>.

Esse fenômeno, decorre das mudanças de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Não é homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia<sup>21</sup>.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como *“um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”*.

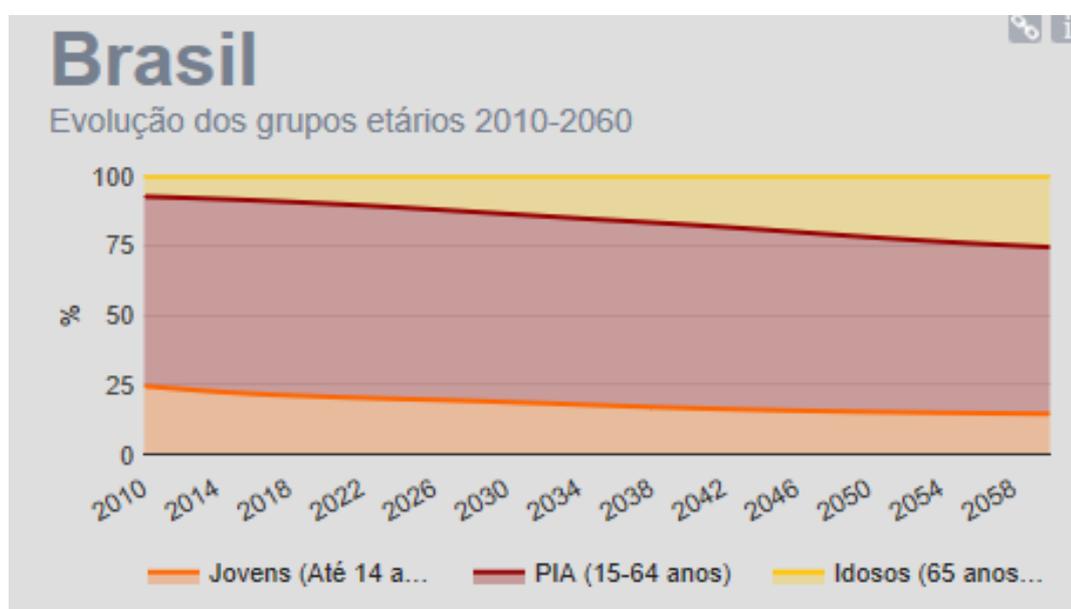
O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo<sup>22</sup>.

A população brasileira passa também por um processo acelerado de envelhecimento que é caracterizado por mudanças nos indicadores de saúde e

aumento da esperança de vida<sup>22</sup>. O Brasil é considerado um dos países com mais rápido processo de envelhecimento em todo o mundo<sup>49</sup>, com uma população de cerca de 16 milhões de idosos e estimativa de atingir até 2025 mais de 32 milhões de pessoas com idade superior a 60 anos, constituindo-se assim na sexta maior população de idosos do mundo<sup>72,73</sup>. Calcula-se para 2050, que a população idosa constituirá 26,9% da população brasileira<sup>10</sup>.

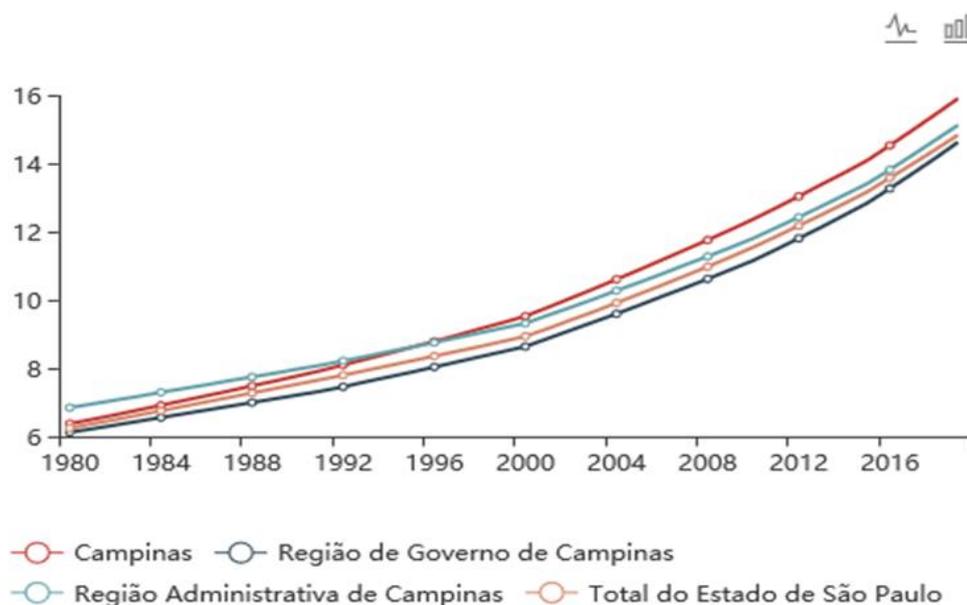
A figura abaixo apresenta a evolução dos diferentes grupos etários da população no Brasil no período de 2010 a 2060.

**Figura 1** - Evolução dos grupos etários no Brasil, 2010-2060.



**Fonte:** IBGE<sup>45</sup>, 2018.

No município de Campinas, no Estado de São Paulo, a população de idosos compreende cerca de aproximadamente, 185.934 indivíduos, segundo dados do Sistema Seade de Projeções Populacionais de 2019, com um índice de envelhecimento de 90,7%, maior que a média do estado de São Paulo, que apresenta um índice de 78,1%<sup>80</sup>, conforme ilustrada na Figura 2.

**Figura 2** - População com 60 anos e mais (em %), 1980-2019.

**Fonte:** Seade<sup>80</sup>, 2019.

O envelhecimento populacional condiciona um papel desafiador para as políticas públicas e serviços de saúde, por originar uma maior demanda por consultas médicas, procedimentos e internações, o que pode resultar em crescimentos dos custos<sup>56</sup>.

Ao longo dos anos foram desenvolvidas e implementadas algumas políticas públicas de saúde voltadas à promoção social, prevenção da saúde e a garantia dos direitos humanos neste segmento da população.

No Brasil, o direito universal e integral a saúde foi conquistado pela sociedade através da Constituição de 1988 e confirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei Orgânica da Saúde nº 8080/1990<sup>15</sup>.

Somente em 1994, o Estado Brasileiro, preocupado com o envelhecimento da população e, em assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, criou a Política Nacional do Idoso (PNI), estabelecendo a formação de condições para promover a autonomia do idoso, integração e participação efetiva na sociedade, com comprometimento do direito a saúde em todos os níveis de atendimento do SUS<sup>16</sup>.

Em 2003, houve a publicação do Estatuto do Idoso, que foi uma ampliação na área do envelhecimento e da saúde da pessoa idosa. Refere-se a uma conquista dos direitos humanos da pessoa idosa, principalmente por se

empenhar na proteção e formação de uma base para reivindicação de atuação da família, sociedade e Estado, para o amparo e respeito aos idosos<sup>38,40</sup>. Representou uma grande defesa dos interesses das pessoas idosas, abrangendo desde direitos fundamentais até o estabelecimento de penas para crimes comuns cometidos contra as pessoas idosas<sup>38,60</sup>.

A Política Nacional de Saúde da pessoa idosa (PNSPI) foi instituída em 2006 com o objetivo de garantir a atenção adequada e digna para a população idosa brasileira, planejando a sua integração. A PNSPI estabelece como diretrizes, conceder um envelhecimento saudável, preservando a capacidade funcional, autonomia e mantendo o nível de qualidade da vida do idoso<sup>26</sup>, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, que direcionam medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde<sup>64</sup>.

As principais diretrizes que norteiam as ações no setor da saúde são: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde; divulgação e informação para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas<sup>60</sup>.

A população idosa apresenta diferentes comorbidades, principalmente crônicas, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, artrite/artrose, doenças cardiovasculares, depressão, entre outras; levando a uma frequência maior em consultas médicas, internações hospitalares, exames periódicos, maior consumo de medicamentos, entre outros<sup>88</sup>.

Em um estudo realizado sobre a saúde dos idosos brasileiros, os fatores encontrados como predisponentes e que favorecem a hospitalização foram a idade, região de moradia e a escolaridade. Dos idosos, 11,6% tiveram pelo menos uma hospitalização no período de doze meses anteriores ao estudo, e as doenças crônicas mais frequentes foram as citadas acima<sup>6,56</sup>.

Por isso, analisar o perfil de saúde desse segmento da população é fundamental para contribuir na identificação de problemas, auxiliar no cuidado

integral do idoso e, fornecer subsídios para a implementação de políticas públicas voltadas à terceira idade.

A prevalência de condições crônicas de saúde, gera um aumento do consumo de medicamentos pelos idosos<sup>6,47,57,58,73,81</sup> e exige uma atuação em equipes multidisciplinares para a oferta do cuidado adequado. Juntamente com a presença de polifarmácia, muitas vezes se observa também uma falta de qualidade da terapia medicamentosa, com o uso de medicamentos inadequados e da duplicidade terapêutica, o que contribui para o maior risco de reações adversas e interações medicamentosas<sup>81</sup>, e estas são responsáveis por 10% a 20% das admissões hospitalares agudas<sup>82</sup>.

A prescrição do medicamento para o idoso compreende em um cuidado maior ao paciente, necessita de um entendimento das mudanças estruturais e funcionais dos vários órgãos e sistemas relacionados com a idade, o que pode ocasionar alterações na farmacocinética e farmacodinâmica para vários medicamentos<sup>82</sup>.

As alterações fisiológicas decorrentes à idade podem alterar os parâmetros farmacocinéticos de muitos medicamentos, o que pode ocorrer com a diminuição da função renal, queda do metabolismo, redução da água e aumento da gordura corporal, resultando em uma redução do volume de distribuição de drogas hidrofílicas com elevadas concentrações plasmáticas, o que acontece contrariamente com as drogas lipofílicas<sup>54,61,67</sup>, ocasionando uma dificuldade da eliminação de metabólitos, acúmulo de substâncias tóxicas e as possíveis reações adversas<sup>52</sup>.

A importância das orientações e dos serviços farmacêuticos vem sendo mostrada em vários estudos, onde por meio de ações educativas e instruções sobre o regime terapêutico traz benefícios à saúde do paciente e ao processo de promoção da saúde<sup>57</sup>.

## **1.2. Políticas Farmacêuticas no Brasil**

A partir da regulamentação do SUS, por meio da Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990, a assistência farmacêutica foi considerada como parte das ações da assistência terapêutica integral, constituindo-se um dever do Estado e um direito da população<sup>15</sup>.

A Política Nacional de Medicamentos (PNM)<sup>17</sup> e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)<sup>59</sup>, como parte da Política Nacional de Saúde, constituem-se em instrumentos para a implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência sanitária da população, voltadas à promoção e recuperação da saúde, garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

A PNM foi instituída no ano de 1998, e tem como um dos objetivos assegurar a disponibilidade de medicamentos seguros e a preços acessíveis<sup>70</sup>, estabelece funções e finalidades da assistência farmacêutica dentro do SUS, fundamentada na descentralização da gestão, relacionando às ações destinadas ao medicamento em torno das demandas de uma comunidade, como também a seleção, programação e aquisição dos medicamentos, assegurando medidas para a segurança e eficácia terapêutica, juntamente com a avaliação da utilização para a garantia do uso racional dos medicamentos<sup>19,63,70,91</sup>.

As diretrizes da PNAF, vigente em 2004, se baseiam em doutrinas do SUS e num contexto abrangente da assistência farmacêutica<sup>27</sup>. Ela compõe as estruturas de: garantia de acesso e equidade às ações de saúde; manutenção dos serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde nos diferentes níveis de atenção; qualificação dos serviços de assistência farmacêutica; utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); construção de uma política de Vigilância Sanitária e promoção do uso racional de medicamento<sup>59</sup>.

A Assistência Farmacêutica trata de um *conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao uso racional, conjunto este, que envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia de qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação da sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população*<sup>59</sup>.

No país, existem três formas de acesso ao medicamento. Há o modelo de provisão do medicamento privado, onde a obtenção do medicamento ocorre por meio do pagamento, pelas drogarias comerciais. A provisão do medicamento através do Programa Farmácia Popular do Brasil, por meio das farmácias

conveniadas, pela modalidade “Aqui tem Farmácia Popular”. Neste caso, os medicamentos podem ser disponibilizados gratuitamente, como por exemplo, fármacos para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma, ou por meio do copagamento pelo usuário, como por exemplo fármacos antiparkinsonianos, utilizados no tratamento de dislipidemias, osteoporose, glaucoma, contraceptivos, entre outros. E o provimento público, pelas farmácias pertencentes ao Sistema Único de Saúde<sup>55</sup>.

O financiamento da Assistência Farmacêutica pública se divide em três elementos constituintes, os quais são:

- Componente Básico: responsável pela aquisição de medicamentos e insumos na área de atenção básica à saúde e relacionados a agravos e programas de saúde específico. Tem como a responsabilidade tripartite (municípios, estados e distrito federal);
- Componente Estratégico: disponibiliza os medicamentos para atendimento de Programas de Saúde coordenados pelo Ministério da Saúde. Fazem parte os medicamentos do programa DST/Aids, os que são indicados para o controle da tuberculose, hanseníase, malária e outras endemias, também os imunobiológicos e insumos das coagulopatias e hemoderivados;
- Componente Especializado: garante a integralidade do tratamento farmacoterapêutico na forma de cuidados que estão definidas nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas<sup>83</sup>.

Dentre as políticas e programas implementados com a finalidade de ampliação do acesso a medicamentos pela população destacam-se, a nível federal, a Política de Medicamentos Genéricos<sup>18</sup> e o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB).

A Política de Medicamentos Genéricos tem grande contribuição na ampliação da oferta de medicamentos à população, com forte estímulo à produção e comercialização de medicamentos genéricos no Brasil, cuja circulação em 2011 foi de 550 milhões de unidades, sendo responsáveis por 24% do mercado de medicamentos no país no ano citado<sup>4</sup>.

O Programa “Farmácia Popular do Brasil” surgiu como uma inovação para a política pública de assistência farmacêutica através da adoção de um novo tipo

de financiamento na assistência farmacêutica, o co-pagamento, que foi uma forma para a melhoria do acesso a medicamentos<sup>77</sup>. O programa se faz através de parcerias com farmácias privadas, o que foram essenciais para a expansão e crescimento do PFPB, contudo com a grande introdução, após 2011, estabelece isenção de co-pagamento para anti-hipertensivos, anti-diabéticos e astiasmáticos<sup>86</sup>. No início, era constituído pelo projeto por unidades próprias e o “Aqui tem Farmácia Popular”, referente a convênios com a rede privada de farmácias e drogarias<sup>29</sup>, porém no ano de 2017 a rede própria foi extinta.

### **1.3 Acesso e uso de medicamentos**

O medicamento é considerado um insumo essencial para a recuperação da saúde e preservação da vida<sup>63</sup>. Os medicamentos salvam vidas e melhoram a saúde das pessoas, prevenindo, curando ou controlando e reduzindo a morbimortalidade associada a doenças agudas e crônicas. Têm a finalidade de medidas positivas para a saúde, seja por função curativa, profilática ou de diagnóstico, sendo classificado como a intervenção terapêutica mais utilizada<sup>63</sup>. Portanto, é considerado um produto indispensável às ações de saúde, e deve ser submetido às normas de regulamentação sanitária do país<sup>17</sup>.

A efetividade dos medicamentos é o resultado de uma longa cadeia de fatores: pesquisa e desenvolvimento (P&D), produção, controle de qualidade, distribuição, informações confiáveis para profissionais de saúde e público em geral, diagnóstico, prescrição, acesso financeiro, dispensação, adesão ao tratamento e farmacovigilância<sup>19</sup>.

A atenção à saúde constitui um direito humano fundamental, e neste está incluído o acesso a medicamentos, os quais refletem em fatores determinantes e condicionantes da saúde, e refletem uma melhoria das condições de vida de uma população. O acesso aos medicamentos envolve uma complexa rede de atores públicos e privados, que desempenham diferentes papéis em função do contexto econômico, político e social e dos modelos e sistemas de saúde dos diversos países nos quais são fomentadas condições para que tal acesso se efetive, envolvendo necessariamente várias combinações de provisão de serviços e financiamentos públicos e privado<sup>95</sup>.

O acesso a medicamentos essenciais ainda constitui um problema de saúde pública e é considerado crítico em muitos países. Segundo a OMS, 1/3 da população mundial ainda não tem o acesso regular ao medicamento<sup>19,47,63</sup>. Ele não ocorre de maneira homogênea na população, comprometendo principalmente os brasileiros de baixa renda<sup>68</sup>.

Além do acesso aos serviços de saúde para consulta médica, diagnóstico e prescrição, a efetivação do acesso aos medicamentos depende de sua disponibilidade física na farmácia; da acessibilidade geográfica dos usuários aos serviços de farmácia; da aceitabilidade dos usuários em relação aos serviços de farmácia; e da capacidade aquisitiva de provedores ou indivíduos e famílias<sup>64</sup>.

No contexto global da atenção à saúde, o medicamento, como insumo de saúde, constitui parte integrante e indispensável da assistência sanitária. No entanto, para que a utilização do medicamento se caracterize como abordagem do cuidado em saúde, torna-se imprescindível o conhecimento de vários aspectos relativos ao uso do medicamento como insumo de saúde, tais como: quem o utiliza, de que forma, por que razão e as possíveis consequências originadas desse uso. O conjunto das respostas a essas questões permite inferir, planejar, controlar e avaliar os assuntos relacionados a fármacos e especialidades farmacêuticas e suas implicações para a saúde pública<sup>85</sup>.

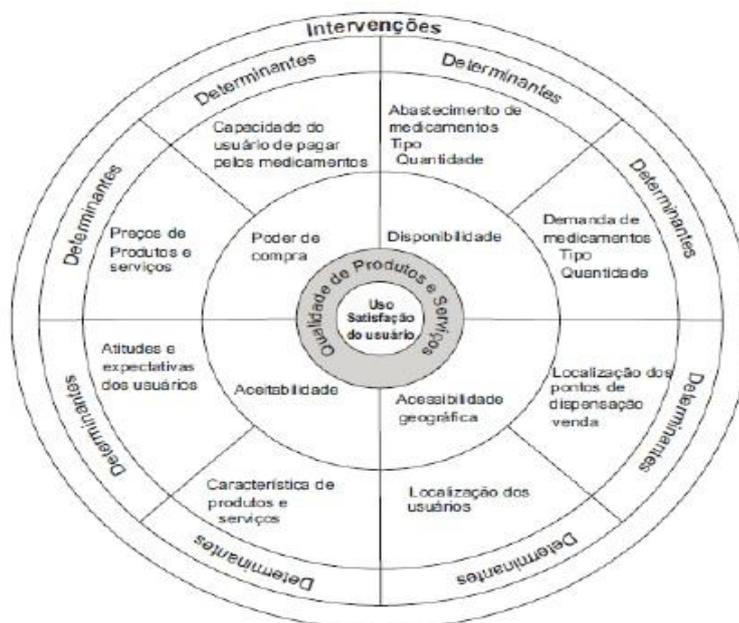
Torna-se fundamental garantir o acesso universal ao medicamento e assegurar a equidade no acesso da população brasileira ao mesmo<sup>44</sup>, de forma a cumprir o pressuposto constitucional do direito do cidadão à saúde e do papel do Estado no estabelecimento de medidas voltadas à garantia de tais direitos. O acesso ao medicamento não se faz de modo uniforme, uma vez que a proporção de gasto de saúde com medicamentos varia bastante de um país para outro<sup>85</sup>, de forma associada aos sistemas e políticas públicas de saúde adotadas por diferentes modelos de sociedade.

Ainda que haja a ocorrência de heterogeneidade no acesso ao medicamento entre diferentes países, quatro dimensões específicas do acesso têm sido estudadas, como por exemplo as apresentadas no modelo de WHO e MSH<sup>92</sup> (2000). A caracterização deste se baseia na qualidade de produtos e serviços, e o núcleo central é o uso racional de medicamentos e a satisfação do usuário<sup>24</sup>.

As propriedades determinantes de acesso estudadas são: a) a disponibilidade física do produto; b) a aceitabilidade ou satisfação; c) a acessibilidade geográfica e o poder de compra<sup>14,24,84,95</sup>, conforme as seguintes definições:

- a. Disponibilidade física do produto, definida como uma relação entre o tipo e quantidade do produto ou serviço requerido, assim como o tipo e quantidade do produto fornecido. O acesso do medicamento quando o usuário necessitar, na quantidade necessária e em condições de qualidade adequadas ao uso.
- b. Aceitabilidade ou satisfação, entendida como uma relação entre as atitudes e expectativas dos usuários com relação aos produtos e serviços, e as características reais dos mesmos.
- c. Acessibilidade geográfica, que se refere à relação entre a localização de produtos e serviços e a localização eventual do usuário destes produtos e serviços.
- d. Poder de compra, compreende a adequação entre o preço e a capacidade aquisitiva dos usuários. Representa também as diferentes formas de financiamento existentes.

**Figura 3.** Modelo teórico de acesso a medicamentos.



**Fonte:** adaptado a partir de WHO e MSH<sup>92</sup> (2000).

O acolhimento às quatro dimensões de acesso do modelo de WHO e MSH (2000) possibilita ao Estado o cumprimento do direito dos cidadãos ao acesso aos medicamentos essenciais, através de políticas e técnicas na área da saúde<sup>24</sup>.

Bermudez (2004), cita quatro fatores considerados pela OMS que representam uma promoção para a melhoria do acesso a medicamentos, são eles, que o medicamento seja selecionado de forma coerente e que haja o desenvolvimento de novos produtos, que os preços dos medicamentos sejam de custo menor para os consumidores e governos tenham a condição de fácil acesso, que os governos estabeleçam arrecadações para financiamento sustentável e que haja um sistema de abastecimento de medicamentos comprometido através dos serviços públicos e privados<sup>95</sup>.

Quando bem utilizado, o medicamento é o recurso terapêutico com maior relação custo-efetividade, porém, o seu uso inadequado, pode levar a grandes problemas de saúde pública<sup>19,95</sup>. Estima-se que 50% dos medicamentos prescritos, dispensados ou vendidos são de modo inadequado e em torno de 50% dos usuários não usam o medicamento de forma correta<sup>19</sup>.

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), realizada em 2014 no país apresentou dados inéditos sobre o acesso e o uso de medicamentos pela população brasileira. Segundo o estudo de Bertoldi e colaboradores (2016)<sup>13</sup>; 50,7% dos brasileiros utilizam pelo menos um medicamento, sendo utilizados mais medicamentos para condições agudas do que para as crônicas. Luiza et al. (2016)<sup>51</sup>; evidenciaram que 3,2% dos gastos das famílias brasileiras com saúde foram com medicamentos. No estudo da Silva Dal Pizzol e colaboradores (2016)<sup>32</sup>; 31% das crianças com até 12 anos de idade faziam uso de medicamento. Ramos et al. (2016)<sup>73</sup>, apontaram que dentre os idosos que possuíam pelo menos uma doença crônica, 93% faziam o uso de um medicamento de forma crônica e a prevalência de polifarmácia foi de 18% nesta população.

Por fim, o medicamento precisa ser acessível, estabelecendo a necessidade de uso, através de uma dispensação em condições adequadas, orientação e responsabilidade essenciais, para que o regime terapêutico, informações completas quanto à dose, esquema posológico e à duração do tratamento, para que haja a utilização de maneira racional<sup>2,95</sup>. Garcia e colaboradores, destacam que o acesso a medicamentos representa também um indicador da qualidade do sistema de saúde e que também determina como está sendo a efetivação do tratamento prescrito ao paciente<sup>42</sup>.

#### **1.4. Inquéritos de saúde: um enfoque no acesso e uso de medicamentos**

Os inquéritos populacionais são definidos como pesquisas de base populacional, abrangendo uma amostra representativa da população e permitem a obtenção de uma informação pontual da situação de saúde do grupo. A principal vantagem dessa estratégia é a formação de linhas de base populacionais para proceder a realização de avaliações periódicas subsequentes. Por outro lado, as limitações incluem: o alto custo e excessivo trabalho operacional, que impedem sua realização anual; a impossibilidade de localização exata do que está sendo analisado, considerando que dificilmente é possível ter amostras representativas por regiões do Estado ou municípios<sup>30</sup>.

Monitorar o estado de saúde das populações é imprescindível para a formulação e a avaliação das políticas e programas de saúde<sup>7</sup>. A insuficiência das fontes secundárias de informação em saúde para suprir às necessidades da gestão tem enfatizado a importância em coletar dados primários por meio de inquéritos populacionais, entendidos como componentes fundamentais de um sistema nacional de informações em saúde<sup>53</sup>.

Cesar e Tanaka (1996) destacam a importância dos inquéritos de saúde na avaliação do padrão de utilização de serviços; na caracterização das iniquidades em saúde às quais estão expostos os diversos grupos populacionais; no planejamento de políticas públicas; e na avaliação de seus resultados<sup>26</sup>.

Eles são utilizados para avaliar e conhecer os fatores que precisam ser melhorados em uma população<sup>26</sup>. Têm sido instrumentos úteis para a formulação e avaliação de políticas públicas desde a década de 1960<sup>8</sup>.

Esses inquéritos revelam e possibilitam que as necessidades de saúde da população possam ser atendidas, bem como, haja também, a avaliação e reparação das políticas que estão em execução, para que busquem conduzir uma equidade e racionalidade aos serviços de saúde, no acesso e tratamento necessários à população<sup>9,11</sup>.

Um marco para as pesquisas de uso de medicamentos no Brasil, foi o desenvolvimento da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) em 2014. Pesquisas como esta são de grande relevância para acompanhar e observar o andamento das políticas de saúde e da assistência farmacêutica desenvolvidas no Brasil.

O estudo do uso de medicamentos se torna uma prioridade institucional e política, pois os dados e informações coletadas nas pesquisas podem ser um grande auxílio para o direcionamento das políticas governamentais na área de saúde para a melhoria do acesso de medicamentos pela população e ao uso racional de medicamento<sup>23</sup>.

No município de Campinas, o Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS), do Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP vem realizando inquéritos de base populacional periodicamente. O primeiro inquérito, ISA-SP, foi realizado entre 2001-2002, em diferentes áreas do estado de São Paulo: municípios de Taboão da Serra, Embu e Itapeverica da Serra (sudoeste da grande São Paulo) e Campinas. O segundo

inquérito, ISACAMP-2008/2009, foi realizado entre 2008 a 2009 e o terceiro inquérito, ISACAMP-2014/2015<sup>1</sup>. Nesta dissertação, os dados utilizados serão do terceiro inquérito.

Em todos os inquéritos do ISACamp a temática do medicamento foi investigada, com o objetivo de gerar informações que permitissem conhecer e acompanhar o perfil epidemiológico da utilização dos medicamentos e os fatores determinantes do seu uso, por parte da população residente no município de Campinas<sup>28</sup>, incluindo o segmento dos idosos.

Os estudos nacionais realizados entre os idosos, apontam maior frequência de polimorbidade, alta prevalência de utilização de medicamentos o que pode resultar em uso inadequado de medicamentos e maior incidência de efeitos adversos<sup>12,72</sup>.

Esse padrão de utilização de medicamentos, pode ser caracterizado pela prevalência de doenças crônico-degenerativas como doenças cardiovasculares, respiratórias, neoplasias, diabetes mellitus, distúrbios do trato gastrointestinal e perturbações psicológicas entre outras<sup>31,50</sup> sendo a razão para serem o grupo etário mais utiliza medicamentos na sociedade<sup>73</sup>.

Nos países desenvolvidos, do total de vendas de medicamentos, 25% são para a população idosa<sup>78</sup> e este número pode alcançar uma estimativa de 40% no ano de 2030<sup>33</sup>. O Brasil é o sexto país do mundo com a maior população de idosos<sup>31</sup> e 60% da produção nacional de medicamentos é consumida por 23% da população, especialmente pelos idosos<sup>81</sup>.

Além dos aspectos de farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos, é muito importante salientar na prescrição do idoso o período da duração do tratamento terapêutico e as dificuldades do idoso na adesão ao tratamento<sup>33,82</sup>.

Os problemas relacionados a não adesão farmacoterapêutica são a automedicação, interações farmacológicas e o surgimento de reações adversas<sup>73</sup>, que podem ser graves e fatais<sup>33</sup>. Em comparação, na fase adulta, 10% dos pacientes desenvolvem algum tipo de reação a medicamentos, enquanto que após os 80 anos essa porcentagem pode chegar a 25%<sup>33</sup>.

---

<sup>1</sup> Fonte: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/ccas-centro-colaborador-em-analise-de-situacao-de-saude>.

## 1.5 Justificativas

Devido ao aumento progressivo da população idosa no Brasil e por constituírem um segmento populacional com maior prevalência de doenças crônico-degenerativas e alta prevalência na utilização de medicamentos, considera-se fundamental, analisar aspectos relacionados ao uso e os tipos de acesso aos medicamentos entre os idosos.

A partir do Inquérito de Saúde de Campinas (ISACamp) é possível identificar qual o padrão de uso de medicamentos e quais as principais forma de acesso entre os idosos no município, possibilitando a melhor compreensão dos fatores associados a essas variáveis.

Espera-se que o presente estudo possa proporcionar subsídios relevantes as políticas de saúde do município de Campinas, em especial a Política de Assistência Farmacêutica e Política de Idosos, a fim de promover estratégias adequadas voltadas ao uso adequado aos medicamentos entre os idosos.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.4. Objetivo Geral**

Analisar o acesso e o uso de medicamentos entre os idosos no município de Campinas/SP.

### **2.5. Objetivos Específicos**

- Estimar a prevalência do uso de medicamentos na população idosa, segundo características demográficas, socioeconômicas e de condições de saúde.
- Analisar o acesso gratuito aos medicamentos categorizados de acordo com a condição de pagamento ou não pelo medicamento;
- Descrever as fontes de obtenção dos medicamentos adquiridos gratuitamente pela população idosa, segundo características demográficas, socioeconômicas e de condições de saúde;
- Identificar as classes terapêuticas dos medicamentos mais utilizados pelos idosos, segundo o acesso gratuito e o acesso por meio de pagamento pelo medicamento.

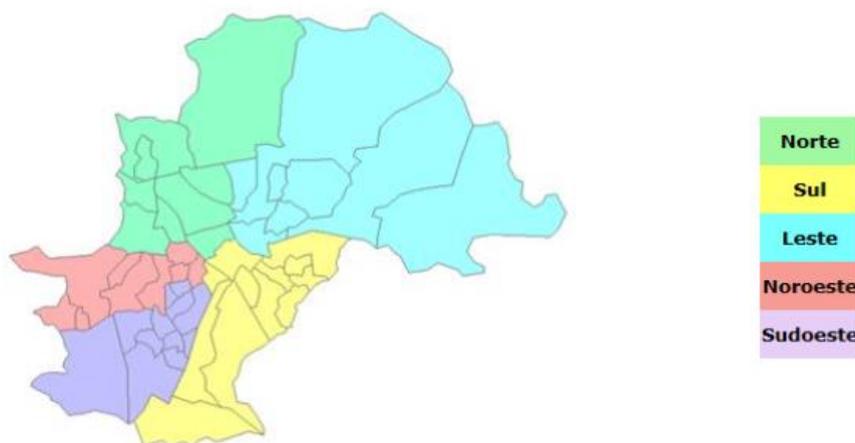
### 3. MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 Delineamento e população de estudo

Trata-se de um estudo transversal de base populacional que utilizou os dados o Inquérito de Saúde de Campinas, (ISACamp 2014/2015), realizado pelo Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS) do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP).

A população do ISACamp é constituída pelas pessoas residentes em domicílios da área urbana do município, que foi estratificado em cinco regiões, leste, noroeste, norte, sudoeste e sul, correspondentes aos Distritos de Saúde de Campinas e os domínios de estudo foram as três subpopulações, adolescentes (10 a 19 anos), adultos (20 a 59 anos) e idosos (60 anos ou mais).

**Figura 4** - Distritos de Saúde do município de Campinas/SP.



**Fonte:** Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas (2018).

**Tabela 1.** População residente segundo distritos de saúde e grupos etários. Campinas, 2010.

<b>Distrito</b>	<b>Adolescente</b>	<b>Adulto</b>	<b>Idoso</b>	<b>Total</b>
Leste	28575	155949	40870	225394
Noroeste	31075	105467	16869	153411
Norte	29579	121991	25999	177569
Sudoeste	40632	139488	19564	199684
Sul	46254	181076	36719	264049
<b>Total</b>	<b>176115</b>	<b>703971</b>	<b>140021</b>	<b>1020107</b>

### 3.2 Amostragem e Coleta de dados

A amostra foi planejada por meio de estratificação, de conglomerados sorteados em dois estágios: setores censitários e domicílios. 1º) sorteio dos setores censitários: foram sorteados com probabilidade proporcional ao número de domicílios contados a partir do Censo de 2010, realizando o sorteio de 14 setores em cada distrito, totalizando 70 unidades. 2º) sorteio dos domicílios: foram selecionados por sorteio sistemático, a partir da relação de endereços obtida em arrolamento prévio. O número de domicílios para a realização das entrevistas foi calculado a partir dos dados do Censo de 2010, com a média esperada de pessoas por domicílio (razão pessoas/domicílios) para grupo de idade.

**Tabela 2.** Número de domicílios necessários para a obtenção da amostra proposta, considerando e não considerando as taxas de não resposta. ISACamp 2014/2015.

<b>Distrito</b>	<b>Sem considerar as taxas de não resposta</b>			<b>Considerando as taxas de não resposta</b>		
	<b>Adolescente</b>	<b>Adulto</b>	<b>Idoso</b>	<b>Adolescente</b>	<b>Adulto</b>	<b>Idoso</b>
Leste	520	182	653	712	233	817
Noroeste	299	105	376	410	134	469
Norte	364	127	458	498	163	573
Sudoeste	391	137	492	536	176	616
Sul	542	190	681	742	243	851
<b>Total</b>	<b>2116</b>	<b>741</b>	<b>2660</b>	<b>2898</b>	<b>949</b>	<b>3326</b>

Para a composição do tamanho da amostra, o número de pessoas foi obtido considerando a estimativa de uma proporção de 50% (correspondente à máxima variabilidade), intervalo de confiança de 95%, erro de amostragem entre 4% e 5% e

efeito de delineamento igual a 2, o que resultou em um total de 1000 adolescentes, 1400 adultos e 1000 idosos.

**Tabela 3.** Tamanho da amostra segundo grupo etário e Distrito de Saúde de residência. ISACamp 2014/2015.

Distrito	Adolescente	Adulto	Idoso	Total
Leste	162	310	292	764
Noroeste	176	210	120	506
Norte	168	243	186	597
Sudoeste	231	277	140	648
Sul	263	360	262	885
Total	1000	1400	1000	3400

Para obter o tamanho de amostra desejado, 3119, 1029 e 3157 residências foram selecionadas de forma independente para entrevistas com adolescentes, adultos e idosos, respectivamente, considerando taxas de não resposta de 27%, 22% e 20% para os três grupos etários, respectivamente. Em cada casa, todos os residentes da faixa etária específica foram entrevistados<sup>1</sup>. O procedimento de amostragem está detalhado na seguinte página: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/ccas-centro-colaborador-em-analise-de-sentucacao-de-saude/isacamp/2014>.

**Tabela 4.** Domicílios inicialmente sorteados e os resultantes de sorteio final e efetivamente visitados, segundo domínios de idade e distrito de saúde de residência. ISACamp 2014/15.

Distrito	Domicílios inicialmente sorteados			Domicílios após sorteio final e visitados		
	Adolescente	Adulto	Idoso	Adolescente	Adulto	Idoso
Leste	824	270	965	802	265	743
Noroeste	446	144	502	446	144	487
Norte	540	180	636	540	179	548
Sudoeste	549	182	638	549	182	583
Sul	782	259	902	782	259	800
Total	3141	1035	3643	3119	1029	3161

As entrevistas ocorreram nos domicílios, face a face, realizadas por entrevistadores treinados e supervisionados, com base em questionário construído

pela equipe de pesquisadores, previamente testado em estudo piloto, e os dados foram gravados em um computador portátil (tablet).

Os idosos considerados incapazes de se comunicarem e que não conseguiram responder ao questionário, devido a alguma deficiência ou demência, tiveram seu questionário respondido por um cuidador.

### 3.4 Variáveis de estudo

O questionário ISACamp foi dividido em 12 blocos que abrangeram tópicos sobre saúde, morbidades, doenças crônicas, uso de serviços entre outros. O bloco J refere-se ao uso de medicamentos.

As variáveis dependentes analisadas no presente estudo foram: o uso de ao menos um medicamento nos quinze últimos dias anteriores a realização da pesquisa e o acesso gratuito aos medicamentos entre os idosos.

Para a identificação dos indivíduos que referiram uso de ao menos um medicamento nesse período, foi investigada pela pergunta: *O (a) senhor usou algum medicamento nos últimos 15 dias? Caso a resposta fosse sim, seguia-se para as seguintes questões: Quantos e quais foram utilizados?*

Toda vez que o entrevistado referia ter feito uso de algum medicamento nos últimos quinze dias era solicitada apresentação da embalagem do medicamento e/ou a prescrição médica, a fim de minimizar possíveis erros na anotação dos dados pelo entrevistador. Na ausência da embalagem e/ou prescrição, pelo relato do entrevistado era anotado o nome do medicamento conforme relatado pelo entrevistado.

A informação sobre o acesso aos medicamentos dos indivíduos que relataram o uso de pelo menos um medicamento foi obtido pelas seguintes perguntas: *O Sr. (a) pagou pelo medicamento? Se a resposta fosse negativa, o entrevistador perguntava: Onde obteve o medicamento?*

A partir desta questão foi categorizado acesso gratuito aos medicamentos pela população idosa considerando: se o idoso obteve todos os medicamentos gratuitos; se o idoso obteve pelo menos algum medicamento de forma gratuita ou se ele não obteve nenhum dos medicamentos utilizados de forma gratuita.

Em relação as fontes de obtenção dos medicamentos que não foram pagos, as possibilidades de respostas eram: *SUS - Centro de saúde ou outro local; Programa*

*Farmácia Popular/Aqui tem Farmácia Popular; Amigos, vizinhos, parentes; Instituição filantrópica; já tinha o medicamento; outro; não soube responder/ não respondeu.*

As variáveis independentes analisadas foram:

- *Sociodemográficas*: sexo (feminino e masculino); idade (60 a 69 anos, 70 anos ou mais); situação conjugal (casado/unido, solteiro/separado e viúvo); cor da pele autorreferida (branca, não-branca).
- *Socioeconômicas*: escolaridade (0 a 11 anos de estudo, 12 ou mais), filiação ou não a plano médico de saúde; renda mensal (menor ou igual a 1 salário mínimo, de 1 a 3 salários mínimos e maior que 3 salários mínimos) e Distritos de Saúde, localidade da residência do idoso.
- *Condições de saúde e características relacionadas ao uso de serviços de saúde*: morbidade referida nos 15 dias anteriores à aplicação do questionário, presença de doença crônica, número de doenças crônicas entre as listadas em *check list*, procura por serviço de saúde nos últimos 30 dias, número de medicamentos utilizados.

### **3.5 Análise de Dados**

Os softwares utilizados para as análises foram o Stata 14.0 e o programa SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.4. SAS Institute Inc, Cary, NC, USA, considerando o delineamento amostral complexo e os pesos de não respostas, no qual utilizou-se o comando *survey (svy)*.

Para análise específica dos medicamentos foi utilizado o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas<sup>36</sup> para identificar o princípio ativo de cada medicamento, e o Sistema Anatômico de Classificação Química Terapêutica (ATC)<sup>90</sup>, empregado para a codificação desses medicamentos com base no princípio ativo (substância química). Com o ATC, as drogas são divididas em cinco níveis. O primeiro nível refere-se ao principal sistema anatômico. O segundo corresponde ao subgrupo terapêutico. O terceiro e quarto níveis referem-se a subgrupos farmacológicos ou terapêuticos e o quinto nível à substância química. Neste estudo os medicamentos foram identificados até o quinto nível, obtendo a porcentagem e intervalo de confiança de 95%.

### 3.6 Análise Estatística

Foram estimadas as prevalências de uso de medicamentos pelos idosos, nos quinze dias anteriores à entrevista, segundo as variáveis sociodemográficas, socioeconômicas e as condições de saúde; utilizando o teste qui-quadrado, com nível de significância de 5%, obtendo valores de porcentagem, intervalo de confiança e o valor de p de Pearson. As variáveis que apresentaram o valor de  $p < 0,05$  foram consideradas estatisticamente diferentes.

O acesso aos medicamentos foi classificado de acordo com o tipo de obtenção, as quais foram o acesso total gratuito (o idoso obteve todos os medicamentos gratuitos); acesso parcial (o idoso obteve pelo menos algum medicamento de forma gratuita) e o acesso nulo (o idoso não obteve nenhum dos medicamentos utilizados de forma gratuita). A análise de prevalência dos tipos de acesso aos medicamentos foi realizada através do teste de regressão logística ordinal, ajustada para as variáveis sexo, idade e escolaridade, em associação com as variáveis independentes, analisando os resultados de porcentagem para cada tipo do acesso gratuito e observando o valor de p obtido.

Desta análise, foram estimadas as razões de chances (OR) e o intervalo de confiança de 95%, ajustados para sexo, idade e escolaridade, utilizando as variáveis independentes que mostraram ter uma diferença estatisticamente significativa em relação as formas de obtenção do medicamento.

### 3.7 Aspectos éticos da pesquisa

Os indivíduos tiveram todos os esclarecimentos dos objetivos da pesquisa e aqueles que foram sorteados, se concordassem com a participação no projeto, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Projeto de pesquisa ISACAMP foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNICAMP, sob o parecer nº 409.714 emitido em 30 de setembro de 2013, CAAE: 20547513.2.0000.5404. Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNICAMP ao parecer de número 79825717.3.0000.5404.

## 4. RESULTADOS

### **Acesso gratuito e utilização de medicamentos pela população idosa do município de Campinas/SP: resultados de um inquérito populacional.**

#### **Resumo**

Objetivo: Analisar aspectos relacionados ao acesso gratuito e o uso de medicamentos pelos idosos do município de Campinas/SP. Método: Trata-se de um estudo transversal, de base populacional que utilizou dados do Inquérito de Saúde do município de Campinas (ISACamp2014/2015). A amostra foi composta de 986 idosos com 60 anos ou mais. Resultados: Do total da população idosa, 88,64% utilizavam pelo menos um medicamento. O acesso gratuito foi maior entre os homens, nos idosos com menor escolaridade e renda mensal, e naqueles que não possuíam plano de saúde. As fontes mais utilizadas para obtenção dos medicamentos de forma gratuita foram as farmácias do Sistema Único de Saúde (87,79%) e o Programa Farmácia Popular (5,43%). Os medicamentos mais frequentes adquiridos gratuitamente foram os do sistema cardiovascular (58,40%), como o captopril e enalapril, primeira linha para o tratamento da hipertensão arterial, e os fármacos que agem no aparelho digestório e metabolismo (16,90%), como a metformina e glibenclamida, usados no tratamento da diabetes, e os que foram adquiridos pelo pagamento próprio foram principalmente os medicamentos para o tratamento de distúrbios ácidos estomacais e para a terapia cardíaca. Dos idosos, 79% não conseguiram obter um medicamento, e os motivos, na maioria das vezes identificados foram “não encontrou no Centro de Saúde” e “não havia recursos para comprar.” Os resultados apontam para a necessidade de se estabelecer novas estratégias que garantam o acesso aos medicamentos de forma igualitária a esta população.

Palavras-chave: Idosos, acesso a medicamentos, uso de medicamento, inquérito de saúde.

## INTRODUÇÃO

O processo acelerado de envelhecimento é caracterizado por mudanças nos indicadores de saúde e aumento da esperança de vida<sup>14,32</sup>. A população de idosos brasileiros, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística é de aproximadamente 28 milhões, estimando alcançar em 2025, quase 32 milhões de idosos e com projeção em 2060 de 73 milhões<sup>b</sup>.

Os idosos são um segmento populacional com alta prevalência de doenças crônico-degenerativas, tais como as doenças cardiovasculares, respiratórias, neoplasias, diabetes mellitus, distúrbios do trato gastrointestinal e perturbações psicológicas entre outras<sup>13,23</sup>. O conjunto dessas condições, resulta no aumento da demanda por serviços de saúde<sup>22,25</sup> e no maior uso de medicamentos<sup>40</sup>. Nesse sentido, para o tratamento terapêutico adequado dos idosos, se faz necessário para garantir o acesso aos medicamentos prescritos para as condições de saúde desses indivíduos.

No Brasil, a Lei nº 8080 de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde<sup>c</sup>, garante o acesso aos medicamentos por meio da assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica<sup>40</sup>, sendo essa diretriz reafirmada nas Políticas Farmacêuticas vigentes do país, no Estatuto do Idoso de 2003<sup>d</sup> e também reconhecida pela Organização das Nações Unidas (ONU)<sup>e</sup> como componente da garantia do direito à saúde.

Donabedian e colaboradores (1973) caracterizam o acesso aos medicamentos pela sua disponibilidade, capacidade aquisitiva das pessoas, acessibilidade geográfica e cultural, aceitabilidade e o uso racional do produto<sup>17</sup>.

Bermudez aponta que o acesso é uma condição entre a capacidade do sistema de saúde em oferecer o produto e haver o consumo pela população, podendo ser

---

<sup>b</sup> Projeções da população: Brasil e unidades da federação: revisão 2018 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – 2. ed. - Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

<sup>c</sup> Brasil. Lei nº 8080, de 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. Diário Oficial da União. Brasília, 20 set. 1990; Seção 1.

<sup>d</sup> Estatuto do Idoso - Lei 10741/03 | Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm). Acesso em: 26 de agosto de 2018.

<sup>e</sup> WHO (World Health Organization), 2001. Access Strategy. Home page WHO/DAP. <<http://www.who.int/medicines/strategy/access/stacstrat.shtml>>, em 10/10/18.

influenciado por características de ambas as partes, a exemplo das características de gestão dos serviços e socioeconômicas e demográficas dos usuários<sup>4</sup>, a necessidade e a obtenção do medicamento no momento, e o local onde o paciente se encontra, com qualidade e informações eficientes para o seu uso racional<sup>45</sup>.

Estudos epidemiológicos em idosos mostraram que o acesso aos medicamentos pode ser influenciado por diversos fatores, como os socioeconômicos e demográficos<sup>2,7,21</sup>. Esses estudos apontaram que os idosos que utilizam mais medicamentos são os do sexo feminino, aqueles com maior idade e escolaridade, que referiram cor de pele parda e preta, com nível socioeconômico mais elevado e presença de doenças crônicas, entre outros determinantes<sup>2,5,7,10,21</sup>.

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção de Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) realizada no ano de 2014, apontou que a maioria dos idosos (74%) referiu pelo menos uma doença crônica não transmissível (DCNT) e, destes, 93% utilizava pelo menos um medicamento de uso crônico<sup>33</sup>.

Tendo em vista que o acesso só se concretiza com a utilização do medicamento<sup>4,31</sup>, foram estabelecidas Políticas Farmacêuticas no Brasil visando garantir o acesso da população a medicamentos com qualidade e a promoção do uso racional. Dentre essas destacam-se a Política de Medicamentos Genéricos<sup>8</sup>, a Política Nacional de Medicamentos<sup>31</sup>, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica<sup>26</sup>, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos<sup>9</sup> e o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB)<sup>23</sup>.

As formas de financiamento e organização para o acesso a medicamentos podem ocorrer por meio do fornecimento de medicamentos na rede pública de saúde (SUS) e pelo sistema privado, formado pelos seguros de saúde ou por pagamento direto<sup>4</sup>.

O objetivo desse artigo foi estimar o acesso gratuito a medicamentos e a prevalência do uso pela população idosa (60 anos ou mais) do município de Campinas, segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e comportamentos de saúde.

## **MÉTODOS**

### **Delineamento e população de estudo**

Trata-se de um estudo transversal de base populacional que se baseia nos dados do Inquérito de Saúde do município de Campinas-SP ISACamp 2014/2015. O domínio de idade da amostra utilizada foram os indivíduos com 60 anos ou mais ( $n = 986$ ), residentes na área urbana do município. O ISACamp foi realizado pelo Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS) do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP).

### **Amostragem e Coleta de dados**

A amostra foi planejada por meio de estratificação, de conglomerados sorteados em dois estágios: setores censitários e domicílios. 1<sup>o</sup>) sorteio dos setores censitários: foram sorteados com probabilidade proporcional ao número de domicílios contados a partir do Censo de 2010, realizando o sorteio de 14 setores em cada distrito, totalizando 70 unidades. 2<sup>o</sup>) sorteio dos domicílios: foram selecionados por sorteio sistemático, a partir da relação de endereços obtida em arrolamento prévio. O número de domicílios para a realização das entrevistas foi calculado a partir dos dados do Censo de 2010, com a média esperada de pessoas por domicílio (razão pessoas/domicílios) para grupo de idade.

O município foi estratificado em cinco regiões: leste, noroeste, norte, sudoeste e sul correspondentes aos Distritos de Saúde de Campinas; e os domínios de estudo foram as três subpopulações: adolescentes (10 a 19 anos), adultos (20 a 59 anos) e idosos (60 anos ou mais). Os idosos totalizaram uma amostra de 986.

Para obter o tamanho de amostra desejado, 3119, 1029 e 3157 residências foram selecionadas de forma independente para entrevistas com adolescentes, adultos e idosos, respectivamente, considerando taxas de não resposta de 27%, 22% e 20% para os três grupos etários, respectivamente. Em cada casa, todos os residentes da faixa etária específica foram entrevistados<sup>1</sup>.

As entrevistas ocorreram nos domicílios, face a face, realizadas por entrevistadores treinados e supervisionados, com base em questionário construído pela equipe de pesquisadores, previamente testado em estudo piloto, e os dados foram gravados em um computador portátil (tablet).

Os idosos considerados incapazes de se comunicarem e que não conseguiram responder ao questionário, devido a alguma deficiência ou demência, tiveram seu questionário respondido por um cuidador.

### **Variáveis analisadas**

As variáveis dependentes analisadas no presente estudo foram: o uso de ao menos um medicamento nos quinze últimos dias anteriores a realização da pesquisa e o acesso gratuito aos medicamentos entre os idosos.

A identificação dos indivíduos que referiram uso de ao menos um medicamento nesse período, foi investigada pela pergunta: *O (a) senhor usou algum medicamento nos últimos 15 dias? Caso a resposta fosse sim, seguia-se para as seguintes questões: Quantos e quais foram utilizados?*

Toda vez que o entrevistado referia ter feito uso de algum medicamento nos últimos quinze dias era solicitada apresentação da embalagem do medicamento e/ou a prescrição médica, a fim de minimizar possíveis erros na anotação dos dados pelo entrevistador. Na ausência da embalagem e/ou prescrição, pelo relato do entrevistado era anotado o nome do medicamento conforme referido pelo entrevistado.

A informação sobre o acesso aos medicamentos dos indivíduos que disseram ter usado pelo menos um medicamento foi obtido pelas seguintes perguntas: *O Sr. (a) pagou pelo medicamento? Se a resposta fosse negativa, o entrevistador perguntava: Onde obteve o medicamento?*

A partir desta questão foi categorizado como foi o acesso gratuito aos medicamentos pela população idosa considerando: se o idoso obteve todos os medicamentos gratuitos; se o idoso obteve pelo menos algum medicamento de forma gratuita ou se ele não obteve nenhum dos medicamentos utilizados gratuitamente.

Em relação as fontes de obtenção dos medicamentos que não foram pagos, as possibilidades de respostas eram: *SUS - Centro de saúde ou outro local; Programa Farmácia Popular/Aqui tem Farmácia Popular; Amigos, vizinhos, parentes; Instituição filantrópica; já tinha o medicamento; outro; não soube responder/ não respondeu.*

As variáveis independentes analisadas foram:

- *Sociodemográficas:* sexo (feminino e masculino); idade (60 a 69 anos, 70 anos ou mais); situação conjugal (casado/unido, solteiro/separado e viúvo); cor da pele autorreferida (branca, não-branca) e Distritos de Saúde, localidade da residência do idoso.

- *Socioeconômicas*: escolaridade (0 a 11 anos de estudo, 12 ou mais), filiação ou não a plano médico de saúde; renda mensal (menor ou igual a 1 salário mínimo, de 1 a 3 salários mínimos e maior que 3 salários mínimos).
- *Condições de saúde e características relacionadas ao uso de serviços de saúde*: morbidade referida nos 15 dias anteriores à aplicação do questionário, presença de doença crônica, número de doenças crônicas entre as listadas em *check list*, procura por serviço de saúde nos últimos 30 dias.

### **Análise de dados**

Os softwares utilizados para as análises foram o Stata 14.0 e o programa SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.4. SAS Institute Inc, Cary, NC, USA, considerando o delineamento amostral complexo e os pesos de não respostas, no qual utilizou-se o comando *survey (svy)*.

Para análise específica dos medicamentos foi utilizado o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas<sup>15</sup> para identificar o princípio ativo de cada medicamento, e o Sistema Anatômico de Classificação Química Terapêutica (ATC)<sup>41</sup>, empregado para a codificação desses medicamentos com base no princípio ativo (substância química). Com o ATC, as drogas são divididas em cinco níveis. O primeiro nível refere-se ao principal sistema anatômico. O segundo corresponde ao subgrupo terapêutico. O terceiro e quarto níveis referem-se a subgrupos farmacológicos ou terapêuticos e o quinto nível à substância química.

### **Análise Estatística**

Foram estimadas as prevalências de uso de medicamentos pelos idosos, nos quinze dias anteriores à entrevista, segundo as variáveis sociodemográficas, socioeconômicas e as condições de saúde; utilizando o teste qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%. As associações que apresentaram o valor de  $p < 0,05$  foram consideradas estatisticamente diferentes.

O acesso ao medicamento foi classificado de acordo com o tipo de obtenção, as quais foram: acesso total gratuito (o idoso obteve todos os medicamentos gratuitos); acesso parcial (o idoso obteve pelo menos algum medicamento de forma gratuita) e o acesso nulo (o idoso não obteve nenhum dos medicamentos utilizados de forma gratuita). A análise de prevalência do acesso aos medicamentos foi realizada

através do teste de regressão logística ordinal, ajustada para as variáveis sexo, idade e escolaridade, em associação com as variáveis independentes.

A partir dos resultados obtidos no estudo de acesso aos medicamentos, as variáveis que apresentaram associação positiva (sendo o valor de  $p < 0,05$ ), foram incluídas no modelo de regressão para estimativa de chances. O acesso ao medicamento foi o desfecho de análise, tendo como referência o acesso nulo gratuito, comparando com ele o acesso parcial e o total. Foram estimadas as razões de chances (OR) e o intervalo de confiança de 95%, ajustados para sexo, idade e escolaridade. Para cada variável foi utilizada uma categoria para ser de referência, sendo estas consideradas: casado/unido, cor branca, renda mensal maior que três salários, possuir plano de saúde, apresentar de 1 a 2 doenças crônicas, ter procurado o serviço de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista e o distrito de saúde Leste.

### **Aspectos Éticos**

O Projeto de pesquisa ISACamp 2014/2015 foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNICAMP (Parecer nº 409.714, 30 de setembro de 2013), (CAAE: 20547513.2.0000.5404).

## **RESULTADOS**

A distribuição da amostra de idosos e a prevalência de uso de medicamentos estão descritas na Tabela 1, segundo as variáveis socioeconômicas, demográficas e condições de saúde.

A população estudada é composta predominantemente por mulheres (60,75%), indivíduos entre 60 a 69 anos (51,32%), casados ou em união estável (52,33%), que referiram cor da pele branca (73,46%), com escolaridade entre 0 a 4 anos (61,76%), que declararam renda mensal de 1 a 3 salários mínimos (54,83%) e não possuíam plano de saúde (54,42%).

A prevalência do uso de ao menos um medicamento entre os idosos residentes em Campinas, nos quinze dias que antecederam à entrevista, foi de 88,64%. O número de medicamentos autodeclarados pelos idosos foi um total de 3530, sendo a média de uso por idoso de quatro ou mais medicamentos. O maior uso de medicamentos foi nas mulheres (92,62%); indivíduos entre 70 a 79 anos (91,84%); entre dos viúvos (93,06%); e de cor branca (90,27%). Foi também observado maior

uso de medicamentos, entre os mais escolarizados (89,54%); com maior renda (89,59%); e com posse de plano de saúde (92,47%). Os idosos que relataram cinco ou mais doenças apresentaram uma prevalência de (99,13%); 92,67% relataram ter procurado por algum serviço de saúde nas duas semanas antecedentes à entrevista e os idosos residentes no Distrito de saúde Sudoeste apresentaram maior prevalência no uso de medicamentos (95,87%) (Tabela 1).

A tabela 2 apresenta a distribuição do acesso gratuito ao medicamento, seja ele total, parcial e nulo, segundo as variáveis exploratórias propostas no estudo. Observou-se diferença entre os sexos quanto ao acesso gratuito, sendo os homens com maior prevalência para esta forma, e entre as mulheres o acesso de nenhum medicamento gratuito. Os idosos separados tiveram maior prevalência de acesso gratuito, já os viúvos apresentaram o maior acesso a nenhum medicamento de forma gratuita. Quando o indivíduo se autodeclarou ser de cor branca, identificou-se maior prevalência no acesso de nenhum medicamento gratuito, já os indivíduos não brancos tiveram menor domínio para este acesso. Em comparação aos anos de estudo, os idosos com maior escolaridade, adquiriram mais medicamentos de maneira não gratuita, já os que possuíam cinco a onze anos de estudos tiveram maior acesso gratuito aos medicamentos. A renda mensal também foi uma variável que demonstrou grande diferença, entre os indivíduos que referiram possuir maior renda, obtiveram a maior parte dos medicamentos pagando por eles, porém os que recebiam um menor salário tiveram maior acesso gratuito aos medicamentos. Na condição de posse de plano de saúde, encontrou-se maior acesso nulo gratuito, já os que não tinham plano de saúde obtiveram mais medicamentos gratuitamente. Em comparação aos cinco Distritos de Saúde do município de Campinas, os idosos residentes do distrito Sul tiveram uma maior prevalência no acesso total gratuito do medicamento (30,40%) e os que moravam no distrito Sudoeste foram os que menos tiveram acesso gratuito aos medicamentos (9,60%).

Os resultados das estimativas de chances, referentes à Tabela 3, mostraram que os idosos que não vivem em uma união conjugal, têm mais chances de terem o acesso gratuito a todos os medicamentos do que aqueles que eram casados. Os que possuíam uma renda menor que um salário mínimo, tiveram mais chances de adquirirem todos os medicamentos de forma gratuita do que os que recebiam uma renda maior. A mesma situação foi observada com os idosos que não tinham posse de plano de saúde. Já em comparação ao número de doenças crônicas, quanto mais

comorbidades o indivíduo possuía, mais chances de obter somente parte dos medicamentos utilizados de maneira gratuita ele teve.

As fontes de obtenção dos medicamentos obtidos gratuitamente foram: 87,79% dos medicamentos foram obtidos pelo SUS (centro de saúde e outros); 5,43% obtidos pela Farmácia Popular; 1,80% por amigos ou vizinhos; 0,39% obtidos através de instituição filantrópica; 4,23% por outras fontes e 0,37% dos idosos não souberam ou não responderam (dados não apresentados em tabela).

Os medicamentos mais utilizados pelos idosos foram o da classe do sistema cardiovascular (58,40%), com destaque para os agentes que atuam sobre o sistema renina-angiotensina, são eles: captopril e enalapril; que são inibidores da enzima conversora da angiotensina, e a losartana; antagonista do receptor da angiotensina II. Desta classe os anti-hipertensivos e os medicamentos para tratamento cardíaco tiveram maior obtenção pela forma de pagamento. A segunda classe foram os fármacos que agem no aparelho digestório e metabolismo (16,90%), com predominância para os medicamentos utilizados no tratamento do diabetes; insulinas, metformina e glibenclamida, estes tiveram a maior parte a obtenção gratuita. Já os medicamentos para os distúrbios ácidos estomacais foram na maioria pagos pelos idosos (Tabela 4 e Figura 1).

Em relação a não obtenção de medicamentos; deste total de idosos, 79% não conseguiram obter um medicamento, 13% dois medicamentos, 6% três medicamentos, 1% cinco medicamentos e seis medicamentos. Dentre os medicamentos não obtidos, destacam-se o omeprazol, seguido de losartana, sinvastatina e ácido acetilsalicílico. Os motivos identificados para a não obtenção destes medicamentos foram principalmente que não encontrou no Centro de Saúde e não havia recursos para comprar os medicamentos (dados não apresentados em tabela).

## DISCUSSÃO

O presente estudo aponta uma prevalência na utilização de medicamentos pela população de 60 anos ou mais do município de Campinas de 88,64%, o que se mostrou entre a média da maioria dos achados de outros estudos nacionais, realizado nas cidades de Montes Claros/MG, Florianópolis/SC, São Paulo/SP e Fortaleza/CE<sup>4,10,39</sup> e em estudo de abrangência nacional<sup>33</sup>; esses estudos apresentam mesmo domínio de idade do presente estudo. Em estudos internacionais, foram encontradas prevalências de 78,0% na Suécia<sup>20</sup> e 95,0% em áreas metropolitanas de alguns países da Europa, como a Dinamarca e a Itália<sup>18</sup>.

O maior uso de medicamentos identificado no presente estudo, corrobora com a literatura nacional, no qual observamos maior uso entre as mulheres<sup>4,5,10,27,35,36,39</sup>, nos indivíduos mais escolarizados<sup>4</sup>, entre aqueles com maior renda mensal<sup>4,29</sup>, nos idosos que possuíam plano de saúde<sup>16</sup> e com maior número de comorbidades crônicas<sup>4,42</sup>.

A maior utilização de medicamentos entre as mulheres, que pode ser explicada pela maior procura dos serviços de saúde, maior cuidado aos sintomas físicos e atenção aos problemas de saúde<sup>9,19,22</sup>.

A escolaridade mostrou influenciar o acesso aos medicamentos de maneira global, sendo estes os mais prevalentes em todos os tipos de acesso, seja gratuita ou não, o que corresponde a questão de quanto maior o grau de instrução, melhor as percepções de necessidade em saúde, buscam mais assistência e tem maior grau de autonomia<sup>13</sup>.

Nos indivíduos com menor renda, observou-se que houve uma maior prevalência no acesso total de medicamentos gratuitos, assim como, naqueles sem plano de saúde, demonstrando que, a maior utilização do serviço de saúde pela rede pública acontece entre aqueles com menor nível socioeconômico<sup>3,23</sup>, o que também foi observado no estudo de Viana e colaboradores por meio da Pesquisa Nacional por Amostras em Domicílio (2008)<sup>42</sup>.

Quanto maior o número de morbidades crônicas, maior a procura por serviços de saúde, e maior a polifarmácia, fato que coloca este segmento da população em maior risco de não obtenção de todos os medicamentos necessários, além do aumentado risco destes tratamentos não estarem disponíveis no setor público<sup>3,21</sup>.

Estudo realizado na cidade de Campinas em 2016, identificou que os Distritos de saúde Sul e Sudoeste possuíam piores condições socioeconômicas<sup>2</sup>. Acompanhando resultados já apresentados que apontam que idosos de menor renda têm maior prevalência de acesso gratuito, os moradores dessas regiões também apresentaram maior prevalência desse tipo de acesso a medicamentos.

Dos medicamentos obtidos de forma gratuita, 87,79% foram em centro de saúde ou outros serviços do SUS, e 5,43% obtidos pelo Programa Farmácia Popular. Destes, os medicamentos mais utilizados pelos idosos, foram os da classe do sistema cardiovascular, indicados para o tratamento de hipertensão arterial e diabetes, as quais apresentaram-se como as doenças crônicas mais frequentes nesse segmento. Esses resultados também foram observados nos estudos de Tavares et al. (2016) e Ramos et al. (2016) que avaliaram idosos em todo o território brasileiro. No estudo de Ramos (2016) foi encontrado que, entre os idosos que referiram apenas uma doença crônica, 66% dos casos apresentavam hipertensão arterial e 8% tinham diabetes. No estudo de Miranda et al. (2016), no sul do Brasil, a prevalência de utilização do PFPB entre os idosos foi de 57%, e 87% dos idosos relataram ter conhecimento sobre o programa<sup>27</sup>. Assim, evidencia-se a importância da ampliação do conhecimento e da utilização do PFPB pela população, especialmente entre os mais idosos.

Os fármacos inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA), captopril e enalapril, são os medicamentos de preferência quando o indivíduo apresenta comorbidades como insuficiência cardíaca, diabetes mellitus e doença renal crônica, doenças constantemente apresentadas nos idosos<sup>30,34</sup>. A losartana, pertencente à classe dos antagonistas de receptor de angiotensina II, é comparada à atividade farmacológica aos inibidores da ECA, e apresenta menos efeitos adversos e melhores ajustes posológicos, o que para o idoso apresenta grande relevância<sup>19,30</sup>. Esses fármacos anti-hipertensivos e os antidiabéticos foram os mais frequentemente obtidos gratuitamente pelos idosos deste estudo e são contemplados pelo Programa Farmácia Popular, com isenção de pagamento, evidenciando a importância deste programa para o aumento do acesso a medicamentos pela população<sup>39</sup>. Ainda, esses medicamentos acompanham os fármacos mais utilizados pela população idosa brasileira, conforme demonstrado por Mengue e colaboradores (2016). Esses fármacos utilizados em primeira escolha para o tratamento da hipertensão e diabetes, como captopril e metformina, também são contemplados pela distribuição de medicamentos na atenção básica, através da RENAME no SUS. A assistência

farmacêutica no sistema público de saúde tem seu financiamento através de âmbitos federal, estadual e municipal, e exerce um papel fundamental para a garantia do acesso aos medicamentos pela população e seu uso racional estão condizentes com a necessidade da população<sup>28,43</sup>.

Dos medicamentos utilizados pelos idosos que tiveram maior prevalência de obtenção através do pagamento, os fármacos que agem no sistema respiratório e os utilizados para a terapia cardíaca também foram na maior, adquiridos por pagamento, como encontrado no estudo da PNAUM de Tavares (2016), o que pode sugerir algumas deficiências ainda existentes no acesso a este grupos de medicamentos.

A principal causa de não obtenção de pelo menos um medicamento pelos idosos foi a indisponibilidade destes nas farmácias do SUS. No estudo de Viana (2015) a falta de acesso a todos os medicamentos foi de 14%. No presente estudo, 11,45% dos idosos de Campinas relataram não conseguir obter ou comprar algum medicamento que deveria ser utilizado por indicação médica.

Este trabalho apresenta algumas limitações características de um estudo transversal, considerando a população idosa, deve-se considerar o viés de memória e de informação, o que pode acontecer quando o idoso não recorda das doenças crônicas que possui, ou dos medicamentos que utiliza, podendo subestimar a prevalência de doenças e medicamentos utilizados, bem como a falta de diagnóstico<sup>11</sup>.

Os resultados deste estudo demonstram que os fatores associados ao uso e acesso gratuito a medicamentos pela população idosa de Campinas, acompanham àquelas apresentadas pela população idosa brasileira, conforme apontado por outros estudos epidemiológicos<sup>4,10,39,33,42</sup>.

As associações encontradas entre a utilização de medicamentos, condições de saúde e características sociodemográficas, frente ao acelerado envelhecimento populacional enfatiza a necessidade de qualificar a oferta do cuidado farmacêutico voltada aos idosos.

Reforça-se, ainda, que a simples obtenção do medicamento não garante o cuidado integral e adequado entre os idosos e, por isso, ações no sentido de promover o uso adequado e a adesão também se fazem necessárias, especialmente considerando os potenciais riscos inerentes ao uso de medicamentos em idade avançada.

**Tabela 1.** Distribuição da população idosa e prevalência do uso e de medicamentos, segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e condições de saúde (n=986). Campinas-SP 2014 -2015.

Variáveis	Amostra		Prevalência de uso de medicamentos		valor de p*
	n	% da população	%	IC 95%	
<b>Sexo</b>					<0,001
Masculino	387	39,2	83,2	[78,4 - 87,2]	
Feminino	599	60,8	92,6	[90,2 - 94,5]	
<b>Idade (anos)</b>					0,176
60-69	506	51,3	87,1	[83,1-90,3]	
70- 79	308	31,2	91,8	[87,6-94,7]	
80 ou mais	172	17,4	88,4	[82,6-92,4]	
<b>Situação conjugal</b>					<0,001
Casado/Unido	516	52,3	88,1	[84,1-91,2]	
Solteiro	68	6,9	78,6	[66,2-87,3]	
Viúvo	318	32,2	93,1	[89,9-95,3]	
Separado/Desquitado/ Divorciado	84	8,5	85,3	[75,7-91,5]	
<b>Cor</b>					<0,001
Branca	703	73,5	90,3	[87,5-92,4]	
Não branca	254	26,5	84,0	[78,2-88,5]	
<b>Escolaridade (anos)</b>					0,876
0-4	609	61,8	88,2	[84,7-90,9]	
5-11	283	28,7	89,2	[84,5-92,6]	
12 ou mais	94	9,5	89,5	[81,4-94,4]	
<b>Renda mensal per capita (salários mínimos)</b>					0,895
≤ 1	297	30,2	87,9	[81,7-92,2]	
>1 a ≤ 3	539	54,8	88,6	[85,5-91,1]	
> 3	147	15,0	89,6	[83,1-93,8]	
<b>Plano de saúde</b>					<0,001
Não possui	536	54,4	85,2	[81,3-88,4]	
Possui	449	45,6	92,5	[89,3-94,8]	
<b>Número de doenças crônicas</b>					<0,001
1 a 2	324	38,9	90,0	[85,1-93,4]	
3 a 4	295	35,4	96,2	[92,7-98,1]	
5 ou mais	214	25,7	99,1	[96,7-99,8]	
<b>Procura por serviço de saúde nas últimas duas semanas</b>					<0,001
Não	768	78,1	87,5	[84,6-90,0]	
Sim	215	21,9	92,7	[88,2-95,6]	
<b>Distritos de saúde</b>					<0,001
Leste	219	22,2	88,8	[82,7-92,9]	
Noroeste	175	17,8	88,8	[82,6-92,9]	
Norte	149	15,1	90,2	[85,9-93,3]	
Sudoeste	147	14,9	95,9	[89,9-98,4]	
Sul	296	30,0	83,8	[77,2-88,8]	
<b>TOTAL</b>	986	100,0	88,6	[86,1-90,7]	

\* valor de p de Pearson.

**Tabela 2.** Prevalência do acesso gratuito aos medicamentos utilizados pelos idosos, segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e condições de saúde. Campinas-SP 2014 -2015.

Variáveis	Acesso gratuito aos medicamentos (% e IC 95%)			valor de p*
	Acesso total gratuito	Acesso parcial (algum gratuito)	Acesso nulo (nenhum gratuito)	
<b>Sexo</b>				<0,001
Masculino	22,3 [17,8-26,8]	32,2 [24,7-39,6]	45,5 [36,7-54,4]	
Feminino	35,1 [28,5-41,7]	32,3 [25,1-39,6]	32,6 [25,3-39,8]	
<b>Idade (anos)</b>				0,952
60-69	27,1 [21,8-32,3]	31,6 [25,2-38,1]	41,3 [34,6-48,0]	
70- 79	28,0 [21,7-34,4]	33,2 [24,0-42,5]	38,7 [27,2-50,2]	
80 ou mais	24,4 [17,0-31,8]	32,3 [18,9-45,6]	43,3 [29,4-57,2]	
<b>Situação conjugal</b>				<0,001
Casado/Unido	24,0 [18,6-29,3]	56,7 [49,8-63,5]	52,6 [42,2-63,0]	
Solteiro	30,9 [14,9-47,0]	30,2 [15,3-45,1]	38,8 [20,2-57,4]	
Viúvo	25,5 [18,7-32,2]	30,4 [25,1-35,7]	36,2 [27,9-44,6]	
Separado/Desquitado/Divorciado	47,6 [33,9-61,4]	26,9 [14,9-38,9]	25,4 [15,2-35,7]	
<b>Cor</b>				<0,001
Branca	24,4 [20,1-28,6]	31,0 [23,8-38,2]	44,6 [36,1-53,1]	
Não branca	34,1 [27,7-40,4]	35,7 [28,4-43,0]	30,2 [22,5-37,9]	
<b>Escolaridade (anos)</b>				<0,001
0-4	42,6 [31,5-53,8]	35,3 [25,2-45,3]	22,0 [12,2-31,9]	
5-11	45,7 [29,4-62,0]	40,8 [22,7-58,8]	13,5 [4,2-22,9]	
12 ou mais	23,5 [19,0-28,0]	31,3 [24,9-37,7]	45,2 [36,3-54,1]	
<b>Renda mensal per capita (salários mínimos)</b>				
≤ 1	39,4 [32,4-46,4]	32,4 [26,9-37,9]	28,1 [21,1-35,2]	<0,001
>1 a 3	25,5 [20,4-30,5]	36,2 [29,6-42,8]	38,3 [29,8-46,8]	
≥ 3	13,7 [7,0-20,3]	20,5 [10,6-30,5]	65,8 [55,2-76,4]	
<b>Plano de saúde</b>				<0,001
Não possui	42,2 [37,2-47,1]	36,4 [32,1-40,7]	21,4 [17,2-25,6]	
Possui	12,2 [8,3-16,2]	28,1 [18,9-37,3]	59,7 [49,4-69,9]	
<b>Número de doenças crônicas</b>				<0,001
1 a 2	38,7 [28,2-49,3]	22,0 [16,1-27,9]	39,2 [30,2-48,3]	
3 a 4	27,7 [19,3-36,1]	27,5 [19,2-35,8]	44,8 [31,7-57,8]	
5 ou mais	18,2 [13,7-22,7]	45,4 [38,5-52,3]	36,4 [27,7-45,1]	
<b>Procura por serviço de saúde nas últimas duas semanas</b>				
Não	28,7 [76,1-88,4]	30,7 [25,2-36,2]	40,6 [33,9-47,3]	0,074
Sim	20,7 [13,0-28,3]	37,4 [26,3-48,4]	41,9 [27,3-56,5]	

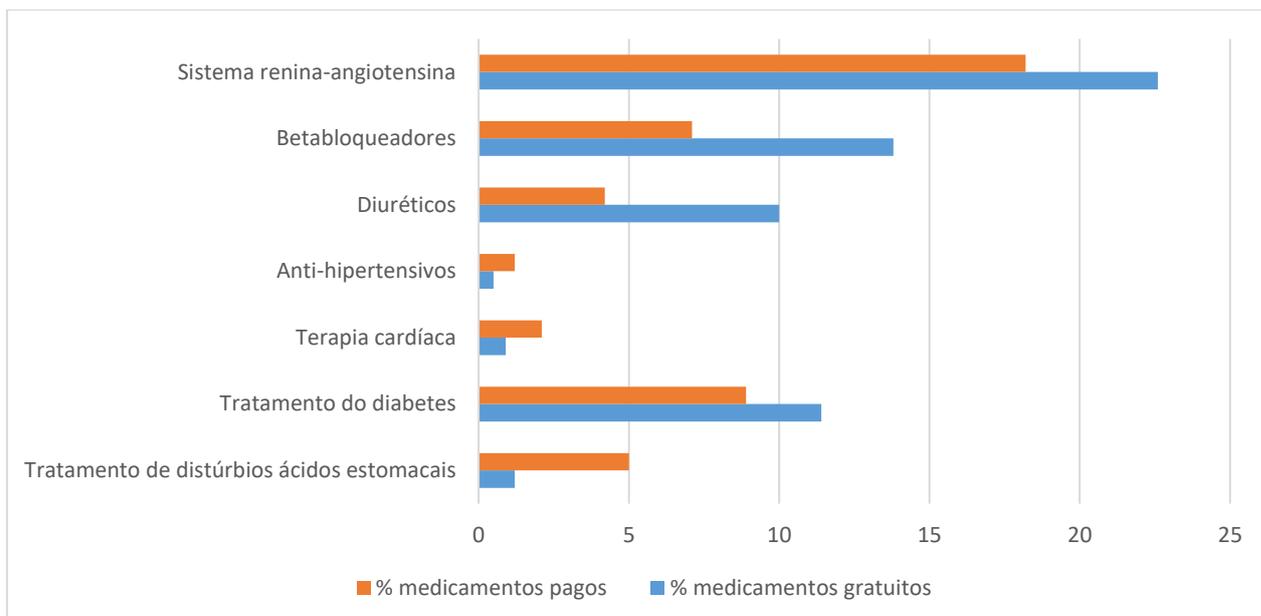
\*Valor de p de Pearson.

**Tabela 3.** Estimativas da razão de chances (OR) para o acesso parcial e total gratuito, em comparação ao acesso nulo gratuito, ajustados para sexo, idade e escolaridade, segundo as variáveis socioeconômicas, demográficas e condições de saúde. Campinas-SP 2014 -2015.

Variáveis	OR e IC 95%	
	Acesso parcial gratuito	Acesso total gratuito
<b>Situação conjugal</b>		
Separado/Desquitado/Divorciado	1,3 [0,6-2,7]	4,0 [1,9-8,2]
Solteiro	1,0 [0,4-2,2]	1,9 [0,7-5,0]
Viúvo	0,7 [0,5-1,1]	1,1 [0,7-1,9]
<b>Cor</b>		
Não Branca	1,5 [0,9-2,5]	1,7 [1,1-2,6]
<b>Renda mensal <i>per capita</i> (salários mínimos)</b>		
< 1	3,1 [1,6-6,0]	5,4 [2,8-10,3]
1 a 3	2,8 [1,7-4,7]	2,9 [1,4-6,0]
<b>Plano de saúde</b>		
Não possui	3,3 [2,0-5,4]	8,1 [4,6-14,1]
<b>Número de doenças crônicas</b>		
3 a 4	1,1 [0,6-1,9]	0,6 [0,3-1,3]
5 ou mais	2,4 [1,5-4,0]	0,6 [0,3-1,1]
<b>Procura por serviço de saúde nas últimas duas semanas</b>		
Não	0,8 [0,5-1,2]	1,3 [0,7-2,2]
<b>Distritos de Saúde</b>		
Sudoeste	2,2 [1,1-4,4]	2,5 [1,1-5,7]
Noroeste	1,4 [0,7-3,0]	1,4 [0,6-3,4]
Norte	0,8 [0,3-2,0]	0,8 [0,3-2,0]
Sul	1,1 [0,3-3,1]	1,5 [0,5-4,1]

**Tabela 4.** Frequência percentual das principais classes dos medicamentos mais utilizados que foram obtidos gratuitamente e pelo pagamento, segundo classificação ATC níveis 1 e 2. Campinas-SP, 2014 -2015.

Classificação ATC níveis 1 e 2	Medicamentos gratuitos		Medicamentos pagos	
	%	IC 95%	%	IC 95%
A: Aparelho digestório e metabolismo	16,9	[10,6-23,2]	20,8	[17,2-24,5]
A02: Medicamentos para o tratamento de distúrbios ácidos estomacais	1,2	[0,0 -3,1]	5,0	[3,1-7,0]
A10: Medicamentos utilizados no diabetes	11,4	[6,7-16,0]	8,9	[6,1-11,8]
A11: Vitaminas	2,9	[0,0-7,8]	3,2	[1,3-5,1]
A12: Suplementos minerais	1,4	[0,1-2,7]	3,1	[1,1-5,1]
B: Sangue	5,4	[2,5-8,3]	3,5	[1,5-5,4]
C: Sistema cardiovascular	58,4	[52,2-64,6]	45,9	[40,1-51,2]
C01: Terapia cardíaca	0,9	[0,0-2,0]	2,1	[0,6-3,6]
C02: anti-hipertensivos	0,5	[0,0-1,5]	1,2	[0,0-2,4]
C03: Diuréticos	10,0	[4,94-15,13]	4,2	[2,6-5,8]
C07: Betabloqueadores	13,8	[7,89-19,80]	7,1	[4,8-9,5]
C08: Bloqueadores de canal de cálcio	2,1	[0,31-3,88]	2,3	[0,9-3,7]
C09: Agentes que atuam no sistema renina-angiotensina	22,6	[16,01-29,24]	18,2	[15,1-21,4]
C10: Agentes modificadores de lipídeos	8,4	[4,98-11,83]	9,8	[7,0-12,6]
H: Hormônios de uso sistêmico, exceto hormônios sexuais	4,3	[1,57-6,97]	3,8	[2,2-5,4]
J: Agentes anti-infecciosos para uso sistêmico	0,4	[0,00-1,15]	1,1	[0,3-1,8]
L: Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	0,3	[0,00-0,92]	0,6	[0,0-1,2]
M: Sistema musculoesquelético	3,6	[0,56-6,57]	7,7	[5,3-10,1]
N: Sistema nervoso	10,0	[5,75-14,23]	12,2	[9,8-14,5]
N02: Analgésicos	3,0	[0,14-5,82]	2,8	[1,3-4,3]
N03: Antiepilépticos	2,9	[0,71-5,13]	2,1	[0,7-3,4]
R: Sistema respiratório	0,4	[0,00-1,28]	1,8	[0,6-3,1]
S: Órgãos dos sentidos	0,3	[0,00-0,90]	1,3	[0,0-3,2]



**Figura 1.** Classificação dos medicamentos segundo ATC (nível 2), obtidos gratuitamente e na forma de pagamento.

## REFERÊNCIAS

1. Alves, M. C. G. P., Escuder, M. M. L., Claro, R. M., & Silva, N. N. D. (2014). Sorteio intradomiciliar em inquiridos de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 48, 86-93.
2. Arrais, P. S. D., Brito, L. L., Barreto, M. L., & Coelho, H. L. L. (2005). Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 1737-1746.
3. de Azevedo, S. J. S. (2016). Vulnerabilidade sociodemográfica e desigualdades no acesso aos serviços públicos de Saúde Básica em Campinas–SP. *Anais*, 1-20.
4. Aziz, M. M., Calvo, M. C., Schneider, I. J. C., Xavier, A. J., & d'Orsi, E. (2011). Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, 1939-1950.
5. Bertoldi, Andréa Dâmaso 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, 2009.
6. Bertoldi AD, da Silva Dal Pizzol T, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, Tavares NUL, et al. Perfil sociodemográfico dos usuários de medicamentos no Brasil: resultados da PNAUM 2014. *Rev Saude Publica*. 2016;50(supl 2):11s.
7. BOING, Alexandra Crispim et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 691-701, 2013.
8. Brasil. (1999). Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999: Dispõe sobre a vigilância sanitária estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.
9. BRASIL. (2006). Decreto nº 5.813. *Diário Oficial da União*.
10. Carvalho, M. F. C. (2007). *A polifarmácia em idosos no município de São Paulo-Estudo SABE-Saúde, Bem-estar e Envelhecimento* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
11. Costa, K. S., Francisco, P. M. S. B., & Barros, M. B. D. A. (2016). Utilização e fontes de obtenção de medicamentos: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 32, e00067814.
12. Costa, K. S., Tavares, N. U. L., Mengue, S. S., Pereira, M. A., Malta, D. C., & Júnior, S. (2016). Obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Programa Farmácia Popular do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25, 33-44.
13. Da Silva PC, Dalmaz CA. Orientações na administração de medicamentos anti-hipertensivos em idosos. *Cippus*, 2013, v. 2, n. 1, p. 139-150.
14. de Azevedo Barros I, M. B., & Goldbaum II, M. (2018). Desafios do envelhecimento em contexto de desigualdade social. *Rev Saude Publica*, 52(Supl 2), 1s.
15. DEF—Dicionário de Especialidades Farmacêuticas 2015. 43rd ed. EPUC; 2015.
16. de Loyola Filhol, A. I., Firmol, J. O. A., & de Melo, J. V. (2018). Subutilização de medicamentos por motivos financeiros em adultos mais velhos: ELSI-Brasil. *Rev Saude Publica*, 52(Supl 2), 8s.
17. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.
18. Fialová, D., Topinková, E., Gambassi, G., Finne-Soveri, H., Jónsson, P. V., Carpenter, I., ... & Reissigová, J. (2005). Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *Jama*, 293(11), 1348-1358.

19. Gazoni, F. M., Braga, I. L. S., Guimarães, H. P., & Lopes, R. D. (2009). Hipertensão sistólica no idoso. *Rev Bras Hipertens*, 16(1), 34-7.
20. Jörgensen, T., Johansson, S., Kennerfalk, A., Wallander, M. A., & Svärdsudd, K. (2001). Prescription drug use, diagnoses, and healthcare utilization among the elderly. *Annals of Pharmacotherapy*, 35(9), 1004-1009.
21. Katrein, Flávia et al. Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 1416-1426, 2015.
22. Lima-Costa, M. F., Guerra, H. L., Firmo, J. O. A., Vidigal, P. G., Uchoa, E., & Barreto, S. M. (2002). Projeto Bambuí: plano privado de saúde e utilização de serviços médicos pela população idosa.
23. Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí. *Rer. Saúde Pública* 2008; 42:89-99.
24. Luiza VL, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Ramos LR, da Silva Dal Pizzol LR, et al. Gasto catastrófico com medicamentos no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2016;50(supl 2):15s.
25. Melo-Silva, A. M. D., Mambrini, J. V. D. M., Souza Junior, P. R. B. D., Andrade, F. B. D., & Lima-Costa, M. F. (2018). Hospitalizations among older adults: results from ELSI-Brazil. *Revista de saude publica*, 52, 3s.
26. Ministério da Saúde (BR). (2004). Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004: Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*.
27. Miranda, V. I. A., Fassa, A. G., Meucci, R. D., & Lutz, B. H. (2016). Utilização do programa farmácia popular do Brasil por idosos. *Revista de Saúde Pública*, 50, 13-13.
28. Oliveira, L. C. F. D., Assis, M. M. A., & Barboni, A. R. (2010). Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 3561-3567.
29. Paniz, V. M. V. (2009). Acesso a medicamentos em população assistida por diferentes modelos de atenção básica nas regiões sul e nordeste do Brasil.
30. Perrotti, Tatiana Caccese et al. Tratamento farmacológico da hipertensão no idoso. **Rev Bras Hipertens**, v. 14, n. 1, p. 37-41, 2007.
31. Portaria, M. S. (1998). nº 3916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União*, 10.
32. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev. Saúde Pública*. 1987;21(3):211-24. DOI:10.1590/S0034-89101987000300006
33. 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(supl 2):9s.
34. Reinhardt, F., Ziulkoski, A. L., Andrighetti, L. H., & Perassolo, M. S. (2012). Acompanhamento farmacoterapêutico em idosos hipertensos residentes em um lar geriátrico, localizado na Região do Vale dos Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(1), 109-117.
35. Rozenfeld, S. (2003). Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 717-724.
36. Santos, R. I. D., Farias, M. R., Pupo, G. D., Trindade, M. C. N. D., & Dutra, F. F. (2016). Assistência Farmacêutica no Brasil-Política, Gestão e Clínica Vol. I. Editora UFSC.
37. Santos, T. R. A., Lima, D. M., Nakatani, A. Y. K., Pereira, L. V., Leal, G. S., & Amaral, R. G. (2013). Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 47, 94-103.

38. Sant'Ana, J. M. B., Pepe, V. L. E., Osorio-de-Castro, C. G. S., & Ventura, M. (2011). Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29, 138-144.
39. Silva, C. S. D. O., Pereira, M. I., Yoshitome, A. Y., Rodrigues Neto, J. F., & Barbosa, D. A. (2010). Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Escola Anna Nery*.
40. Tavares, N. U. L., Luiza, V. L., Oliveira, M. A., Costa, K. S., Mengue, S. S., Arrais, P. S. D., ... & Bertoldi, A. D. (2016). Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 50(suppl 2).
41. Vasconcelos, Daniela Moulin Maciel de, et al. "Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação." *Ciência & Saúde Coletiva* 22 (2017): 2609-2614.
42. Viana, K. P., dos Santos Brito, A., Rodrigues, C. S., & Luiz, R. R. (2015). Acesso a medicamentos de uso contínuo entre idosos, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 49, 1-10.
43. Vieira, F. S. (2010). Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27, 149-156
44. World Health Organization. ATC/DDD Index 2016 [Internet]. 2016. [https://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](https://www.whocc.no/atc_ddd_index/).
45. Zepeda Bermudez, J. A. (2004). Acesso a medicamentos direito fundamental, papel do Estado. In *Acesso a medicamentos direito fundamental, papel do Estado*. ENSP.

## 5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO GERAL

O envelhecimento se faz presente e em constante progressão, e o Brasil já representa um dos maiores países com o aumento da população de idosos. Compreender as características desta população e dar atenção aos cuidados na terapia farmacológica se faz extremamente necessário, uma vez que esta população é acometida pela maior demanda na procura de serviços de saúde, possuindo um maior número de comorbidades crônicas, o que resulta também no maior uso de medicamentos, por isso, é primordial o estudo nessas populações para a melhoria e a atenção no que diz respeito ao uso de medicamentos.

Os inquéritos populacionais permitem identificar fatores para a avaliação atual de acesso e uso de medicamentos em uma população, o que promove uma orientação no desenvolvimento das políticas públicas do país que são objetivadas para a construção do acesso à saúde.

Os estudos sobre o uso de medicamentos se tornam uma prioridade institucional e política, pois os dados e informações coletadas nas pesquisas podem ser um grande auxílio para o direcionamento das políticas governamentais na área de saúde para a melhoria do acesso de medicamentos pela população e ao uso racional de medicamento<sup>23,28</sup>.

O presente estudo permitiu avaliar o padrão de uso de medicamentos pela população idosa de Campinas e o seu acesso gratuito a esses medicamentos, segundo as variáveis socioeconômicas, demográficas e condições de saúde.

As variáveis associadas ao acesso a medicamentos gratuitos neste segmento populacional foram a cor da pele não branca, menor escolaridade, menor renda mensal e não possuir plano de saúde. As fontes mais frequentes do acesso gratuito foram prioritariamente as farmácias do Sistema Único de Saúde (87,79%) e as farmácias credenciadas ao Programa Farmácia Popular (5,43%).

Os medicamentos mais utilizados pelos idosos, pertenciam a classe do sistema cardiovascular, indicados para o tratamento de hipertensão arterial e diabetes, condizente com as doenças mais prevalentes nesse segmento.

O índice da não obtenção de medicamentos (11,45%) apresentou-se menor que a taxa encontrada no estudo com os idosos do país (14,0%)<sup>89</sup>. A causa principal para este fenômeno, ocorreu pela indisponibilidade do medicamento nas farmácias do SUS.

Este fato ainda se mostra muito preocupante com a capacidade dos gestores do sistema, seja federal, estadual e municipal de garantir a disponibilidade dos medicamentos prescritos nos serviços de saúde.

As associações encontradas na utilização de medicamentos, frente ao acelerado envelhecimento populacional, mostram a necessidade de qualificar a oferta do cuidado farmacêutico voltada aos idosos, além de ações no sentido de promover o uso adequado e a adesão, especialmente considerando os potenciais riscos inerentes ao uso de medicamentos em idade avançada.

## 6. REFERÊNCIAS

1. Alves, M. C. G. P., Escuder, M. M. L., Claro, R. M., & Silva, N. N. D. (2014). Sorteio intradomiciliar em inquéritos de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 48, 86-93.
2. Aquino, D. S. D. (2008). Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 733-736.
3. Arrais, P. S. D., Brito, L. L., Barreto, M. L., & Coelho, H. L. L. (2005). Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 1737-1746.
4. Araújo, L. U., Albuquerque, K. T. D., Kato, K. C., Silveira, G. S., Maciel, N. R., Spósito, P. Á., ... & Storpirtis, S. (2010). Medicamentos genéricos no Brasil: panorama histórico e legislação. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28, 480-492.
5. Aziz, M. M., Calvo, M. C., Schneider, I. J. C., Xavier, A. J., & d'Orsi, E. (2011). Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, 1939-1950.
6. Baldoni, A., & Pereira, L. (2012). O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 32(3), 313-321.
7. Barros, M.B.A. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev. Brasileira Epidemiol.* 2008; 11 (supl1): 6-19.
8. Barros, M.B.A. Análise e monitoramento do estado de saúde da população por meio de inquérito domiciliar. Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo – ISA-SP. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2013.
9. Barros, A. J. (2016). Inquéritos nacionais de saúde são importantes demais para depender dos humores da política. *Revista de Saúde Pública*, 50(2), 1s-2s.
10. Barros, M.B.D.A., Goldbaum, M. Desafios do envelhecimento em contexto de desigualdade social. *Revista de Saúde Pública* (52) 2018: 1011606.
11. Bermudez, J. A.Z., & Berti de Azevedo Barros, M. (2016). Perfil do acesso e da utilização de medicamentos da população brasileira—contribuições e desafios da PNAUM—Inquérito Domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, 50(2).
12. Bertoldi, Andréa Dâmaso, et al. "Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil." *Health policy* 89.3 (2009): 295-302.

13. Bertoldi AD, Arrais PSD, Tavares NUL, Ramos LR, Luiza VL, Mengue SS, et al. Utilização de medicamentos genéricos na população brasileira: uma avaliação da PNAUM 2014. *Rev Saúde Pública*. 2016;50(supl. 2):5s.
14. Boing, A. C., Bertoldi, A. D., Boing, A. F., Bastos, J. L., & Peres, K. G. (2013). Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 691-701.
15. Brasil. Lei n. 8080, de 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 [Internet]. Brasília; 1990 [citado 2018 out. 20]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%208080.pdf>
16. Brasil. "Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências." *Diário oficial da União* (1994).
17. Brasil. Portaria no 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. [acessado 2018 jun 12]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/portariagm3916/gm.htm>
18. Brasil. (1999). Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999: Dispõe sobre a vigilância sanitária estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.
19. Brasil, Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica processo e resultados. Brasília: MS 2005
20. Brasil. (2006). Decreto nº 5.813. *Diário Oficial da União*.
21. Brasil, and Brasil. "Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa." *Diário oficial da União* 1 (2006).
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19)
23. Campos, C. E. A. "Os inqueritos de saúde sob a perspectiva do planejamento." *Cad Saúde Pública* 9.2 (1993): 190-200

24. Carraro, W. B. W. H., & de Castro, J. D. (2015). ESTRUTURA E MODELO DO ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL: UMA ANÁLISE DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL. *Sciences*, 1136, 161-71.
25. Carvalho, M. F. C. (2007). *A polifarmácia em idosos no município de São Paulo- Estudo SABE-Saúde, Bem-estar e Envelhecimento* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
26. Cesar CLG, Tanaka OU. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo.1989 – 1990. *Cad Saúde Pública* 1996, 12. Supl.2; 59-70.
27. Chieffi, Ana Luiza, and Rita Barradas Barata. "Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade." *Cadernos de Saúde Pública* 25 (2009): 1839-1849.
28. Costa, K.S. Perfil epidemiológico do uso de medicamentos em estudo de base populacional em Campinas/SP. 2010. Campinas. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Campinas, 2010.
29. Costa, K. S., Francisco, P. M. S. B., & Barros, M. B. D. A. (2016). Utilização e fontes de obtenção de medicamentos: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 32, e00067814.
30. Costa, K. S., Tavares, N. U. L., Mengue, S. S., Pereira, M. A., Malta, D. C., & Júnior, S. (2016). Obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Programa Farmácia Popular do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25, 33-44.
31. Da Silva PC, Dalmaz CA. Orientações na administração de medicamentos anti-hipertensivos em idosos. *Cippus*, 2013, v. 2, n. 1, p. 139-150.
32. da Silva Dal Pizzol, T., Urruth Leão Tavares, N., Dâmaso Bertoldi, A., Rocha Farias, M., Dourado Arrais, P. S., Ramos, L. R., ... & Serrate 22- 22- Mengue, S. (2016). Uso de medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica entre crianças no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 50(2).
33. de Andrade, M. A., da Silva, M. V. S., & de Freitas, O. (2004). Assistência farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. *Semina: ciências biológicas e da saúde*, 25(1), 55-64.
34. de Azevedo, S. J. S. (2016). Vulnerabilidade sociodemográfica e desigualdades no acesso aos serviços públicos de Saúde Básica em Campinas–SP. *Anais*, 1-20.
35. de Azevedo BarrosI, M. B., & GoldbaumII, M. (2018). Desafios do envelhecimento em contexto de desigualdade social. *Rev Saude Publica*, 52(Supl 2), 1s.
36. DEF—Dicionário de Especialidades Farmacêuticas 2015. 43rd ed. EPUC; 2015.

37. de Loyola Filhol, A. I., Firmol, J. O. A., & de Melo, J. V. (2018). Subutilização de medicamentos por motivos financeiros em adultos mais velhos: ELSI-Brasil. *Rev Saude Publica*, 52(Supl 2), 8s.
38. de Oliveira Fernandes, M. T., & Soares, S. M. (2012). O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1494-1502.
39. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.
40. Estatuto do Idoso: (2003). Lei nº10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e das outras providências. Brasília: Senado Federal.
41. Fialová, D., Topinková, E., Gambassi, G., Finne-Soveri, H., Jónsson, P. V., Carpenter, I., ... & Reissigová, J. (2005). Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *Jama*, 293(11), 1348-1358.
42. Garcia, L. P., de Magalhães, L. C. G., Sant'Anna, A. C., de Freitas, S., Rolim, L., & Pacheco Aurea, A. (2013). *Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil: perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009* (No. 1839). Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).
43. Gazoni, F. M., Braga, I. L. S., Guimarães, H. P., & Lopes, R. D. (2009). Hipertensão sistólica no idoso. *Rev Bras Hipertens*, 16(1), 34-7.
44. Guerra Jr, A. A., & Acúrcio, F. A. (2003). Acesso aos medicamentos no Brasil. Acúrcio FA, organizador. *Medicamentos e assistência farmacêutica*. Belo Horizonte: Coopmed, 113.
45. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeções da população: Brasil e unidades da Federação. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <<https://goo.gl/y1UwJc>>. Acesso em 01 fev. 2019.
46. Jörgensen, T., Johansson, S., Kennerfalk, A., Wallander, M. A., & Svärdsudd, K. (2001). Prescription drug use, diagnoses, and healthcare utilization among the elderly. *Annals of Pharmacotherapy*, 35(9), 1004-1009.
47. Katrein, F., Tejada, C. A. O., Restrepo-Méndez, M. C., & Bertoldi, A. D. (2015). Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, 31, 1416-1426.
48. Lima-Costa, M. F., Guerra, H. L., Firmo, J. O. A., Vidigal, P. G., Uchôa, E., & Barreto, S. M. (2002). Projeto Bambuí: plano privado de saúde e utilização de serviços médicos pela população idosa.

49. Lima-Costal, Maria Fernanda. "Envelhecimento e saúde coletiva: Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil)." *Rev. Saúde Pública* 52. Supl. 2 (2018): 2s.
50. Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42:89-99.
51. Luiza VL, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Ramos LR, da Silva Dal Pizzol LR, et al. Gasto catastrófico com medicamentos no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2016;50(supl. 2):15s.
52. Lutz, B. H., Miranda, V. I. A., & Bertoldi, A. D. (2017). Inadequação do uso de medicamentos entre idosos em Pelotas, RS. *Rev. Saúde Pública*, 51.
53. Malta, DC, Leal MC, Costa MFL, Morais-Neto OL (2008) Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev bras epidemiol* 2008; 11(suppl 1):159-67. 11 (1): 159-167.
54. Manso, M. E. G., Biffi, E. C. A., & Gerardi, T. J. (2015). Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(1), 151-164.
55. Matta, S. R., Bertoldi, A. D., Emmerick, I. C. M., Fontanella, A. T., Costa, K. S., & Luiza, V. L. (2018). Fontes de obtenção de medicamentos por pacientes diagnosticados com doenças crônicas, usuários do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 34, e00073817.
56. Melo-Silva, Alexandre Moreira de, et al. "Hospitalizações entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil." *Rev. Saúde Pública* 52.Supl. 2 (2018).
57. Meneses, L. L. D., & Lú, M. (2010). Atenção farmacêutica ao idoso: fundamentos e propostas. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 4(3), 154-161.
58. Mengue, S. S., Bertoldi, A. D., Ramos, L. R., Farias, M. R., Oliveira, M. A., Tavares, N. U. L., ... & Pizzol, T. D. S. D. (2016). Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 50 (supl. 2).
59. Ministério da Saúde (BR). "Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004: Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica." *Diário Oficial da União* (2004).
60. Ministerio da Saúde, 2006. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Série Pactos pela saúde. Volume 12. Brasília, DF. 2010.

61. Miranda, V. I. A., Fassa, A. G., Meucci, R. D., & Lutz, B. H. (2016). Utilização do programa farmácia popular do Brasil por idosos. *Revista de Saúde Pública*, 50, 13-13.
62. Moreira, I. P. B., Amado, L. E. B., Bersani, A. L. F., Bersani-Amado, C. A., & Caparroz-Assef, S. M. (2007). Principais aspectos do tratamento das infecções no idoso. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 6, 488-495.
63. Oliveira, M. A., Bermudez, J. A. Z., & Osório-de-Castro, C. G. S. (2007). *Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
64. Oliveira, Luciane Cristina Feltrin de, Marluce Maria Araújo Assis, and André René Barboni. "Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à atenção básica à saúde." *Ciência & Saúde Coletiva* 15 (2010): 3561-3567.
65. Oliveira, L. C. F. D., Assis, M. M. A., & Barboni, A. R. (2010). Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 3561-3567.
66. Oliveira, M. G., Amorim, W. W., Oliveira, C. R. B., Coqueiro, H. L., Gusmão, L. C., & Passos, L. C. (2016). Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 10(4), 168-181.
67. Oliveira, M. V. P., & Buarque, D. C. (2018). Polifarmácia e Medicamentos Potencialmente Inapropriados em idosos admitidos em um hospital terciário. *Geriatr., Gerontol. Aging (Impr.)*, 12(1), 38-44.
68. Paniz, V. M. V. (2009). Acesso a medicamentos em população assistida por diferentes modelos de atenção básica nas regiões sul e nordeste do Brasil.
69. Perrotti, Tatiana Caccese et al. Tratamento farmacológico da hipertensão no idoso. **Rev Bras Hipertens**, v. 14, n. 1, p. 37-41, 2007.
70. Portaria, M. S. (1998). nº 3916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União*, 10.
71. Projeções da população: Brasil e unidades da federação: revisão 2018 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – 2. ed. - Rio de Janeiro: IBGE, 2018.
72. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev. Saúde Pública*. 1987;21(3):211-24. DOI:10.1590/S0034-89101987000300006.

73. 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. Saúde Pública*. 2016;50(supl. 2):9s.
74. Reinhardt, F., Ziulkoski, A. L., Andrighetti, L. H., & Perassolo, M. S. (2012). Acompanhamento farmacoterapêutico em idosos hipertensos residentes em um lar geriátrico, localizado na Região do Vale dos Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(1), 109-117.
75. Rozenfeld, S. (2003). Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 717-724.
76. Sant'Ana, J. M. B., Pepe, V. L. E., Osorio-de-Castro, C. G. S., & Ventura, M. (2011). Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29, 138-144.
77. Santos-Pinto, C. D. B., Costa, N. D. R., & Osorio-de-Castro, C. G. S. (2011). Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Ciência & saúde coletiva*, 16, 2963-2973.
78. Santos, T. R. A., Lima, D. M., Nakatani, A. Y. K., Pereira, L. V., Leal, G. S., & Amaral, R. G. (2013). Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 47, 94-103.
79. Santos, R. I. D., Farias, M. R., Pupo, G. D., Trindade, M. C. N. D., & Dutra, F. F. (2016). Assistência Farmacêutica no Brasil-Política, Gestão e Clínica Vol. I. Editora UFSC.
80. SEADE - Fundação do Sistema Estadual de Análise de Dados. Sistema Seade de Projeções Populacionais de 2019. Disponível em: <<http://www.perfil.seade.gov.br/>>. Acesso em 01 fev. 2019.
81. Secoli, S. R. (2010). Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 136-140.
82. Silva, C. S. D. O., Pereira, M. I., Yoshitome, A. Y., Rodrigues Neto, J. F., & Barbosa, D. A. (2010). Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Escola Anna Nery*.
83. Tavares, N., & Pinheiro, R. (2014). Assistência Farmacêutica no SUS: avanços e desafios para a efetivação da assistência terapêutica integral. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 8(1), 49-56.
84. Tavares NUL, Luiza VL, Oliveira MA, Costa KS, Mengue SS, Arrais PSD, et al. Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2016;50(supl. 2):7s.

85. Tognoni, G. I. A. N. N. I., & Laporte, J. R. (1989). Estudos de utilização de medicamentos e de farmacovigilância. *Laporte JR, Tognoni G, Rozenfeld S, organizadores. Epidemiologia do medicamento: princípios gerais. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO*, 43-56.
86. UN – UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World population prospects: The 2017 revision, key findings and advance tables. 2017. (Working Paper, n. ESA/P/WP/248).
87. Vasconcelos, Daniela Moulin Maciel de, et al. "Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação." *Ciência & Saúde Coletiva* 22 (2017): 2609-2614.
88. Veras, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, maio/jun. 2003.
89. Viana, K. P., dos Santos Brito, A., Rodrigues, C. S., & Luiz, R. R. (2015). Acesso a medicamentos de uso contínuo entre idosos, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 49, 1-10.
90. Vieira, F. S. (2010). Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27, 149-156.
91. Vieira, F. S., & Zucchi, P. (2013). Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Saúde e Sociedade*, 22, 73-84.
92. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. (2000). Medicines Strategy: Framework for action in essential drugs and medicines policy 2000-2003. Geneva.
93. WHO (World Health Organization), 2001. Access Strategy. Home page WHO/DAP. <<http://www.who.int/medicines/strategy/access/stacstrat.shtml>>, em 10/10/18.
94. World Health Organization. ATC/DDD Index 2016 [Internet]. 2016. [https://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](https://www.whocc.no/atc_ddd_index/).
95. Zepeda Bermudez, J. A. (2004). Acesso a medicamentos direito fundamental, papel do Estado. In *Acesso a medicamentos direito fundamental, papel do Estado*. ENSP.
96. Zepeda Bermudez, J. A., & Berti de Azevedo Barros, M. (2016). Perfil do acesso e da utilização de medicamentos da população brasileira—contribuições e desafios da PNAUM—Inquérito Domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, 50(2).

## ANEXOS

### ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO ISACAMP

#### USO DE MEDICAMENTO

#### BLOCO J

Vamos conversar agora sobre os medicamentos que o(a) Sr.(a) utilizou nos últimos 15 dias. Pode ter sido para alguma doença, dor, para dormir, vitaminas, para depressão ou nervoso, anticoncepcional etc.  
Se o Sr.(a) puder trazer as caixas dos medicamentos que usou nesse período, seria importante para facilitar o preenchimento do questionário.

**J 01.** O(a) Sr.(a) usou algum medicamento nos últimos 15 dias?

1. não → **pular para J 11**

2. sim

9. NS/NR → **pular para J 11**

**J 02 a.** Quantos medicamentos usou nos últimos 15 dias? |\_|\_|

**J 02 b.** Qual(is) foram os medicamentos usados?

1.-----

2.-----

3.-----

4.-----

5.-----

6.-----

7.-----

8.-----

<b>MEDICAMENTO 1</b>
----------------------

**J 03 a.** Nome do medicamento:

\_\_\_\_\_

**J 03 b.** Qual foi o principal motivo / problema de saúde que o levou a tomar esse medicamento?

\_\_\_\_\_

**J 03 c.** Quem indicou / prescreveu esse medicamento para o(a) Sr.(a)?

1. médico ou dentista
2. farmacêutico
3. balconista de farmácia
4. por conta própria
5. parente, amigo ou vizinho
6. outro
9. NS/NR

**J 03 d.** Qual a forma farmacêutica do medicamento? É comprimido, xarope, injeção, qual forma?

01. comprimidos, pastilhas, cápsulas ou drágeas
02. xarope, solução ou suspensão
03. medicamento injetável
04. medicamento para o ouvido
05. colírio

06. aerossol, bombinha, nebulização ou spray
07. pomada, creme, gel, spray
08. adesivos ou emplastos
09. óvulos vaginais / DIU com liberação hormonal
10. supositórios
11. sachê ou pó
12. remédio caseiro
13. homeopatia
14. outro
99. NS/NR

**J 03 e.** O(a) Sr.(a) pagou pelo medicamento?

1. não →pular para J 03 j                      2. sim                      9. NS/NR →pular para J 03 j

**J 03 f.** Onde comprou o medicamento? Se foi em farmácia, foi pelo Programa Aqui tem Farmácia Popular?

1. Programa Farmácia Popular/ Aqui tem Farmácia Popular
  2. farmácia comercial / drogaria/ farmácia homeopática/farmácia de manipulação
  3. pela internet/ telefone
  4. outro
  9. NS/NR
- pular para J 04 a se utilizou mais de um medicamento, ou pular para J 11

**J 03 g.** Onde obteve o medicamento?

1. SUS – centro de saúde ou outro local
2. Programa Farmácia Popular/ Aqui tem Farmácia Popular
3. amigos, vizinhos, parentes
4. instituição filantrópica
5. já tinha o medicamento
6. outro
9. NS/NR

MEDICAMENTO 2

J 04 a a J 04 g (o mesmo bloco repetido)

MEDICAMENTO 3

J 05 a a J 05 g (o mesmo bloco repetido)

MEDICAMENTO 4

J 06 a a J 06 g (o mesmo bloco repetido)

MEDICAMENTO 5

J 07 a a J 07 g (o mesmo bloco repetido)

MEDICAMENTO 6

J 08 a a J 08 g (o mesmo bloco repetido)

MEDICAMENTO 7

J 09 a a J 09 g (o mesmo bloco repetido)

MEDICAMENTO 8

J 10 a a J 10 g (o mesmo bloco repetido)

**J 11.** Quando recebe uma prescrição médica, o(a) Sr.(a) costuma deixar de tomar algum dos medicamentos receitados?

1. sempre
2. quase sempre
3. às vezes
4. quase nunca
5. nunca
9. NS/NR

Ⓛ

**J 12.** O(a) Sr.(a) costuma esquecer de tomar algum medicamento?

1. sempre
2. quase sempre
3. às vezes
4. quase nunca

Ⓛ

**J 13.** O(a) Sr.(a) costuma reduzir a quantidade do medicamento prescrito? (L)

1. sempre
2. quase sempre
3. às vezes
4. quase nunca
5. nunca
9. NS/NR

**J 14.** O(a) Sr.(a) costuma usar medicamento sem receita médica? (L)

1. sempre
2. quase sempre
3. às vezes
4. quase nunca
5. nunca
9. NS/NR

**J 15.** Quando recebe uma prescrição médica, o(a) Sr.(a) usualmente costuma seguir **corretamente** a prescrição tomando os medicamentos da forma que foi recomendada, seguindo o número de vezes por dia, número de doses, e a duração do tratamento? (L)

1. sempre
2. quase sempre
3. às vezes
4. quase nunca
5. nunca
9. NS/NR

**J 16.** O(a) Sr.(a) considera que usualmente recebe orientação adequada, e se sente bem orientado, sobre como deve utilizar o medicamento que lhe foi prescrito? (L)

1. sempre
2. quase sempre
3. às vezes

4. quase nunca
5. nunca
9. NS/NR

**J 17.** Quando o(a) Sr.(a) tem dúvidas sobre algum medicamento que lhe foi prescrito, com quem o(a) Sr.(a) tira suas dúvidas?

01. médico
02. farmacêutico
03. balconista
04. familiares/amigos/vizinhos
05. na internet
06. na própria bula
07. não tem com quem tirar as dúvidas
08. outro
09. não costuma ficar com dúvida
99. NS/NR

**J 18.** Quando o(a) Sr.(a) precisa utilizar algum medicamento, o(a) Sr.(a) dá preferência ao uso de medicamentos genéricos?

1. não → pular para J 20      2. sim      9. NS/NR → pular para J 20

**J 19.** Por que o(a) Sr.(a) prefere utilizar medicamentos genéricos? (+1)

1. porque são mais baratos
2. porque o número de opções aumenta
3. porque é igual aos outros
4. outro motivo
9. NS/NR

} → pular para J 22



**J 29 b.** Qual foi o principal motivo que o impediu de obter esse medicamento?

1. não tinha no Centro de Saúde/ no SUS
2. não tinha recurso para comprar
3. o plano de saúde não cobria
4. não encontrou nas farmácias
5. outro
9. NS/NR

**J 30 a.** Qual o nome do terceiro medicamento que o(a) Sr.(a) não conseguiu obter?

\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |

**J 30 b.** Qual foi o principal motivo que o impediu de obter esse medicamento?

1. não tinha no Centro de Saúde/ no SUS
2. não tinha recurso para comprar
3. o plano de saúde não cobria
4. não encontrou nas farmácias
5. outro
9. NS/NR

**J 31 a.** Qual o nome do quarto medicamento que o(a) Sr.(a) não conseguiu obter?

\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |

**J 31 b.** Qual foi o principal motivo que o impediu de obter esse medicamento?

1. não tinha no Centro de Saúde/ no SUS
2. não tinha recurso para comprar
3. o plano de saúde não cobria
4. não encontrou nas farmácias
5. outro
9. NS/NR

## ANEXO 2 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

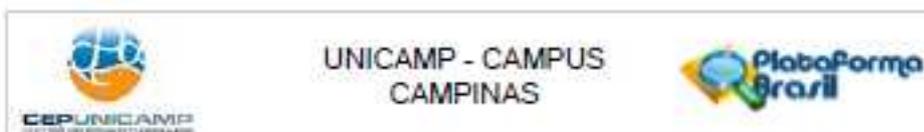
	<b>UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS</b>	
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>		
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>		
<b>Título da Pesquisa:</b> Utilização de medicamentos pela população idosa no município de Campinas/SP: fatores associados e análise dos medicamentos inapropriados		
<b>Pesquisador:</b> NADIA BAGGIO RATTI		
<b>Área Temática:</b>		
<b>Versão:</b> 1		
<b>CAAE:</b> 79825717.3.0000.5404		
<b>Instituição Proponente:</b> Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP		
<b>Patrocinador Principal:</b> FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO		
<b>DADOS DO PARECER</b>		
<b>Número do Parecer:</b> 2.427.246		
<b>Apresentação do Projeto:</b>		
<p>Adequada. A população brasileira passa por um processo acelerado de envelhecimento que é caracterizado por mudanças nos indicadores de saúde e aumento da esperança de vida. O Brasil tem cerca de 16 milhões de idosos e até 2025 estima-se mais de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos, constituindo-se assim na sexta maior população de idosos do mundo. No município de Campinas, a população de idosos compreende a 172.628 indivíduos, segundo dados do Sistema Seade de Projeções Populacionais de 2017. A população idosa é caracterizada por diferentes comorbidades, principalmente crônicas, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, artrite/artrose, doenças do coração, depressão, etc., levando a uma frequência maior em consultas médicas, internações hospitalares, exames periódicos, consumo maior de medicamentos, entre outros. Por isso, analisar o perfil de saúde dessa faixa etária representa uma etapa primordial para ajudar na identificação de problemas, auxiliar no cuidado integral do idoso e, fornecer subsídios para a implementação de políticas públicas voltadas à terceira idade. Os estudos nacionais realizados entre os idosos, identificam nessa população maior frequência de polimorbidade, alta prevalência de utilização de medicamentos o que pode resultar em uso inadequado de medicamentos e maior incidência de efeitos adversos. Esse padrão de utilização de medicamentos, pode ser caracterizado pela prevalência de doenças crônico-degenerativas como doenças cardiovasculares, respiratórias, neoplasias, diabetes mellitus, distúrbios do trato gastrointestinal e perturbações psicológicas entre outras sendo a razão para serem o grupo etário mais</p>		
<b>Endereço:</b> Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 <b>Bairro:</b> Barão Geraldo <b>CEP:</b> 13.063-867 <b>UF:</b> SP <b>Município:</b> CAMPINAS <b>Telefone:</b> (19)3521-8000 <b>Fax:</b> (19)3521-7187 <b>E-mail:</b> cep@fcm.unicamp.br		



Contribuição do Pensar: 3.427.240

medicalizado na sociedade. Nos países desenvolvidos, do total de vendas de medicamentos, 25% são para a população idosa e este número pode alcançar uma estimativa de 40% no ano de 2030. O Brasil é o sexto país do mundo com a maior população de idosos e 60% da produção nacional de medicamentos é consumida por 23% da população, especialmente pelos idosos. Além dos aspectos de farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos, é muito importante salientar na prescrição do idoso o custo da duração do tratamento terapêutico e as dificuldades do idoso na adesão ao tratamento. Os problemas relacionados a não adesão farmacoterapêutica são a automedicação, interações farmacológicas e o surgimento de reações adversas, que podem ser graves e fatais. Em comparação, na fase adulta 10% dos pacientes desenvolvem algum tipo de reação a medicamentos, enquanto que após os 80 anos essa porcentagem pode chegar a 25%. As principais causas de reações adversas ao medicamento no idoso são devido a polimedicação. Alguns medicamentos são considerados potencialmente inapropriados para os idosos pelo fato dos eventos adversos superarem os benefícios. Os critérios mais utilizados são os de Beers, com o objetivo de identificar os medicamentos que devem ser evitados na população idosa. São constituídos por dois grupos de medicamentos, incluindo 48 substâncias ou classe que não devem ser administradas em idosos, e o outro grupo abrange situações clínicas presentes e os medicamentos a evitar nestas. Diferentes estudos mostraram que um conjunto diversificado de medicamentos inapropriados aos idosos trazem danos para a sua saúde e estão associados a sérios problemas, como delírio, sangramento gastrointestinal, quedas e fraturas. Assim, os critérios de Beers são considerados como uma medida muito importante para melhorar o cuidado e a saúde do idoso, auxiliando na prescrição de medicamentos e o uso adequado dos medicamentos em pacientes. Destaca-se que no Brasil ainda há poucas informações sobre o uso de medicamentos inapropriados e os seus riscos associados aos idosos. Os inquéritos populacionais são definidos como pesquisas de base populacional, abrangendo uma amostra representativa da população sob vigilância e permitem a obtenção de uma informação pontual da situação de saúde do grupo. A principal vantagem dessa estratégia é a formação de linhas de base populacionais para proceder a realização de avaliações periódicas subsequentes. Por outro lado, as limitações incluem: o alto custo e excessivo trabalho operacional, o que impedem sua realização anual; a impossibilidade de localização exata do problema, considerando que dificilmente é possível ter amostras representativas por regiões do Estado ou municípios. Monitorar o estado de saúde das populações é imprescindível para a formulação e a avaliação das políticas e programas de saúde. A insuficiência das fontes secundárias de informação em saúde para suprir às necessidades da gestão tem enfatizado a importância em coletar dados primários por meio de

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.063-867  
 UF: SP Município: CAMPINAS  
 Telefone: (19)3521-8030 Fax: (19)3521-7107 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.427.240

Inquéritos populacionais, entendidos como componentes fundamentais de um sistema nacional de informações em saúde. Cesar e Tanaka (1996) destacam a importância dos inquéritos de saúde na avaliação do padrão de utilização de serviços; na caracterização das iniquidades em saúde às quais estão expostos os diversos grupos populacionais; no planejamento de políticas públicas; e na avaliação de seus resultados. Eles são utilizados para avaliar e conhecer os fatores que precisam ser melhorados em uma população. Têm sido instrumentos para a formulação e avaliação de políticas públicas desde a década de 1960. Muitos estudos destacam a importância dos inquéritos de saúde na avaliação do padrão de utilização de serviços; na caracterização das iniquidades em saúde às quais estão expostos os diversos grupos populacionais; no planejamento de políticas públicas; e na avaliação de seus resultados. No município de Campinas, o Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS), do Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP vem realizando inquéritos de base populacional periodicamente. O primeiro inquérito, ISA-SP, foi realizado entre 2001-2002, em diferentes áreas do estado de São Paulo: municípios de Taboão da Serra, Embu e Itapeverica da Serra (sudeste da grande São Paulo) e Campinas. O segundo inquérito, ISACAMP-2008/2009, foi realizado entre 2008 a 2009 e o terceiro inquérito, ISACAMP-2014/2015. Neste trabalho, os dados utilizados serão do terceiro inquérito. Em todos os inquéritos a temática do medicamento foi investigada, com o objetivo de gerar informações que permitissem conhecer e acompanhar o perfil epidemiológico da utilização dos medicamentos e os fatores determinantes do seu uso, por parte da população residente no município de Campinas. O estudo do uso de medicamentos se torna uma prioridade institucional e política, pois os dados e informações coletadas nas pesquisas podem ser um grande auxílio para o direcionamento das políticas governamentais na área de saúde para a melhoria do acesso de medicamentos pela população e ao uso racional de medicamento. Espera-se, que o presente estudo possa proporcionar subsídios relevantes as políticas de saúde do município, a fim de promover estratégias visando a promoção do uso racional de medicamentos na população idosa.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

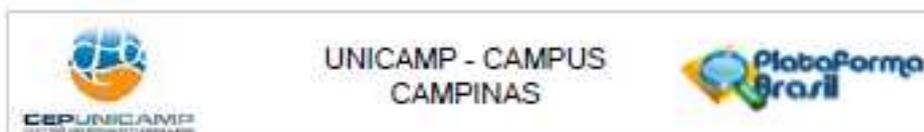
##### **Objetivo Primário:**

Analisar a prevalência da utilização de medicamentos entre os idosos no município de Campinas e avaliar aqueles medicamentos potencialmente inadequados.

##### **Objetivo Secundário:**

Estimar a prevalência do uso de medicamentos na população idosa, segundo características demográficas, socioeconômicas e de condições de saúde; Estimar a prevalência do uso de medicamentos na população idosa, segundo as diferentes fontes de obtenção; Analisar as classes

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
 UF: SP Município: CAMPINAS  
 Telefone: (19)3521-8838 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.427.240

terapêuticas dos medicamentos mais utilizados; Estimar a prevalência de medicamentos potencialmente inadequados para idosos segundo os critérios de Beers; Analisar o uso de medicamentos potencialmente inadequados, segundo as características sociodemográficas, polifarmácia, automedicação e origem da prescrição.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Não há riscos previsíveis pois a pesquisa é retrospectiva e baseada em dados populacionais previamente coletados.

**Benefícios:**

Por se tratar de inquérito de saúde de base populacional, não haverá benefício direto ao participante, mas à população geral. A partir dos resultados obtidos e dos estudos posteriores que deverão monitorar o uso de medicamentos inadequados entre os idosos, será possível embasar informações para a gestão e planejamento dos serviços de saúde em Campinas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo está bem escrito, detalhado e claro. A metodologia é adequada e factível. A pesquisa é parte do projeto "Análise e monitoramento do estado de saúde da população por meio de inquérito domiciliar (ISACamp 2014/15)". Trata-se de um estudo transversal de base populacional que utilizará os dados do inquérito de Saúde de Campinas (ISACamp 2014/2015), realizado pelo Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS) do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (FCMUNICAMP), sendo coordenado pela Prof.<sup>a</sup> Dra.<sup>a</sup> Marilisa Berté de Azevedo Barros. A população do ISACamp é constituída pelas pessoas residentes em domicílios da área urbana do município, que foi estratificado em cinco regiões, leste, noroeste, norte, sudoeste e sul, correspondentes aos Distritos de Saúde de Campinas. Foram estudadas três subpopulações de Campinas, adolescentes (10 a 19 anos), adultos (20 a 59 anos) e idosos (60 anos ou mais). Para o presente estudo, utilizaremos um recorte dos indivíduos de 60 anos ou mais. As entrevistas do inquérito ISACamp 2014/15 foram realizadas no período de dezembro de 2013 a agosto de 2015. Foram entrevistas face a face realizadas por entrevistadores treinados e supervisionados, com base em questionário estruturado, previamente testado em estudo piloto. Foi possível entrevistar 80,8% dos indivíduos que deveriam ser entrevistados e o maior percentual de perdas/recusas foi verificado no domínio de adultos, o menor entre adolescentes. Em relação ao uso de medicamentos, questões específicas sobre o tema foram realizadas por meio do Bloco J (anexo). Toda vez que o entrevistado referia ter feito uso de algum medicamento nos últimos quinze dias era solicitada apresentação da

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-867  
 UF: SP Município: CAMPINAS  
 Telefone: (19)3521-8838 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Contribuição do Pesquisador: 3.427.240

embalagem do medicamento e/ou a prescrição médica, a fim de minimizar possíveis erros na anotação dos dados pelo entrevistador. Na ausência da embalagem e/ou prescrição, pelo relato do entrevistado era anotado o nome do medicamento comercial ou o princípio ativo. O uso de medicamento será determinado a partir das questões: "o senhor usou algum medicamento nos últimos 15 dias?" "Quantos foram utilizados?" "Quais?". Também será analisada questões referentes a prescrição (tipo do prescritor), fonte de obtenção (BUS, Farmácia Popular, Farmácia Comercial/Drogaria e outras fontes) e aspectos sobre a racionalidade no uso dos medicamentos (seguinte nas orientações dos prescritores, conduta no uso dos medicamentos e a automedicação) entre outros, conforme detalhado no questionário anexo. Para a identificação do uso de medicamentos potencialmente inapropriados entre os idosos será utilizada os critérios de Beers; sendo a variável dependente do estudo categorizada em "não usa medicamento potencialmente inapropriado" (idosos que tomavam nenhum medicamento constante na lista de Beers) e "usa medicamento potencialmente inapropriado" (idosos que referiram tomar, pelo menos, um dos medicamentos citados na lista de Beers. As variáveis independentes a serem analisadas serão: Demográficas: sexo (feminino e masculino); idade (60-69, 70 anos ou mais); situação conjugal (casado/unido, solteiro/separado e viúvo); cor da pele autorreferida (branca, não-branca); Socioeconômicas: escolaridade (0 a 4 anos de estudo, 5 a 8 anos e 9 ou mais), filiação ou não a plano médico de saúde; Condições de saúde e características relacionadas ao uso de serviços de saúde: morbidade referida nos 15 dias anteriores a aplicação do questionário, presença de doença crônica, número de doenças crônicas entre as listadas em check list, hospitalização no último ano, procura por serviço de saúde nos últimos 30 dias e número de medicamentos usados nos últimos 15 dias.

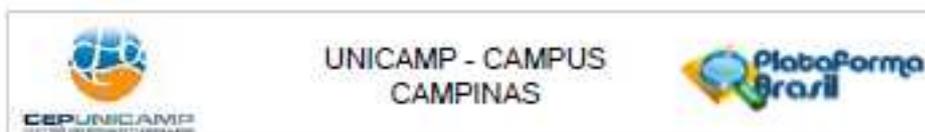
#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Além do relatório de pesquisa, foi encaminhada a folha de rosto da CONEP assinada pelo pesquisador e complementada por autorização do Diretor da FCM/Unicamp. É solicitada a dispensa do TCLE, com a justificativa de que "Considerando que o presente projeto utilizará dados da pesquisa Análise e monitoramento do estado de saúde da população por meio de inquérito domiciliar (ISACamp 2014/15) que já foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas sob o parecer nº 409.714 emitido em 30 de setembro de 2013, CAAE: 20547513.2.0000.5404, justifica-se a dispensa do TCLE, uma vez que o mesmo já foi utilizado na pesquisa original".

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado, com dispensa do TCLE.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.063-867  
 UF: SP Município: CAMPINAS  
 Telefone: (19)3521-8030 Fax: (19)3521-7107 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer 2.427.240

**Considerações Finais a critério do CEP:**

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delimitada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

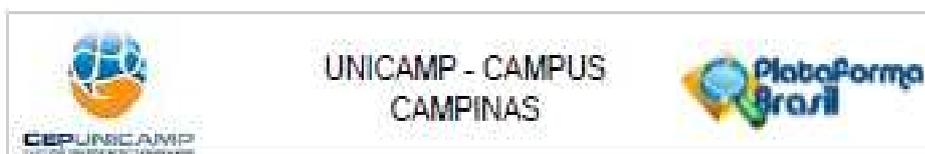
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XII.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
 UF: SP Município: CAMPINAS  
 Telefone: (19)3521-8338 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.427.245

-O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1011238.pdf	10/11/2017 14:34:06		Aceito
Outros	autorizacaoassinada_BACamp_nadia.pdf	10/11/2017 14:27:30	NADIA BAGGIO RATTI	Aceito
Outros	ATESTADO_DE_MATRICULA_UNICAMP_nadia.pdf	10/11/2017 14:27:14	NADIA BAGGIO RATTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Nadia_versao_submetida_GEP.pdf	10/11/2017 14:26:56	NADIA BAGGIO RATTI	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rostro_nadia.pdf	10/11/2017 14:26:45	NADIA BAGGIO RATTI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 11 de Dezembro de 2017

Assinado por:  
Renata Maria dos Santos Celeghini  
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.063-867  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-6036 Fax: (19)3521-7107 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

## ANEXO 3 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA – ISACamp

2014

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS - UNICAMP  
(CAMPUS CAMPINAS)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise e monitoramento do estado de saúde da população por meio de inquérito domiciliar (ISACamp 2013/2014)

**Pesquisador:** MARILISA BERTI DE AZEVEDO BARROS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 20547513.2.0000.5404

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

**Patrocinador Principal:** FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 409.714

**Data da Relatoria:** 30/09/2013

#### Apresentação do Projeto:

Inquéritos de saúde vêm sendo realizados com frequência crescente, de forma periódica ou contínua, e têm passado a constituir parte essencial dos sistemas de informação de diferentes países, gerando dados essenciais para a formulação e avaliação das políticas sociais e de saúde. Este projeto pretende, através de inquérito domiciliar de base populacional a ser realizado na cidade de Campinas-SP, pesquisar múltiplas dimensões da saúde, analisando padrões, tendências e disparidades sociais.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Analisar tendências e desigualdades sociais de indicadores de distintas dimensões do estado de saúde da população.

**Objetivo Secundário:** Analisar a desigualdade social (de gênero, cor/raça e classe social) em dimensões do estado de saúde, na prevalência de morbidades e de comportamentos não saudáveis e no uso de serviços de saúde (incluindo práticas preventivas). Monitorar as tendências das prevalências de eventos de saúde e a tendência do grau de desigualdade por meio da realização de inquéritos periódicos consistindo o ISACamp 2013/2014 no terceiro inquérito de saúde de base domiciliar do município de Campinas.

Aprofundar o desenvolvimento de estudos sobre temas inéditos ou pouco analisados em

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.063-660

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS - UNICAMP  
(CAMPUS CAMPINAS)



Continuação do Projeto: 428.714

pesquisas de base populacional como: duração do sono e saúde; técnicas de comparação entre inquéritos; estado de saúde incluindo felicidade; congruência de indicadores objetivos e subjetivos; equidade de acesso a serviços, desigualdade racial, saúde do homem, trabalho e saúde feminina, morbidade de adolescentes, padrões de dieta e nutrientes, entre outros. Estudar a associação entre comportamentos, morbidades e uso de serviços de saúde. Avaliar a existência de padrões de concomitância de comportamentos não saudáveis em subgrupos da população. Avaliar a limitação, potencial e complementaridade de inquéritos de abrangência local/municipal, na conformação do componente de inquéritos domiciliares do sistema nacional de informação em saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: não há riscos previsíveis aos sujeitos de pesquisa. O pesquisador se compromete a tomar anônimos os dados dos entrevistados;

Benefícios: não há benefícios diretos aos sujeitos de pesquisa. Todavia, a pesquisa poderá fornecer informações importantes a cerca do perfil de saúde e a magnitude das desigualdades sociais em saúde da população estudada.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo de corte transversal, com amostra prevista de 3000 sujeitos. Os sujeitos serão abordados por entrevistadores treinados e identificados, de forma individual em sua própria residência, localizada a partir de listagem de endereços amostrados previamente.

Como a pesquisa pretende coletar informações de uma amostra aleatória, representativa da população urbana do município, não seria possível cumprir este objetivo sem contar com a participação de indivíduos pertencentes a grupos vulneráveis (como adolescentes e adultos e idosos com doenças e/ou deficiências graves).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

1. Protocolo de Pesquisa atualizado gerado pela Plataforma Brasil com todos seus itens preenchidos;
2. Folha de Rosto apresentada junto à primeira versão do projeto;
3. Apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) atualizado;
4. Projeto de Pesquisa Completo atualizado anexado à Plataforma Brasil.

**Recomendações:**

---

Endereço: Rua Tessália Vieira de Carvalho, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.063-847  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-6606 Fax: (19)3521-7167 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS - UNICAMP  
(CAMPUS CAMPINAS)



Continuado do Parecer: 426/114

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pesquisadora apresentou "Carta de Resposta", onde esclarece os critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa, estimativa do número de sujeitos de cada estágio da pesquisa, e a estimativa do número de participantes vulneráveis (cerca de 827 adolescentes menores de 18 anos e cerca de 63 idosos com doenças graves inaptos à responderem distatamente ao questionário).

Foi redigido um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para ser adequar ao Parecer Consubstanciado emitido pelo CEP em 30/08/2013, de forma atender à Resolução CNS 466/2012.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Ao pesquisador cabe desenvolver o projeto conforme delineado, elaborar e apresentar os relatórios parciais e final, bem como encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto (Resolução 466/2012 CNS/MS).

CAMPINAS, 29 de Setembro de 2013

---

Assinador por:  
Fátima Aparecida Botelho Luiz  
(Coordenador)

Endereço: Rua Tereza Vieira de Campos, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8036 Fax: (19)3521-7167 E-mail: cep@fon.unicamp.br

## ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do Questionário: | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Projeto de Pesquisa: ISACAMP 2013/2014: INQUÉRITO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS.  
"Análise e monitoramento de estado de saúde da população de Campinas"

UNICAMP / Departamento de Saúde Coletiva / FCM / CCAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre as condições de saúde dos moradores do município de Campinas. A pesquisadora responsável é a Profª. Marilisa Betti de Azevedo Barros, do departamento de Saúde Coletiva da UNICAMP.

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar do estudo. A sua participação é voluntária. Se aceitar este convite, sua participação consistirá em responder a um questionário que contém perguntas sobre o (a) senhor(a), a sua saúde, sobre doenças e sobre o uso de serviços de saúde.

Os dados desta pesquisa serão utilizados para acompanhar a evolução dos indicadores de saúde da população de Campinas. Sua participação e sua opinião são muito importantes para o nosso estudo.

Não há riscos ou benefícios previsíveis para o participante e não há ganho financeiro para participar desta pesquisa. O(a) senhor(a) tem a liberdade de aceitar ou recusar participar do estudo, de não responder a alguma questão, e de interromper entrevista e poder retomá-la em um outro dia, se assim o desejar. Reforçamos que qualquer tipo de recusa não acarretará nenhum tipo de prejuízo para o(a) Senhor(a).

O entrevistador treinado para realizar esta pesquisa, compromete-se a guardar sigilo de qualquer informação obtida. O seu questionário receberá um número e o seu nome não constará no banco de dados que será utilizado para a análise. Na divulgação dos dados, nunca será mencionado o nome de qualquer pessoa que tenha respondido ao questionário, e ninguém, além do entrevistador e dos pesquisadores responsáveis, terá acesso aos nomes dos entrevistados nesta pesquisa.

O(A) senhor(a) aceita participar dessa pesquisa respondendo o questionário?

( ) Sim ( ) Não

Este TOLE, assinado pela pesquisadora, também deverá ser assinado pelo senhor(a) que ficará com uma das vias.

Campinas \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) entrevistado(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisador(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Representante Legal

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Responsável pela pesquisa  
Profª. Drª. Marilisa Betti de Azevedo Barros  
Departamento de Saúde Coletiva – FCM-UNICAMP  
Telefone: 3521-9249 / email:ccas@fcm.unicamp.br

Caso tenha alguma reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, incluindo reclamações ou denúncias, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética da UNICAMP, pelo telefone: 3521-8936 ou pelo e-mail: [ce@fcm.unicamp.br](mailto:ce@fcm.unicamp.br) ou no endereço: Rua Tessália Vieira Camargo, 126 Caixa postal 6111, CEP 13084-971