

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**MEDICAMENTOS PRESCRITOS AOS IDOSOS: ACESSO E
FATORES ASSOCIADOS, ESTUDO EPIFLORIPA IDOSO
2009/2010**

MARINA MENESES AZIZ

**FLORIANÓPOLIS
2010**

MARINA MENESES AZIZ

**MEDICAMENTOS PRESCRITOS AOS IDOSOS: ACESSO E
FATORES ASSOCIADOS, ESTUDO EPIFLORIPA IDOSO
2009/2010**

**Dissertação apresentada ao programa de
Pós-graduação em Saúde Coletiva da
Universidade Federal de Santa Catarina,
como requisito parcial para obtenção do
grau de Mestre em Saúde Coletiva. Área de
concentração: Epidemiologia.**

**Orientadora: Prof.^a Dr.^a Eleonora d'Orsi.
Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina
Calvo**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

A995m Aziz, Marina Meneses

Medicamentos prescritos aos idosos [dissertação] : acesso e fatores associados, Estudo Epifloripa Idoso 2009/2010 / Marina Meneses Aziz ; orientadora, Eleonora D'Orsi. - Florianópolis, SC, 2010.
213 p.: il., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Sistema Único de Saúde (Brasil).
2. Saúde pública.
3. Idosos - Medicamentos - Utilização.
4. Serviços de saúde.
5. Estudo transversal. I. D'Orsi, Eleonora. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

DEDICATÓRIA

À minha família: Luiz Geraldo, Antônia, Pedro Henrik e Ericsson.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dra. Eleonora d'Orsi, orientadora desta dissertação, pela grande competência, total dedicação à pesquisa, paciência e compreensão e, acima de tudo, pela oportunidade que me ofereceu de participar desse projeto.

À Prof.^a Dra. Maria Cristina Calvo, co-orientadora desta dissertação, pelas ótimas idéias e sugestões, sempre com muita clareza e demonstração de grande conhecimento.

Às Professoras Karen Glazer Peres e Marení Rocha Farias, por participarem da banca examinadora e pelas importantíssimas contribuições dadas desde a qualificação do projeto.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e aos seus professores, que dividiram seus conhecimentos com seus alunos e nos proporcionaram discussões que serviram para nosso crescimento profissional e pessoal.

Aos colegas de turma, pela troca de vivência e conhecimento durante as aulas e fora delas. Um agradecimento especial à Alexandra pela grande participação e ajuda em minha pesquisa, e por seu empenho e prestatividade aos colegas, incluindo a mim.

Aos mestrandos, doutorandos e professores participantes do Estudo EpiFloripa Idoso, pela realização de um excepcional trabalho em equipe, especialmente à doutoranda Ione Jayce Ceola Shneider, pelas inúmeras ajudas prestadas e pela agilidade e bom humor.

Às entrevistadoras contratadas para realização das entrevistas, pelo empenho, paciência e ética na participação da logística e metodologia do trabalho de campo.

Aos idosos entrevistados, que disponibilizaram um pouco de seu tempo para tornar essa pesquisa possível.

Aos meus colegas de trabalho e minha chefia direta na Secretaria de Estado da Saúde/SC, pela compreensão em minhas ausências e pelo incentivo.

Aos meus familiares, que sempre se empenharam na minha educação, pelo incentivo, carinho e amor.

Aos meus amigos, pela ajuda direta e indireta na finalização deste trabalho, especialmente à Carine Raquel Blatt, pelos materiais enviados e pelas discussões que me permitiram focar os objetivos do trabalho.

Muito obrigada!

RESUMO

Introdução: Uma prioridade nas Políticas de Saúde atuais é garantir o acesso a medicamentos essenciais com qualidade e segurança. Uma estratégia para aumentar o acesso é a seleção de uma lista de medicamentos essenciais. No Brasil, a relação dos medicamentos considerados essenciais é a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), que serve como base para a definição das Relações Municipais de Medicamentos – REMUME. **Objetivos:** O presente estudo tem por objetivo descrever a prevalência, fatores associados e a forma de acesso aos medicamentos prescritos aos idosos residentes na área urbana do município de Florianópolis, além de comparar essas prescrições com a REMUME. **Metodologia:** Foi realizado um estudo transversal populacional de base domiciliar com 1.705 idosos residentes na área urbana do município de Florianópolis, Santa Catarina. Os dados sobre medicamentos foram coletados sob duas perspectivas: a do acesso e do não acesso a medicamentos, e o nome de todos os medicamentos utilizados pelo idosos nos 30 dias anteriores à entrevista foram coletados e comparados à REMUME. Todas as variáveis do estudo foram analisadas de forma descritiva por meio de frequência absoluta e relativa. Foram definidas duas variáveis de desfecho: “acesso a medicamentos” e “acesso a medicamentos através do SUS”, e a associação entre os desfechos e as variáveis independentes foi realizada por meio de regressão de Poisson. **Resultados:** A prevalência de acesso a medicamentos foi de 95,8% (IC_{95%} 94,7–96,8), observando-se que ocorre menor acesso a medicamentos quanto maior a dependência funcional, maior o número de doenças crônicas e quando há realização de consulta médica. O acesso a medicamentos através do SUS foi de 50,3% (IC_{95%} 47,7–52,8) e foi associado à cor da pele parda ou negra, menor idade, pior escolaridade, pior renda, maior número de doenças crônicas, ausência de plano de saúde privado e realização de consulta médica nos últimos três meses. Os medicamentos mais utilizados foram para o sistema cardiovascular, sendo a classe farmacológica dos redutores de colesterol e triglicérides os mais prevalentes, apesar de não haver nenhum exemplar dessa classe de medicamentos selecionado na REMUME. A principal diferença entre médicos particulares e do SUS é que os últimos seguem mais a REMUME para prescrever

medicamentos. **Conclusão:** O SUS vem cumprindo seu papel na universalização do acesso aos medicamentos, pois vem incorporando estratos sociais antes excluídos, que não conseguiriam obter seus medicamentos através da compra desses. Apesar de algumas faltas, a REMUME coincide com a maior proporção dos medicamentos prescritos por médicos do município de Florianópolis, revelando uma seleção de medicamentos satisfatória para atender a maioria dos problemas de saúde da população idosa do município.

Palavras-chaves: Idoso; Acesso aos Serviços de Saúde; Uso de Medicamentos; Estudos Transversais, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: A priority in current health policy is to ensure access to essential medicines with quality and safety. A strategy to increase access is to select a list of essential medicines. In Brazil, the list of essential medicines is the National Medicines List (RENAME), which serves as the basis for the definition of Municipal Medicines List - REMUME. **Objectives:** This study aims to describe the prevalence, associated factors and way of access to medicines prescribed to the elderly residents in urban area of the city of Florianopolis, and compare this prescribed medicines to REMUME. **Methods:** A cross-sectional population based household survey was conducted with 1.705 elderly residents in the urban area of the city of Florianopolis, Santa Catarina. Data were collected from two perspectives: access and no access to medicines, and the name of all drugs used by seniors in the 30 days preceding the interview was collected and compared to REMUME. All study variables were analyzed descriptively by means of absolute and relative frequency. We defined two outcome variables: "Access to medicines" and "access to medicines through Public Health System (SUS)" and the association between outcomes and independent variables was performed using Poisson regression. **Results:** The prevalence of access to medications was 95,8% (IC_{95%} 94,7–96,8), observing that occurs lower access to medicines even more functionally dependency, more chronic diseases and at least one medical visit in the last three months. Access to medicines through SUS was 50,3% (IC_{95%} 47,7–52,8) and was associated with brown or black skin, older age, lower education, lower income, greater number of chronic diseases, lack of private health insurance and at least one medical visit in the last three months. The most used medications were for the cardiovascular system, and the pharmacological class of cholesterol and triglycerides lowering the most prevalent, although there is no example of this class of medicines selected in REMUME. The main difference between private and SUS physician is that the latter follow more REMUME to prescribe medicines. **Conclusion:** The SUS has been successful in promote universal access to medicines in Florianopolis, as has been incorporating excluded social groups that could not obtain their drugs by yourselves. Despite some flaws, REMUME coincides with the highest proportion of drugs prescribed

by physician in the city of Florianopolis, revealing a satisfactory drug's selection to the most health problems of the elderly in this city.

Keywords: Aged; Health Services Accessibility; Drug Utilization; Cross-Sectional Studies, Single Health System

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Ciclo da Assistência Farmacêutica.....	34
Figura 2 Modelo teórico de acesso a medicamentos essenciais.....	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Blocos do questionário do EpiFloripa Idoso 2009/10.....	61
Quadro 2 Valores de <i>Kappa</i> da reprodutibilidade de algumas questões.....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Estimativa da população residente no município de Florianópolis, SC, segundo faixa-etária, 2009.....	57
Tabela 2 Setores agrupados.....	60
Tabela 3 Setores divididos.....	60
Tabela 4 Variáveis independentes demográficas, sócio-econômicas, condições de saúde e utilização dos serviços de saúde.....	68
Tabela 5 Variáveis relacionadas aos medicamentos.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATC - *Anatomical Therapeutic Chemical*
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEME - Central de Medicamentos
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
GM – Gabinete Ministerial
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MS – Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Panamericana de Saúde
PDA - *Personal Digital Assistant*
P&D - Pesquisas e Desenvolvimento
PNM - Política Nacional de Medicamentos
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
Pnaf - Política Nacional de Assistência Farmacêutica
POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares
REMUME - Relação Municipal de Medicamentos
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SUS - Sistema Único de Saúde
ULS – Unidades Locais de Saúde
URM - Uso Racional de Medicamentos

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	27
1.1	PERGUNTAS DA PESQUISA.....	29
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	31
2.1	POLÍTICAS FARMACÊUTICAS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	31
2.2	RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS	36
2.3	ACESSO.....	40
2.3.1	Acesso a serviços de saúde.....	40
2.3.2	Acesso a medicamentos	41
2.3.3	Situação do acesso a medicamentos no Brasil e no mundo	44
2.4	POPULAÇÃO IDOSA E USO DE MEDICAMENTOS ...	50
3	OBJETIVOS	55
3.1	GERAL.....	55
3.2	ESPECÍFICOS	55
4	MÉTODOS	57
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	57
4.2	LOCAL DO ESTUDO	57
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	57
4.4	AMOSTRA.....	58
4.4.1	Cálculo do tamanho da amostra	58
4.4.2	Seleção da amostra.....	58
4.4.3	CrITÉrios inclusão e exclusão.....	60
4.5	INSTRUMENTO DE PESQUISA	61
4.5.1	Questionário de medicamentos	61
4.6	VARIÁVEIS DO ESTUDO	64
4.6.1	Variáveis Dependentes - Desfecho.....	64
4.6.2	Variáveis Independentes	66
4.7	BANCO DE MEDICAMENTOS.....	70
4.8	LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO	72
4.8.1	Equipe de trabalho.....	72
4.8.2	Seleção e treinamento das entrevistadoras	72
4.8.3	Pré-Teste	73
4.8.4	Estudo Piloto	74
4.8.5	Coleta de dados	74
4.8.6	Perdas e recusas.....	75
4.8.7	Suporte Técnico	76

4.9	ANÁLISE DE INCONSISTÊNCIAS	76
4.10	CONTROLE DE QUALIDADE.....	77
4.11	ASPECTOS ÉTICOS.....	78
4.12	FINANCIAMENTO	78
4.13	ANÁLISE DOS DADOS	78
4.13.1	Análise Descritiva.....	79
4.13.2	Análise Bivariada e Múltipla	79
	REFERÊNCIAS.....	81
	ARTIGOS CIENTÍFICOS.....	89
	PRIMEIRO ARTIGO	90
	SEGUNDO ARTIGO	115
	ANEXOS	143
	ANEXO A – Questionário Da Pesquisa	144
	ANEXO B – Carta de Apresentação ao Domicílio.....	147
	ANEXO C - Carta de Apresentação ao Condomínio.....	149
	ANEXO D – Cartaz de Apresentação da Pesquisa.....	151
	ANEXO E – Formulário do Controle de Qualidade.....	153
	ANEXO F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	156
	ANEXO G – REMUME do Município de Florianópolis.....	158
	ANEXO H – Comparação da REMUME de Florianópolis com a RENAME 2008.....	197
	ANEXO I – Normas do periódico “Cadernos de Saúde Pública” para publicação de artigos científicos.....	206

ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A dissertação intitulada **“Medicamentos prescritos aos idosos: acesso e fatores associados, estudo Epifloripa Idoso 2009/2010”** insere-se na linha de pesquisa em Epidemiologia das doenças não transmissíveis e causas externas da mortalidade, área de concentração em Epidemiologia, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

A primeira parte contém a introdução e a justificativa de escolha do tema, além das perguntas da pesquisa. Em seguida, apresenta a revisão bibliográfica, que discorre acerca das Políticas Farmacêuticas no Brasil, sobre o conceito de medicamentos essenciais e acesso a medicamentos, e ainda discute o acesso aos medicamentos no mundo e no Brasil, especificamente entre os idosos. Apresenta também a metodologia da pesquisa em relação à logística, trabalho de campo e análise dos resultados.

Os resultados e a discussão do estudo estão apresentados em formato de dois artigos científicos, sendo o primeiro intitulado como **“Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional”** e o segundo chamado **“Medicamentos prescritos aos idosos em uma capital do sul do Brasil e a Relação Municipal de Medicamentos”**. Os manuscritos científicos produzidos serão submetidos ao periódico científico Qualis A2 Internacional “Cadernos de Saúde Pública”. O comprovante de submissão do manuscrito torna-se requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Por fim, a terceira parte contém os anexos do estudo. O anexo A refere-se ao questionário principal deste estudo; os anexos B, C e D referem-se aos documentos de divulgação da pesquisa; o anexo E apresenta o formulário utilizado no controle de qualidade; o anexo F apresenta o Termo de Consentimento utilizado na pesquisa de campo; o anexo G apresenta o documento publicado no site da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis com a Relação de Medicamentos Municipal - REMUME; o anexo H refere-se à uma comparação realizada entre os medicamentos constantes da REMUME com a Relação Nacional de Medicamentos – RENAME 2008; por fim, o anexo I apresenta as normas do periódico “Cadernos de Saúde Pública” para publicação de artigos científicos.

1. INTRODUÇÃO

O comércio internacional de medicamentos cresceu rapidamente entre 1980 e 1999, passando de US\$5 bilhões para US\$120 bilhões no período. A evolução de 1985 a 1999 indica que o valor da produção de medicamentos tem crescido quatro vezes mais rapidamente do que a renda mundial (WHO, 2004).

Somado a isso, desde 1940 vêm ocorrendo transformações no padrão demográfico brasileiro, com reduções na taxa de crescimento populacional e alterações na estrutura etária, com crescimento mais lento do número de crianças e adolescentes, paralelamente a um aumento da população em idade ativa e de pessoas idosas (IBGE, 2009a).

As mudanças demográficas, epidemiológicas e a evolução dos medicamentos têm gerado novas demandas que requerem adequação do sistema de saúde e a transformação do modelo de atenção prestada (LYRA JUNIOR *et al*, 2006). O reconhecimento de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado tornou imperativa e prioritária uma organização da Assistência Farmacêutica com ênfase na saúde pública, com o objetivo de garantir o acesso da população a medicamentos essenciais com qualidade e segurança e promover o uso racional de medicamentos.

Em consequência disso, o setor farmacêutico brasileiro tem passado por importantes transformações, destacando-se a aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a Lei de Genéricos, a realização da Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica e a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf).

O acompanhamento e a avaliação desses processos de transformação do setor farmacêutico brasileiro e seus resultados na saúde da população são fundamentais, no intuito de contribuir para a construção de estratégias de intervenção e estabelecimento de um modelo de monitoramento da política de medicamentos no Brasil. No entanto, tais mudanças têm sido pouco documentadas e avaliadas (BRASIL, 2005).

No campo do acesso e do uso racional de medicamentos, além da dificuldade em obtenção de dados, há necessidade de uma análise mais aprofundada sobre esses assuntos. Tais elementos de análise são

contribuições importantes para uma possível reorientação das Políticas Nacionais de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica e sua interface com as demais políticas públicas (BRASIL, 2005).

No Brasil, são raros dados populacionais sobre o acesso a medicamentos. A maioria dos estudos avalia o acesso com base na proporção de medicamentos prescritos que o usuário conseguiu obter ou que foi fornecido no serviço de saúde utilizado (PANIZ, 2008).

Os estudos transversais de base populacional (inquéritos populacionais) permitem conhecer características populacionais, como econômicas, sociais e culturais da região e da população-alvo (MEDRONHO, 2006). Permitem também que os entrevistados possam dar sua opinião sobre alguma problemática e, com isso, tem-se a descrição de alguma situação de saúde sob a visão da população que a utiliza. Além disso, os estudos seccionais possuem uma vantagem em relação a outros estudos observacionais e de intervenção: a capacidade de inferência, ou extrapolação dos resultados obtidos para uma população inteira, definida no tempo e no espaço (MEDRONHO, 2006).

Na maioria dos estudos, os indicadores mais comumente utilizados na medida de acesso a medicamentos são obtidos através das unidades/prestadores de serviços de saúde. Dessa forma, somente é contemplada a parcela da população que teve acesso ao serviço de saúde e, conseqüentemente, à prescrição médica. Não há muita informação disponível a partir dos usuários finais de medicamentos. Ainda que os indicadores medidos nas unidades/prestadores tenham se mostrado úteis, a pesquisa domiciliar é importante para obter informações acuradas sobre como a população está tendo acesso e usando os medicamentos (OLIVEIRA, 2007a).

Inquéritos populacionais direcionados para informações sobre a utilização de medicamentos por idosos são importantes para a identificação de problemas existentes entre os grupos mais vulneráveis, bem como de fatores associados a estes problemas, de modo a fornecer subsídios para o seu adequado enfrentamento (ACURCIO *et al*, 2006).

Apesar dos avanços do Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua criação, o Estado ainda falha em garantir o acesso da população brasileira aos medicamentos essenciais. Atualmente, no País, um fenômeno está desestruturando a política de medicamentos, comprometendo os orçamentos para a aquisição de medicamentos: tornou-se frequente a reivindicação por parte do cidadão, via sistema judiciário, da aquisição de medicamentos que não constam nas relações de medicamentos essenciais (VIEIRA & ZUCCHI, 2007). Apesar de

ser um tema complexo e existirem vários fatores que contribuem para este contexto (marketing das indústrias farmacêuticas, desconhecimento sobre programas farmacêuticos por parte dos médicos e pacientes, etc.), a falta de acesso a medicamentos é o principal agravante (OLIVEIRA, 2007a).

A avaliação de medicamentos que são prescritos e que não fazem parte da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME) também é importante na verificação de falhas no fornecimento de medicamentos. A prescrição de medicamentos fora das listas pode refletir maus hábitos de prescrição por parte dos médicos/dentistas, falta de conhecimento médico e também pode mostrar uma deficiência na formulação das listas de medicamentos fornecidos (NAVES & SILVER, 2005).

O acesso a medicamentos é um indicador da qualidade e resolutividade do sistema de saúde e um determinante importante do cumprimento do tratamento prescrito. A literatura indica que a falta de acesso é uma causa frequente de retorno de pacientes aos serviços de saúde (PANIZ, 2008). A partir dessas informações, constata-se a necessidade de pesquisas que investiguem o acesso a medicamentos e que avaliem e acompanhem os programas farmacêuticos implantados recentemente no Brasil.

Este estudo é parte integrante de um inquérito abrangente intitulado de **“EpiFloripa Idoso - Condições de saúde da população idosa do município de Florianópolis, SC: estudo de base populacional”** que se constitui em um estudo epidemiológico transversal, de base populacional, cujo objetivo foi investigar os diversos aspectos referentes à vida e saúde da população idosa residente em área urbana de Florianópolis – SC.

1.1 PERGUNTAS DA PESQUISA

- a) Os idosos do município de Florianópolis têm acesso aos medicamentos que lhes foram prescritos?
- b) A relação de medicamentos fornecidos pelo SUS em Florianópolis está adequada ao que é prescrito aos idosos residentes no município?

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 POLÍTICAS FARMACÊUTICAS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal Brasileira de 1988 e formalizado pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142, prevê o acesso universal e equitativo às ações e serviços de saúde. O reconhecimento de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado tornou imperativa e prioritária uma organização da Assistência Farmacêutica com ênfase na saúde pública (BRASIL, 1988).

Vale observar que o artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 1990, prevê, além de outras ações correlatas, a [...] vigilância sanitária; [...] assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica; [...] a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção [...] (BRASIL, 1990).

Política pública é um compromisso oficial expresso em documento escrito, no qual consta um conjunto de diretrizes, objetivos, intenções e decisões de caráter geral e em relação a um determinado tema em questão. Funciona como um guia, para direcionar o planejamento e a elaboração de estratégias, cujo desdobramento é um plano de ação, programas e projetos, para sua efetiva implementação. Estabelecer políticas tem por objetivo resolver ações concretas, executar, acompanhar e avaliar, criando espaço para debates e discussão referente à área. A criação de Políticas farmacêuticas tem por fundamento garantir o acesso da população a medicamentos essenciais com qualidade e segurança e promover o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2006a).

A Central de Medicamentos – CEME, criada através do Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971, instituída como órgão da Presidência da República, era o órgão federal responsável pela Assistência Farmacêutica no Brasil até 1997. É considerada como a primeira tentativa do Estado Brasileiro na produção e abastecimento de medicamentos essenciais (KORNIS *et al*, 2008). Com a desativação da CEME, se iniciou um amplo processo de discussão com todos os setores nacionais interessados e, de forma crescente, foram sendo definidas as responsabilidades pela gestão e financiamento da assistência farmacêutica nas três esferas do SUS, levando à elaboração da Política Nacional de Medicamentos - PNM (BRASIL, 2005).

A partir da designação de um grupo de trabalho pelo Ministério da Saúde (MS), o processo de discussão utilizou como fundamento as diretrizes já descritas da Organização Mundial de Saúde (OMS), além de utilizar também, como referências, políticas de medicamentos recentemente adotadas em outros países. Uma vez obtido o consenso interno, as discussões se expandiram para oficinas de trabalho que incluíram representantes das três esferas do governo, profissionais da saúde, da sociedade civil, de organismos internacionais e da indústria farmacêutica (OLIVEIRA *et al*, 2007b).

A Política Nacional de Medicamentos foi então estabelecida no país pela Portaria GM/MS nº 3.916/98, após ser aprovada pela Comissão Intergestores e pelo Conselho Nacional de Saúde. Tem como propósito “*garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade destes produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais*” (BRASIL, 1998).

A política se detalha em oito diretrizes e quatro prioridades (BRASIL, 1998):

DIRETRIZES: 1) Adoção de Relação de Medicamentos Essenciais; 2) Regulamentação Sanitária de Medicamentos; 3) Reorientação da Assistência Farmacêutica; 4) Promoção do Uso Racional de Medicamentos; 5) Desenvolvimento Científico e Tecnológico; 6) Promoção da Produção de Medicamentos; 7) Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos; 8) Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos.

PRIORIDADES: 1) Revisão Permanente da RENAME; 2) Assistência Farmacêutica; 3) Promoção do Uso Racional de Medicamentos; 4) Organização das Atividades de Vigilância Sanitária de Medicamentos.

O documento da PNM define Assistência Farmacêutica como:

“Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.”

A PNM também define as responsabilidades de cada esfera de gestão do setor público no provimento de medicamentos. Ao gestor federal cabe organizar e desenvolver ações de implementação da PNM, enquanto o gestor estadual deve se concentrar no suporte aos municípios, sendo que os municípios devem executar diretamente aos usuários as ações de Assistência Farmacêutica, com a dispensação dos medicamentos (BRASIL, 1998).

Essa divisão de ações trouxe resultados mistos: por um lado ocorreu um enorme desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica e incremento no acesso a medicamentos. Mas por outro lado causou a chamada “fragmentação” da Assistência Farmacêutica, ou seja, a divisão de responsabilidades tornou as atividades desarticuladas entre si, onde estaria sendo privilegiado o provimento de medicamentos, sem oferecer a mesma importância aos serviços de gestão, dispensação e atenção (OLIVEIRA *et al*, 2007b).

Para tentar solucionar esta questão, em 2004, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf), dentro da ideia de que é:

“política norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais se destacam as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, entre outras, garantindo a intersectorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público quanto o privado de atenção à saúde” (BRASIL, 2004).

A Pnaf traz uma nova definição de Assistência Farmacêutica:

“...um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individuais como coletivas, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população” (BRASIL, 2004).

O conceito da Assistência Farmacêutica apresenta componentes com aspectos de natureza técnica, científica e operativa, integrando-os de acordo com a complexidade do serviço, necessidades e finalidades.

Esta articulação entre as diversas partes que compõem a Assistência Farmacêutica (Figura 1) representam as estratégias e o conjunto de ações que visam ao alcance da sua reorientação e desfragmentação (MARIN *et al*, 2003).



Fonte: MARIN *et al*, 2003

Figura 1 – Ciclo da Assistência Farmacêutica

Uma seleção adequada de medicamentos e o aprimoramento das atividades de programação e aquisição requerem poucos gastos com recursos humanos, materiais e financeiros, e adicionalmente proporcionam muitos ganhos terapêuticos, otimização de recursos e melhorias substanciais na regularidade do suprimento de medicamentos. As atividades de armazenamento e distribuição, ainda que necessitem de algum investimento adicional, apresentam uma relação custo/benefício e custo/efetividade muito favorável em função da redução de perdas, da garantia da integridade e qualidade dos medicamentos, e assim por diante (MARIN *et al*, 2003). Portanto, o correto planejamento das etapas que compõem o ciclo da Assistência Farmacêutica visa a possibilidades concretas de melhorias no acesso a medicamentos e resolutividade dos problemas de saúde.

Também no caminho do esclarecimento dos papéis de cada ente federativo na atribuição de responsabilidades e financiamento do SUS, foi publicado o Pacto pela Saúde, pelas Portarias/GM n° 399 e n° 699 em 2006, que aprovam as diretrizes operacionais, respectivamente, do Pacto pela Vida e de Gestão. O objetivo é efetivar os acordos realizados entre as três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), com ênfase nas necessidades de saúde da população,

visando alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade nos resultados.

Foram definidas prioridades de ação, expressas em objetivos e metas, divididas em 3 dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

O documento *Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão* (BRASIL, 2006b) é onde estão detalhadas todas essas metas. Esse documento estabelece que uma das responsabilidades sanitárias gerais da Gestão do SUS é a de *promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas* (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Saúde vem então a ser um instrumento de gestão que contribui para a mudança de conceitos em relação à importância do medicamento e da Assistência Farmacêutica no SUS, garantindo a qualificação e estruturação da mesma.

Atualmente, a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento. Esta portaria define, para a Assistência Farmacêutica, três componentes: 1) Componente Básico da Assistência Farmacêutica, com os medicamentos destinados a tratar os agravos do âmbito da atenção básica; 2) Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, que engloba os medicamentos para endemias e doenças específicas; e 3) Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, ou agora chamado de Componente Especializado de Assistência Farmacêutica, conforme Portaria nº 2.981/GM, de 26 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009b), onde são disponibilizados medicamentos com custo elevado de tratamento para doenças específicas (BRASIL, 2007).

A proposta dessa Portaria é organizar a Assistência Farmacêutica em uma mesma norma e fornecer mecanismos de planejamento e gestão, inclusive de monitoramento e avaliação (OLIVEIRA *et al*, 2007b).

A Portaria nº 2.982 de 26 de novembro de 2009 considera a Portaria nº 204 para aprovar as normas de execução e de financiamento do Componente Básico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica e definir o Elenco de Referência Nacional de

Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

2.2 RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

Existe disponível no mercado uma grande quantidade de medicamentos comparáveis (com relação à indicação, composição, mecanismo de ação, forma farmacêutica, apresentação, efeitos indesejáveis, eficácia e efetividade), porém, diferentes em maior ou menor grau. Nesse contexto, com muitas alternativas para um mesmo tratamento, podem ser observados dois extremos: de um lado, a cultura de se empregar sempre os produtos mais modernos – normalmente com maior preço –, comprometendo a capacidade de financiamento e o acesso aos mesmos; de outro lado, a busca por orientar a prescrição e a aquisição dos medicamentos mais baratos, sem o uso de outros critérios, comprometendo a qualidade e resolutividade dos tratamentos (MARIN, 2003).

Com a realização de uma avaliação custo-efetividade entre estes medicamentos comparáveis, com base em forte evidência científica, elenca-se uma lista de medicamentos onde estariam os representantes desta grande quantidade existente, obtendo-se daí uma lista de medicamentos essenciais (WANNMACHER, 2006).

O conceito de medicamentos essenciais sofreu algumas transformações ao longo dos anos, sendo que o conceito mais atualizado da OMS (WHO, 2002) considera que:

“Medicamentos essenciais são aqueles que servem para satisfazer às necessidades de atenção à saúde da maioria da população. São selecionados de acordo com a sua relevância na saúde pública, evidência sobre a eficácia e a segurança e os estudos comparativos de custo efetividade. Devem estar disponíveis em todo momento, nas quantidades adequadas, nas formas farmacêuticas requeridas e a preços que os indivíduos e a comunidade possam pagar.”

A partir de 1975, a questão dos medicamentos essenciais entrou na pauta de discussão da OMS no que se refere aos principais problemas enfrentados pelos países em desenvolvimento nos seus planos de saúde. Em 1977, a OMS introduziu o problema dos medicamentos essenciais dentro da estratégia global de reforçar a atenção primária de saúde como componente para atingir a meta de “Saúde para todos no ano 2000”. Surgiu assim a primeira Lista de

Medicamentos Essenciais da OMS, com 205 itens (186 medicamentos) (BRASIL, 2000). Desde então, essa lista é atualizada a cada dois anos e a última atualização foi feita em março de 2009, sendo esta a 16^o atualização (WHO, 2009).

A lista modelo da OMS é uma referência para a criação de listas nacionais de medicamentos essenciais, podendo ser adaptada à realidade de cada país. Atualmente, 150 países possuem suas listas de medicamentos essenciais e mais de 130 formularam suas políticas de medicamentos (WHO, 2008).

As recomendações da OMS para a definição de uma lista de medicamentos são (WHO, 2000):

- A eficácia e a segurança dos medicamentos selecionados devem ser baseadas em evidências científicas válidas, comprovadas por estudos clínicos.
- Devem ser selecionados medicamentos em que a qualidade, biodisponibilidade e estabilidade sob condições de armazenamento estejam garantidas.
- Quando dois ou mais medicamentos forem similares, a seleção deverá ser feita com base em uma cuidadosa avaliação de suas relativas eficácia, segurança, qualidade, preço e disponibilidade.
- Para comparar custos de medicamentos, deve ser considerado o custo total do tratamento e a relação custo/benefício. Também devem ser consideradas as propriedades farmacocinéticas, ou considerações locais como disponibilidade de laboratórios e almoxarifados.
- Preferencialmente, os medicamentos selecionados devem possuir apenas uma substância ativa. Os produtos com combinações fixas só serão aceitos quando adequados à maioria da população e sua combinação tenha vantagens sobre a administração em separado quanto a efeitos terapêuticos, inocuidade ou cumprimento da prescrição.

Há também uma preocupação crescente com a transparência do processo de seleção e a isenção de interesses comerciais dos membros do comitê internacional que confecciona as listas (WANNMACHER, 2006).

No Brasil, a relação dos medicamentos considerados essenciais é a RENAME. A primeira lista de medicamentos essenciais para o Brasil foi estabelecida pelo Decreto n^o 53.612, de 26 de fevereiro de 1964, e foi denominada Relação Básica Prioritária de Produtos

Biológicos e Matérias para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário. Nota-se que esta lista foi criada ainda antes da primeira lista modelo da OMS. A padronização atualizada e sob a denominação Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME foi originalmente instituída através da Portaria MPAS nº 233, de 08/07/75, atendendo a princípios estabelecidos pela OMS (SILVA, 2000).

A finalidade da RENAME é ter uma lista com os “*produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população*” que servirá como base para o direcionamento da produção farmacêutica (científica e tecnológica), bem como para a definição das listas de medicamentos essenciais que serão fornecidos pelo SUS. A partir da RENAME, alguns estados e municípios estabelecem suas relações estaduais ou municipais de medicamentos essenciais (REMUME), sendo que estes possuem autonomia na definição do seu elenco que, no entanto, deve conter pelo menos um elenco mínimo de medicamentos definido pela esfera federal (BRASIL, 2000).

A RENAME encontra-se na sétima edição, sendo que a última versão, que foi revisada em 2010, possui 343 fármacos, 08 correlatos e 33 imunoterápicos, em 574 apresentações (BRASIL, 2010).

Em novembro de 2009 foi aprovada a Portaria GM nº. 2.982, que aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, onde consta um elenco de medicamentos que devem ser fornecidos pelos municípios e distrito federal (BRASIL, 2009a). Além disso, com a publicação da Portaria GM 2.981, também em novembro de 2009, alguns medicamentos que eram anteriormente de responsabilidade da União e dos Estados, agora são de responsabilidade dos municípios, pois foram transferidos para o Elenco de Referência Nacional do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2009b). Ainda, a Deliberação 164/10 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), de 23 de abril de 2010, é o documento onde foi acordado o elenco de medicamentos que devem ser disponibilizados por todos os municípios do Estado de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2010).

A seleção de medicamentos para formulação de listas de medicamentos essenciais não é aprovada por todos os setores da sociedade: a indústria farmacêutica e organizações não-governamentais a consideram muito restritiva; embora não oficialmente, também tem sido criticada por prescritores em todo o mundo, os quais a consideram insuficiente, talvez por não compreenderem o sentido conceitual da

lista e as consequências advindas de sua adoção (WANNMACHER, 2006).

A estratégia de medicamentos da OMS para o período de 2008-2013 tem como prioridade fazer uso da melhor evidência científica na revisão das listas de medicamentos essenciais e na organização e planejamento dos programas nacionais de medicamentos, no intuito de melhorar a assistência primária à saúde (WHO, 2008).

A promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM) também é uma das diretrizes da PNM e um dos objetivos da OMS para o período de 2008-2013 (WHO, 2008). De acordo com a PNM, Uso Racional de Medicamentos é o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (BRASIL, 1998). Esse conceito está intimamente ligado ao conceito de medicamentos essenciais (BRASIL, 2005).

Uma importante estratégia na promoção do Uso Racional de Medicamentos é a criação de listas de medicamentos essenciais, para que sejam selecionados medicamentos mais custo-efetivos e assim determinar qual a alternativa mais eficiente, ou seja, a que produza uma unidade de resultado com o menor custo (ou, inversamente, produza mais resultados por unidade de custo) (MARIN, 2003).

Trabalhar com conceito de medicamento essencial e lista de medicamentos essenciais selecionados por critérios fortemente embasados em evidências permite melhorar qualidade de atenção à saúde, gestão dos medicamentos, capacitação dos prescritores e educação do público. O impacto da adoção de tal política é de manejar medicamentos mais eficazes, mais seguros, de menor custo e, por consequência, garantindo maior acesso à população. Na prática cotidiana, as vantagens incluem melhora de qualidade da prescrição, menos erros de medicação, melhor aproveitamento dos recursos e menores custos por meio de compra em escala maior e simplificação dos sistemas de abastecimento, distribuição e reembolso. Enfim, políticas de medicamentos essenciais objetivam promover disponibilidade, acesso, sustentabilidade, qualidade e uso racional de medicamentos (WANNMACHER, 2006).

2.3 ACESSO

2.3.1 Acesso a serviços de saúde

Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. Até o momento, a conceituação tem sido muito mais política que operativa (OLIVEIRA, 2007a).

A terminologia empregada também é variável. Alguns autores, como Donabedian, empregam o substantivo acessibilidade, enquanto outros preferem o substantivo acesso, ou ambos os termos. Autores também variam em relação ao enfoque do conceito: uns centram nas características dos indivíduos; outros focam nas características da oferta; alguns em ambas as características ou na relação entre os indivíduos e os serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Penchansky & Thomas (1981) centram esse conceito no grau de ajuste entre indivíduos e o sistema de saúde e identificam várias dimensões que compõem o conceito de acesso: *disponibilidade* (volume e tipo) de serviços em relação às necessidades; *acessibilidade* — tomada aqui como uma dimensão do acesso —, caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes; *acolhimento* (*accomodation*), que representa a relação entre a forma como os serviços organizam-se para receber os clientes e a capacidade dos clientes para se adaptar a essa organização; *capacidade de compra*, definida pela relação entre formas de financiamento dos serviços e a possibilidade das pessoas de pagarem por esses serviços; e *aceitabilidade*, que representa as atitudes das pessoas e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um.

Frenk (*apud* LUIZA, 2003) propõe que o grau de ajuste entre o indivíduo e o sistema de saúde é a relação entre o conjunto de obstáculos à obtenção da atenção e a capacidade correspondente desse indivíduo para superar tais obstáculos. São identificados três tipos de fontes de obstáculos:

- Obstáculos ecológicos (ou geográficos): originam-se na localização das fontes de atenção à saúde com as repercussões em termos de distância e tempo de transporte;

- Obstáculos financeiros: referem-se aos preços praticados pelo provedor, em relação à capacidade de pagamento dos usuários;

- Obstáculos organizativos, que podem subdividir-se em obstáculos de entrada (tempo de espera) e no interior do estabelecimento de saúde (acomodação, dificuldade de realização de exames diagnósticos).

Para o autor, para influir no acesso pode-se tanto influir nos obstáculos (por exemplo, preços dos serviços, distribuição geográfica dos serviços) como no poder de utilização da população (por exemplo, nível de renda da população, educação em saúde). Portanto, o estudo do acesso implica em uma abordagem integrada, dirigida aos recursos de saúde e às características da população (LUIZA, 2003).

Conforme Luiza (2003), existem alguns importantes pontos de convergência entre as diferentes definições de acesso: (a) a simples disponibilidade do serviço não configura acesso e (b) o acesso se concretiza com a utilização do serviço. Prevalece a idéia de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). O acesso seria então um fator mediador entre a capacidade de produzir e oferecer serviços (ou produtos) e a produção e consumo real de tais serviços (BRASIL, 2005).

2.3.2 Acesso a medicamentos

O acesso aos medicamentos deve ser entendido da mesma forma que o acesso aos serviços de saúde, já que a medida de acesso a medicamentos também depende de um conjunto de dimensões, onde cada uma delas será a resultante da interação de características do sistema de prestação (que se colocarão como barreiras ou facilitadores do acesso) com as características relativas às necessidades, predisposição ou fatores da capacidade da população potencialmente usuária (LUIZA, 2003).

Bermudez *et al.* (*apud* OLIVEIRA, 2007a), baseando-se no conceito Penchansky & Thomas, definiram o acesso a medicamentos como:

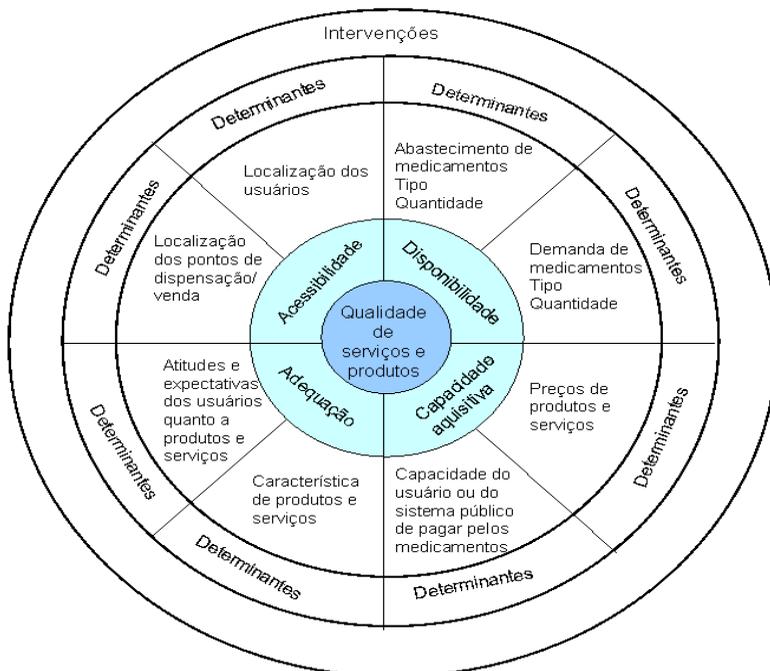
“relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente (consumidor), com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado”.

Luiza (2003), com o objetivo de chegar a um modelo que identificasse as barreiras de acesso e as características da população usuária, para que a política de acesso possa intervir ou se adaptar à situação, pensou as dimensões para medida de acesso aos medicamentos em termos das principais barreiras do acesso e delineou as seguintes dimensões (Figura 2):

- Disponibilidade física: relacionamento entre o tipo e quantidade de produtos e serviços necessários e o tipo e quantidade de serviços oferecidos. Considerando a forma de provisão dos medicamentos, pública ou privada, com ou sem pagamento do usuário, para a garantia do acesso, o medicamento deve estar disponível no momento que o usuário dele necessita, na quantidade necessária e em condições de qualidade adequadas ao uso.
- Capacidade aquisitiva: relacionamento entre preços de produtos ou serviços e a capacidade do usuário de pagar por eles.
- Acessibilidade geográfica: relacionamento entre a localização dos produtos e serviços e a localização do usuário eventual destes produtos e serviços.
- Adequação: ajuste entre as características dos produtos e serviços e as expectativas e necessidades dos usuários, bem como às normas técnicas e legais de funcionamento.

Adicionalmente, Luiza (2003) apontou a *qualidade* dos produtos e serviços como componente essencial do acesso, a qual perpassa todas as dimensões anteriores. Isto, pois a qualidade em saúde consiste na aplicação da ciência e da tecnologia médicas de uma maneira que renda o máximo de benefícios para a saúde sem aumentar com isso seus riscos.

Este modelo teórico, parte do conceito de Penchansky & Thomas e foi desenvolvido pela Reunião Consultiva da OMS e do Management Sciences for Health (MSH), realizada em 2000.



Fonte: Luiza 2003, adaptado de MSH/WHO, a partir das dimensões de PENCHANSKY E THOMAS.

Figura 2. Modelo teórico de acesso a medicamentos essenciais.

Estudar cada uma dessas dimensões apontadas por Luiza (2003), para resultar em uma análise completa do acesso a medicamentos, exigiria mais de um estudo, cada um deles com metodologias extremamente distintas. Portanto, para este estudo em particular, serão analisadas parte de algumas dessas dimensões: capacidade aquisitiva (proporção de indivíduos que compra seus medicamentos e a que os obtêm através do sistema público de saúde), disponibilidade e adequação (relação entre a demanda de medicamentos utilizados e o que é oferecido pelo SUS, atitudes dos usuários frente a estes produtos).

Alguns autores definem o acesso a medicamentos como a obtenção de todos os medicamentos que o indivíduo referiu necessidade, sendo que a obtenção parcial é definida como falta de acesso, uma vez que o indivíduo não teve acesso a todo tratamento prescrito (PANIZ, 2008).

Outros autores dividem os níveis de acesso a medicamentos em acesso total, parcial e não acesso (CARVALHO *et al*, 2005; BRASIL, 2005), por entenderem que o estudo da subutilização de medicamentos, ou o uso parcial dos medicamentos prescritos e seus determinantes é importante na identificação nos problemas de acesso a medicamentos.

A subutilização é uma forma de não adesão a um tratamento farmacoterapêutico, que ocorre quando o indivíduo demora a iniciar o tratamento prescrito, não faz uso total, ou faz uso parcial dos medicamentos, reduz a frequência do uso ou utiliza doses menores dos fármacos indicados. Barreiras ao acesso aos medicamentos, especialmente de ordem financeira, figuram entre os principais motivos apontados pelos usuários para a subutilização dos produtos prescritos. Entre os idosos, a subutilização pode resultar em piora do estado de saúde, dos sintomas e do controle dos agravos. Além disso, pode resultar na necessidade de prescrição adicional de doses maiores ou de terapias mais potentes que, por sua vez, podem aumentar o risco de efeitos adversos, além de outros desfechos negativos, como maior número de visitas a serviços de emergência, hospitalizações e morte (LUZ, 2009).

2.3.3 Situação do acesso a medicamentos no Brasil e no mundo

A situação mundial do acesso a medicamentos essenciais é ainda considerada crítica. Embora o acesso à atenção à saúde seja um direito humano fundamental, no qual está incluído o acesso a medicamentos essenciais, a OMS estima que cerca de dois bilhões de pessoas (1/3 da população mundial) não têm acesso regular a esses medicamentos (WHO, 2004).

O acesso a medicamentos persiste altamente concentrado nos países desenvolvidos, onde também se encontra o maior número de vendas de medicamentos, principalmente no caso de medicamentos inovadores. O comércio internacional de medicamentos cresceu rapidamente entre 1980 e 1999, passando de US\$5 bilhões para US\$120 bilhões no período. A evolução de 1985 a 1999 indica que o valor da produção de medicamentos tem crescido quatro vezes mais rapidamente do que a renda mundial, embora não se traduza em maior acesso da população a medicamentos. Em 1999, 15% da população mundial, que vivia em países de renda elevada, adquiriram e consumiram cerca de 90% do valor total gasto com medicamentos no mundo. Somente os EUA, em 2000, representaram 52% desse

mercado. Entretanto, nos países de baixa renda, em 1985, o consumo de medicamentos caiu de 3,9% do mercado global para 2,9% em 1999 (WHO, 2004).

Em 2000, o valor per capita gasto pelo governo de países desenvolvidos em medicamentos era de aproximadamente 100 vezes maior do que o gasto nos países em desenvolvimento. Ainda assim, o gasto privado ainda é a principal fonte de gastos com medicamentos no mundo (WHO, 2004).

Além disso, as pesquisas e desenvolvimento (P&D) de novos fármacos são mais direcionados para enfermidades mais prevalentes nos países desenvolvidos, sendo que as doenças que ainda possuem alta prevalência em países em desenvolvimento, como doenças infecciosas e parasitárias, possuem baixo investimento (BARROS, 2004). Somente 10% do total gasto em P&D são direcionados a problemas de saúde que representam 90% das doenças globais (WHO, 2004).

A estratégia de medicamentos da OMS para o período de 2008-2013 traz o acesso aos medicamentos essenciais como parte da conquista da justiça social e dos direitos humanos (WHO, 2008).

Segundo a OMS, o acesso está relacionado com a seleção racional, preços acessíveis, sistemas de financiamento sustentáveis e sistemas de abastecimento de medicamentos confiáveis (WHO, 2004).

Diversas iniciativas vêm sendo tomadas no plano internacional com o intuito de ampliar o acesso a medicamentos, como exemplos: atuar em defesa dos medicamentos essenciais e dos medicamentos genéricos, regulação e conseqüente redução de preços e diminuição das diferenças de preços observadas entre marcas de medicamentos, reivindicações aos governos para incremento de pesquisas das doenças negligenciadas (malária, doença de chagas, etc), entre outras (BARROS, 2004).

No Brasil, o acesso a medicamentos possui formas de financiamento mistas: fornecimento de medicamentos pela rede pública de saúde, seguros privados e pagamentos do próprio bolso, além da implantação de um modelo de co-pagamento de medicamentos (Programa Farmácia Popular do Brasil) (OLIVEIRA *et al*, 2007b).

A prestação de serviços pela rede pública é a única alternativa para a assistência à saúde e o acesso aos medicamentos para uma grande porção da população. Avalia-se que dois terços da população brasileira dependem de alguma ação governamental para fazer frente às suas necessidades de medicamentos (OLIVEIRA, 2007a). O Componente Básico da Assistência Farmacêutica atende a maioria dos

problemas mais prevalentes em saúde (BRASIL, 2009a). O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica fornece medicamentos para doenças específicas como, por exemplo, tuberculose e hanseníase, e o Componente Especializado de Assistência Farmacêutica fornece medicamentos que geralmente são de uso contínuo, utilizados em nível ambulatorial no tratamento de doenças crônicas e raras, e que possuem alto custo de tratamento.

Cabe ressaltar a importância dos medicamentos genéricos, aprovados no Brasil pelo Decreto-Lei nº 9.787, de 10/02/1999, na redução de preços de medicamentos, como instrumento integrante de uma política de racionalização do uso de medicamentos e como instrumento no aumento do acesso aos mesmos (BARROS, 2004).

No Brasil, outras atitudes governamentais para aumentar o acesso a medicamentos também têm sido realizadas, como os projetos de co-pagamento – as Farmácias Populares do Brasil – mediante o acesso a medicamentos essenciais através do pagamento de valores menores, subsidiados pelo governo.

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do IBGE DE 2002-2003, que traçou um perfil do consumo de medicamentos pela população brasileira, verificou que o gasto com medicamentos pelas famílias comprometeu 76% dos gastos com saúde nas famílias mais pobres (até R\$ 400,00) e nas famílias mais ricas (acima de R\$ 3 mil), este percentual foi de aproximadamente 23,7%. As famílias mais ricas investem mais em planos de saúde e prevenção, sendo que nas famílias com renda acima de R\$ 6 mil, a fatia usada para pagamento destes planos chega a 37,19% (IBGE, 2007a).

Fischer-Pühler (2002) sugere considerar as políticas públicas de provisão de acesso a medicamentos a partir da estratificação da população brasileira em três faixas socioeconômicas – baixa, média e alta renda. O autor propõe que, para o cidadão de baixa renda, as políticas públicas são aquelas centradas na distribuição gratuita pelas três esferas de governo. Para o grupo de média renda as políticas seriam, principalmente, as que promovem redução de preços, como a política de genéricos e o monitoramento de preço ou programas não governamentais, como a Aquisição de Medicamentos nos Planos de Saúde. O grupo de renda alta prescindiria de ações públicas de promoção do acesso (FISCHER- PÜHLER, 2002).

No Brasil, estimou-se que, em 2000, 70 milhões de pessoas não tinham acesso a medicamentos, o que corresponde a, aproximadamente, 41% da população brasileira daquele ano. Este é um

dos principais desafios para o sistema público de saúde (VIEIRA, 2007).

As prevalências de acesso a medicamentos em estudos populacionais de abrangência nacional foram de 87% na Pesquisa Mundial de Saúde, de 2003 (CARVALHO, 2005), e de 89,6% na pesquisa da OMS/OPAS que avaliou a Assistência Farmacêutica no Brasil, de 2005 (esta restrita a medicamentos para tratar problemas agudos de saúde). Esta última pesquisa também demonstrou que 99% dos domicílios com oito e mais bens obtiveram todos os medicamentos recomendados. No entanto, a maior parte dos doentes obteve seus medicamentos em farmácias privadas e, para os que não conseguiram o medicamento, o motivo mais frequente foi a falta de dinheiro para a compra. O acesso a medicamentos muitas vezes se dá pela compra destes, acarretando altos gastos para os indivíduos, comprometendo, inclusive, necessidades básicas. Esse aspecto aponta para uma importante limitação no fornecimento de medicamentos pelo SUS (BRASIL, 2005).

A disponibilidade de medicamentos no setor público é deficiente, e é possível que um medicamento relevante para tratar problemas crônicos esteja indisponível em cerca de um quarto do ano (BRASIL, 2005). Isso compromete o acesso regular a medicamentos de uso contínuo, principalmente para a população de menor poder aquisitivo, e reforça a necessidade de reorientação e reestruturação das políticas para melhorar o acesso da população a esses medicamentos (PANIZ, 2008).

Outro estudo que avaliou a Assistência Farmacêutica na atenção primária em Brasília (DF, Brasil), em 2001, encontrou que os medicamentos de 38,8% das prescrições médicas não foram encontrados no SUS, sendo que 60,6% eram de medicamentos essenciais (NAVES & SILVER, 2005). Estes dados ilustram a necessidade de desenvolvimento tanto financeiro quanto da estruturação do fornecimento de medicamentos essenciais no setor público. Os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade claramente não estão sendo cumpridos nesta área. Outros estudos realizados no Brasil tiveram resultados semelhantes, o que sugere sérios problemas no planejamento e logística do acesso e distribuição dos medicamentos (NAVES & SILVER, 2005).

Uma pesquisa realizada pelo Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor) de março a setembro de 2002, em onze cidades brasileiras, que avaliou a disponibilidade dos medicamentos classificados pelo Ministério da Saúde como "essenciais", concluiu que

o cidadão brasileiro que depende do Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento de doenças graves como bronquite asmática, diabetes e males do sistema nervoso, está desamparado. O estudo encontrou uma média nacional de apenas 55,4% de disponibilidade desses medicamentos essenciais nos postos de saúde visitados. Nenhum dos medicamentos pesquisados estava presente em 100% dos postos visitados e somente 16 (26,23%) foram encontrados em mais de 80% destas localidades. Os medicamentos pesquisados foram selecionados tendo por referência a RENAME (IDEC, 2002).

Os estudos de base populacional sobre a utilização e acesso a medicamentos mostram associação com sexo, idade, cor da pele, nível econômico, renda familiar, autopercepção de saúde, doença crônica, utilização de serviços de saúde e número de consultas médicas (PANIZ, 2008).

O sexo feminino, em média, utiliza mais medicamentos que os homens (FLORES & MENGUE, 2005; CARVALHO *et al*, 2005; LOYOLA FILHO *et al*, 2006; RIBEIRO *et al*, 2008, BERTOLDI *et al*, 2004). O mais provável é que uma maior utilização de medicamentos pelas mulheres possa estar ligada a questões de ordem biológica (mulheres são mais afetadas por problemas de saúde não-fatais), psicológica (mulheres são mais conscientes dos sintomas físicos e colocam mais atenção sobre os seus problemas de saúde) e sócio-cultural (ao longo da vida, mulheres utilizam mais frequentemente os serviços de saúde e estão mais familiarizadas com os medicamentos), questões essas que, de alguma forma, potencializam o uso de medicamentos (LOYOLA FILHO *et al*, 2006). As mulheres aparecem como maiores consumidoras de medicamentos prescritos (CARVALHO *et al*, 2005), o que pode estar relacionado à maior presença de condições crônicas e queixas entre elas e à maior utilização de serviços de saúde, fatores que aumentam a probabilidade da prescrição médica (LOYOLA FILHO *et al*, 2005; COELHO FILHO *et al*, 2004).

O uso de medicamentos também aumenta de acordo com a idade (CARVALHO *et al*, 2005; LOYOLA FILHO *et al*, 2006; RIBEIRO *et al*, 2008; PANIZ, 2008; BERTOLDI *et al*, 2004). A explicação para associação positiva entre idade e o maior consumo de medicamentos reside na maior ocorrência de problemas de saúde nas idades mais avançadas, geralmente de longa duração e com maior grau de severidade, cujo tratamento e alívio de sintomas demandam terapia farmacológica (LOYOLA FILHO *et al*, 2006). O efeito da idade sobre o consumo de medicamentos entre idosos é diferenciado para os

medicamentos com e sem prescrição médica. Estudos epidemiológicos evidenciaram um significativo aumento do uso de medicamentos prescritos com o avanço da idade (COELHO FILHO *et al*, 2004; LOYOLA FILHO *et al*, 2005). Esse quadro pode ser causado pelo aumento das doenças com a idade, pelo aumento de visitas a um ou mais médicos e pela necessidade de utilização de combinações medicamentosas (LOYOLA FILHO *et al*, 2005).

Em relação às variáveis relacionadas à saúde, verifica-se que, quanto pior o indicador de saúde, maior a quantidade de medicamentos utilizados (RIBEIRO *et al*, 2008; BERTOLDI *et al*, 2004). Indivíduos com doenças crônicas e autopercepção de saúde piores usam mais medicamentos (LOYOLA FILHO *et al*, 2006; RIBEIRO *et al*, 2008), e conseqüentemente gastam mais dinheiro com o tratamento (CARVALHO *et al*, 2005). Com relação ao uso de serviços de saúde, chama atenção a forte associação entre maior número de consultas médicas e uso de medicamentos prescritos (LOYOLA FILHO *et al*, 2005; COELHO FILHO *et al*, 2004).

Fatores socioeconômicos estão claramente ligados ao acesso a medicamentos, ou seja, nível econômico mais alto (BERTOLDI *et al*, 2004) e maior escolaridade apresentaram um maior acesso a medicamentos (CARVALHO *et al*, 2005; PANIZ, 2008). Tal fato deve-se à maior probabilidade de consultar e consumir medicamentos à medida que melhora o nível econômico, reforçando a importância da capacidade aquisitiva do indivíduo na obtenção e manutenção do tratamento (PANIZ, 2008). Em Bambuí (MG), o consumo de medicamentos prescritos entre idosos apresentou associação independente com a renda mensal domiciliar, sendo significativamente mais alto entre aqueles com renda mais elevada (LOYOLA FILHO *et al*, 2005).

A cor da pele não esteve associada ao acesso a medicamentos no estudo de Paniz *et al* em 2008, porém em estudo que avaliou a utilização de medicamentos em crianças (SANTOS *et al*, 2009), as crianças de mães de cor negra consumiam 13% menos medicamentos que as crianças de mães de cor branca. Já em estudo transversal realizado na cidade de Pelotas em 2002, entre homens observou-se uma prevalência de utilização de medicamentos 29,7% maior entre os indivíduos com pele branca (BERTOLDI *et al*, 2004).

2.4 POPULAÇÃO IDOSA E USO DE MEDICAMENTOS

A partir dos anos 1940, começam a ocorrer transformações no padrão demográfico brasileiro, com um consistente declínio dos níveis gerais de mortalidade e quedas na taxa de fecundidade. No decorrer dos anos, isso resultou em reduções na taxa de crescimento populacional e alterações na estrutura etária, com crescimento mais lento do número de crianças e adolescentes, paralelamente a um aumento da população em idade ativa e de pessoas idosas (IBGE, 2009a).

Os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2009 mostram que a população de 60 anos ou mais representava cerca de 11,4% da população total do País (IPEA, 2010).

Estima-se que o grupo etário de 60 anos ou mais duplicará, em termos absolutos, no período de 2000 a 2020, ao passar de 13,9 para 28,3 milhões, elevando-se, em 2050, para 64 milhões. Em 2030, de acordo com as projeções, o número de idosos irá superar o de crianças e adolescentes (menores de 15 anos de idade) e em 2050 os idosos representarão 28,8%, contra 13,1% de crianças e adolescentes, no total da população (IBGE, 2009a).

Além do envelhecimento da população total, a proporção da população “mais idosa”, de 80 anos e mais, também está aumentando, passando de 0,9% para 1,6%, entre 1992 e 2009, o que em valores absolutos aproxima-se de 2,9 milhões de pessoas com 80 anos ou mais (IPEA, 2010).

O envelhecimento populacional demanda um planejamento dos sistemas de saúde para atender às necessidades específicas dos idosos. Em 2008, segundo as informações da PNAD, constatou-se que 31,3% da população brasileira seriam portadores de pelo menos uma doença crônica, e este número cresce com a idade, sendo que, entre os idosos com mais de 65 anos, este valor atinge 79,1% (IBGE, 2010).

O aumento do número de doenças crônicas leva os idosos a uma maior utilização de serviços de saúde e a um elevado consumo de medicamentos (TAMBLYN, 1996; CARVALHO *et al*, 2005). A maioria dos idosos consome, pelo menos, um medicamento, e cerca de um terço deles consome cinco ou mais simultaneamente. A média de produtos usados por pessoa oscila entre dois e cinco (ROZENFELD, 2003).

Estudos farmacoepidemiológicos de base populacional em países desenvolvidos têm mostrado que, entre idosos, o número de

doenças crônicas, a utilização de serviços de saúde, ser do sexo feminino e ter idade mais avançada estão relacionados ao uso múltiplo de medicamentos (LOYOLA FILHO *et al*, 2008).

No Brasil, estudo realizado entre idosos residentes na região metropolitana de Belo Horizonte também encontrou associação entre o consumo de três ou mais medicamentos e sexo feminino, faixa etária mais alta (80 ou mais anos), ter pelo menos uma doença crônica e número de consultas médicas nos 12 meses precedentes (LOYOLA FILHO *et al*, 2006).

Alguns estudos relataram maior uso de medicamentos prescritos entre idosos de melhor nível socioeconômico (COELHO FILHO *et al*, 2004; LOYOLA FILHO *et al*, 2005; CARVALHO *et al*, 2005) e maior escolaridade (PANIZ *et al*, 2008). Embora a utilização da escolaridade como indicador de nível socioeconômico deva ser cautelosa, tal achado pode sugerir desigualdades no acesso e uso de medicamentos por idosos (RIBEIRO *et al*, 2008).

Conforme dados da Pesquisa Mundial de Saúde realizada com a população brasileira em 2003, o uso de medicamentos por idosos também aumenta em municípios maiores (CARVALHO *et al*, 2005).

O aumento do número de medicamentos nessa faixa etária pode levar a polifarmácia. O conceito de polifarmácia considera o uso de 5 ou mais medicamentos ao mesmo tempo (SECOLI, 2010), além da utilização de um fármaco para corrigir o efeito adverso de outro (MEDEIROS-SOUZA *et al*, 2007). A polifarmácia está relacionada ao uso de pelo menos um fármaco desnecessário, num rol de prescrições supostamente necessárias e pode ocasionar: não adesão (na medida em que torna os esquemas terapêuticos complexos), reações adversas, interações medicamentosas, erros de medicação, aumento do risco de hospitalização e dos custos com a saúde (LYRA JUNIOR *et al*, 2006; ACURCIO *et al*, 2009).

Os riscos à saúde dos idosos pela utilização de muitos medicamentos se devem a vários fatores. Destacam-se as modificações na farmacocinética de vários medicamentos em virtude de alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento, o aumento de *deficits* cognitivos e visuais dificulta o reconhecimento do medicamento e um adequado cumprimento da prescrição terapêutica por parte do idoso (LOYOLA FILHO *et al*, 2005).

Muitas vezes o tratamento é instituído por vários especialistas que acrescentam drogas em vez de suspenderem ou modificarem a posologia (OLIVEIRA *et al*, 2009). Metade dos indivíduos expostos a seis ou mais diferentes fármacos recebem as prescrições de três ou

mais diferentes médicos, o que sugere desarticulação entre eles (ROZENFELD, 2003). São observadas ainda prescrições sem suporte científico apropriado (LOYOLA FILHO *et al*, 2005).

É comum encontrar em suas prescrições dosagens e indicações inadequadas, interações medicamentosas, associações e redundância – uso de fármacos pertencentes a uma mesma classe terapêutica – e medicamentos sem valor terapêutico. Tais fatores podem gerar reações adversas aos medicamentos, algumas delas graves e fatais (MONSEGUI *et al*, 1999).

Num estudo realizado no Rio de Janeiro com mulheres idosas, verificou-se que 17% dos medicamentos utilizados eram inadequados para uso. Além disso, 14,1% das idosas faziam uso de medicamentos redundantes e 15,5% estavam expostas às principais interações medicamentosas e, portanto, sujeitas às consequências desses eventos (MONSEGUI *et al*, 1999).

Em um inquérito domiciliar entre idosos (60 anos ou mais) da cidade de Fortaleza, quase 20% dos idosos usavam pelo menos um medicamento considerado inadequado para esta faixa etária (COELHO FILHO *et al*, 2004).

Os grupos de medicamentos mais utilizados são aqueles de atuação sobre os sistemas cardiovascular e nervoso central, seguidos dos analgésicos e antitérmicos, dos que agem no aparelho respiratório, digestivo e vitaminas (FLORES & MENGUE, 2005; COELHO FILHO *et al*, 2004; LOYOLA FILHO *et al*, 2005; RIBEIRO *et al*, 2008).

As taxas de automedicação entre os idosos parecem ser menores do que as da população em geral. É possível haver, por parte da sociedade, maior observância de critérios técnicos no cuidado da saúde dos mais frágeis (ROZENFELD, 2003).

No inquérito domiciliar realizado em Bambuí (MG), foi observado o aumento no consumo de medicamentos prescritos com a idade, mas a prevalência da automedicação permaneceu estável ao longo das faixas etárias, sendo que o sexo feminino, consulta médica e consulta ao farmacêutico foram as variáveis associadas a essa prática (LOYOLA FILHO *et al*, 2005). Já em Fortaleza, a automedicação esteve associada à renda e à autonomia (COELHO FILHO *et al*, 2004).

Os analgésicos e antipiréticos (59%) foram os medicamentos mais consumidos sem prescrição médica por idosos num estudo realizado na cidade de Salgueiro-PE, resultado concordante com o observado em trabalhos realizados em países desenvolvidos (SA *et al*, 2007). A prática da automedicação também foi mais frequente em

idosos do sexo feminino, o que pode ser em parte explicado pelo fato de as mulheres serem mais submetidas à medicalização, se cuidarem mais e frequentarem mais intensivamente os serviços de saúde (SA *et al*, 2007).

Quanto ao acesso a medicamentos pela população de idosos, a prevalência de acesso a todos os medicamentos de uso contínuo foi de 87% em estudo realizado com idosos nas regiões sul e nordeste do Brasil (PANIZ *et al*, 2008). Este resultado é o mesmo que o obtido para a população em geral, que foi de 87% na Pesquisa Mundial de Saúde, de 2003 (CARVALHO *et al*, 2005), e 89,6% na pesquisa da OMS/OPAS que avaliou a Assistência Farmacêutica no Brasil, de 2005 (esta restrita a medicamentos para tratar problemas agudos de saúde) (BRASIL, 2005).

O não acesso a medicamentos, principalmente os de uso contínuo, que são os mais utilizados pelos idosos, pode levar ao agravamento do quadro e aumentar os gastos com a atenção secundária e terciária (PANIZ *et al*, 2008).

O acesso a medicamentos muitas vezes se dá pela compra destes, acarretando altos gastos para os indivíduos, comprometendo, inclusive, necessidades básicas (PANIZ *et al*, 2008). No Brasil, segundo a PNAD 1998, o gasto médio com medicamentos referidos pelos idosos foi igual a 23% do valor do salário mínimo (LIMA *et al*, 2007).

As barreiras ao acesso aos produtos, especialmente de ordem financeira, figuram entre os principais motivos apontados pelos usuários para a subutilização dos produtos prescritos. Estima-se que um quarto dos idosos subutilize medicamentos em virtude dos altos custos deles (LUZ *et al*, 2009).

A complexidade do regime terapêutico é um importante aspecto a ser considerado na atenção à saúde do idoso, devido às peculiaridades desses indivíduos (ACURCIO *et al*, 2009) e as características do consumo dos medicamentos fornecem elementos para a eleição das prioridades em assistência farmacêutica (ROZENFELD, 2003). O conhecimento do perfil de utilização de medicamentos pela população geriátrica é fundamental para o delineamento de estratégias de prescrição racional de fármacos entre esse segmento etário (COELHO FILHO *et al*, 2004) e para o aumento do acesso aos medicamentos que lhe são necessários.

Os dados levantados acima mostram que a saúde dos idosos merece cada vez mais atenção. Por conta disso, uma das preocupações do Pacto pela Vida, que é uma das dimensões do Pacto pela Saúde

(publicado pela Portaria nº 399 de 2006), é com a saúde do idoso, seguindo as seguintes diretrizes:

1) Promoção do envelhecimento ativo e saudável; 2) Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; 3) Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; 4) A implantação de serviços de atenção domiciliar; 5) O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; 6) Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; 7) Fortalecimento da participação social; 8) Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; 9) Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; 10) Promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; 11) Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Uma das ações estratégicas para chegar a estes objetivos está na área de Assistência Farmacêutica, desenvolvendo ações que visem a qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Avaliar o acesso aos medicamentos prescritos à população idosa residente na área urbana do município de Florianópolis.

3.2 ESPECÍFICOS

- Analisar a prevalência e os fatores associados ao acesso da população idosa residente na área urbana do município de Florianópolis aos medicamentos que lhe foram prescritos;
- Verificar a associação entre o acesso a medicamentos através do SUS com as características sócio-demográficas, grau de dependência, presença de doenças crônicas, utilização de serviços de saúde e número de medicamentos;
- Descrever os medicamentos prescritos aos idosos do município de Florianópolis em relação ao número de prescrições, estar ou não constante na REMUME, principal forma de obtenção do medicamento e existência de alternativa terapêutica da mesma classe farmacológica disponível na REMUME;
- Avaliar a Relação Municipal de Medicamentos de Florianópolis em relação aos medicamentos prescritos aos idosos do município.

4 MÉTODOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo observacional, com corte transversal, de base domiciliar.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na zona urbana do município de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina. Florianópolis está localizada no centro-leste do estado, grande parte do município (97,23%) está situada na Ilha de Santa Catarina. O município apresenta um índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) de 0,875 em 2000, alto índice de desenvolvimento humano, colocando o município na 4ª posição dentre todos os municípios brasileiros. A esperança de vida ao nascer é de 72,8 anos e a taxa de fecundidade total é de 1,7 filhos por mulher (PNUD, 2003). A população estimada para Florianópolis em 2009 foi de 408.163 habitantes, sendo 44.460 pertencentes à faixa etária com idade igual ou superior a 60 anos (18.844 do sexo masculino e 25.616 do sexo feminino), representando desta forma, 10,9% da população total (IBGE, 2009b).

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por idosos de ambos os sexos, com 60 anos ou mais de idade, completos no ano da pesquisa, residentes na zona urbana do município de Florianópolis, Santa Catarina.

Tabela 1 Estimativa da população residente no município de Florianópolis, SC, segundo faixa-etária, 2009.

Faixa-etária	População	%
0 - 9 anos	51751	12,68
10 - 19 anos	62422	15,29
20 - 59 anos	249530	61,13
60 anos ou mais	44460	10,90
Total	408163	100

Fonte: IBGE, 2009b

4.4 AMOSTRA

4.4.1 Cálculo do tamanho da amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se a fórmula para cálculo de prevalência, para amostra causal simples multiplicada por um valor relativo ao efeito do delineamento estimado (amostra por conglomerados) e de uma proporção de perdas previstas. Para tal, foi usado o programa Epi-Info, versão 6.04 de domínio público (DEAN et al, 1994) :

$$n = N \cdot z^2 \cdot P \cdot (1-P)/d^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot P \cdot (1-P) \cdot X \cdot \text{deff} + \% \text{ de perdas estimadas}$$

Onde:

n = Tamanho mínimo da amostra necessária para o estudo

N = Número da população de referência para 2009: 44.460

Z = nível de confiança (igual a 5%) expresso em desvios-padrão (1,96)

P = prevalência esperada do fenômeno a ser investigado na população: 50% (dados desconhecidos)

d = Erro amostral previsto (precisão): 4 pontos percentuais

deff = efeito do delineamento amostral do estudo, por conglomerados, estimado como igual a 2

% Perdas estimadas: 20%

% Controle de fatores de confusão: 15% (estudos de associação)

Assim, para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se a fórmula acima descrita, multiplicada por 2 (valor relativo ao efeito do delineamento estimado para amostra por conglomerados em dois estágios), sendo acrescidos 20% de perdas previstas e 15% para controle de fatores de confusão em estudos de associação, com os seguintes parâmetros: tamanho da população igual a 44.460, prevalência para o desfecho desconhecida (50%), nível de confiança de 95%, erro amostral igual a 4 pontos percentuais, tendo-se uma amostra final de 1.599 pessoas.

4.4.2 Seleção da amostra

O processo de seleção da amostra foi realizado por conglomerados em dois estágios. As unidades de primeiro estágio foram os setores censitários (unidades de recenseamento do IBGE

constituídos por 300 a 350 domicílios cada) e as unidades de segundo estágio foram os domicílios (SILVA, 2004).

De acordo com o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2000, o município de Florianópolis é composto por 460 setores censitários: 429 urbanos, 28 rurais, 2 áreas urbano-isoladas e 1 extensão urbano-favela. Para a presente pesquisa, selecionaram-se os setores urbanos, sendo que destes foram excluídos 9 setores por serem não-domiciliares, totalizando 420 setores censitários domiciliares (IBGE, 2000).

No primeiro estágio, todos os 420 setores censitários urbanos da cidade foram estratificados em ordem crescente de renda média mensal do chefe da família (R\$ 314,76 a R\$ 5.057,77), agregados em 10 grupos (decis) com 42 setores cada, sorteando-se sistematicamente 80 destes setores (oito setores em cada decil de renda), de forma a contemplar todos os grupos de renda.

As unidades de segundo estágio foram os domicílios. Uma etapa de atualização do número de domicílios em cada setor (arrolamento) fez-se necessária uma vez que o Censo mais recente havia sido realizado em 2000. Para tanto, os supervisores do estudo percorreram cada um dos setores censitários sorteados e realizaram a contagem de todos os domicílios habitados, obedecendo a normas do IBGE. Foram registrados apenas os endereços residenciais permanentemente ocupados. Esta etapa de atualização foi realizada pelos supervisores do estudo (alunos de pós-graduação), que percorreram os setores sorteados e procederam à contagem dos domicílios com o auxílio dos mapas fornecidos pelo IBGE, e por imagens baixadas pelo *Google Maps* e *Google Earth*. Esta etapa, além de possibilitar a obtenção da lista de domicílios atualizada por setor, permitiu que se conhecesse os limites geográficos, pontos de referência, condições das moradias e nível de segurança dos setores sorteados. Foram realizadas parcerias com as Unidades Locais de Saúde (ULS), que disponibilizaram agentes de saúde para entrada em setores de difícil acesso ou de risco potencial.

O número de domicílios por setor variou de 61 a 725. A fim de diminuir o coeficiente de variação do número de domicílios por setor, foi realizado o agrupamento de setores com menos de 150 domicílios, e que eram geograficamente próximos, e divisão dos setores com mais de 500 domicílios, respeitando o decil de renda correspondente, originando 83 setores censitários.

Tabela 2. Setores agrupados

Setor	Número de setores agrupados	Número de domicílios por setor	Decil de renda por setor
Centro	3	98 + 100 + 124	10; 8; 8
Daniela	2	61 + 80	8 e 9
Ingleses Sul	2	70 + 147	4; 5

Tabela 3. Setores divididos

Setor	Número de domicílios	Decil de renda	Número de setores resultantes após divisão
Carianos	587	5	2
Coqueiros	519	5	2
Ingleses Centro	534	3	2
João Paulo	475	8	2
Rio Tavares	469	3	2
Saco dos Limões	754	1	2
Trindade	725	6	2

A reorganização dos setores fez com que diminuísse o coeficiente de variação, que era de 52,7% (n=80 setores) e no final foi de 35,2% (n=83 setores), permitindo a obtenção de uma amostra auto-ponderada. Os 83 setores censitários foram compostos por um total de 22.846 domicílios.

Segundo o IBGE (2000), o número médio de moradores por domicílio equivale a 3,1. Como a faixa etária de interesse da pesquisa corresponde a aproximadamente 11% da população, obtêm-se em média, por setor censitário, 102 pessoas na faixa etária de interesse ou 1 idoso a cada três domicílios. Estimou-se, portanto, que deveriam ser visitados cerca de 60 domicílios por setor censitário, para se encontrarem os 20 idosos. Esses domicílios foram sorteados de forma sistemática e todos os idosos residentes nos domicílios sorteados foram considerados elegíveis para a pesquisa.

4.4.3 Critérios inclusão e exclusão

Participaram do estudo indivíduos com 60 anos ou mais de idade. Como critérios de exclusão foram considerados os idosos institucionalizados (asilos, hospitais, presídios).

4.5 INSTRUMENTO DE PESQUISA

Como o presente estudo fez parte do inquérito populacional EpiFloripa Idoso, que buscou analisar as condições de saúde da população idosa de Florianópolis, utilizou-se para a coleta de dados um questionário estruturado em forma de entrevista, contendo 276 questões, elaborado em conjunto por estudantes de Pós-Graduação em Saúde Pública, Educação Física e Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina, todos vinculados ao inquérito. O questionário foi formulado e elaborado conforme objetivo e interesse de pesquisa de cada pós-graduando, sendo que de preferência deveriam ser utilizados como base, questionários já validados. A etapa de elaboração e estruturação do questionário foi realizada durante reuniões semanais ocorridas entre os meses de março e agosto de 2009.

Após a finalização, o questionário foi estruturado nos seguintes blocos:

Quadro 1. Blocos do questionário do EpiFloripa Idoso 2009/10

Bloco	Tema
Bloco 1	Dados Cadastrais
Bloco 2	Geral - Socioeconômico e Demográfico
Bloco 3	Saúde Mental
Bloco 4	Condições de Saúde e Hábitos de Vida
Bloco 5	Capacidade Funcional e Quedas
Bloco 6	Morbidades
Bloco 7	Uso de serviços de saúde
Bloco 8	Saúde da Mulher
Bloco 9	Saúde Bucal
Bloco 10	Alimentação
Bloco 11	Atividade Física
Bloco 12	Percepção do ambiente relacionado à atividade física
Bloco 13	Uso de Medicamentos
Bloco 14	Violência contra idosos

4.5.1 Questionário de medicamentos

O questionário de medicamentos utilizado neste estudo (Anexo A) foi arquitetado com o intuito de obter informações sobre todos os medicamentos utilizados pelos entrevistados nos 30 dias anteriores à

entrevista, assim como os medicamentos não utilizados por algum motivo. Foi baseado no Formulário de Pesquisa Domiciliar de Acesso e Uso de Medicamentos da Organização Panamericana de Saúde e Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2005). O período recordatório de 30 dias foi utilizado por permitir a inclusão de dados sobre o acesso regular a medicamentos de uso contínuo (PANIZ *et al.*, 2008).

A partir da pergunta “Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) usou algum remédio?”, obteve-se a população que precisou utilizar algum medicamento no período de 30 dias anteriores à entrevista e que teve acesso a esse medicamento. Todo tipo de medicamento foi considerado, por indicação médica ou por iniciativa própria.

Para saber quais os medicamentos que foram utilizados, a entrevistadora solicitou que o entrevistado trouxesse todas as caixas/embalagens e/ou receita médica de medicamentos/remédios que utilizou nos últimos 30 dias. O nome do medicamento foi anotado como relatado pelo entrevistado somente se não houvesse receita ou caixa. Este procedimento foi adotado para minimizar um possível viés de memória, além de prevenir possíveis erros de grafia quando anotados os nomes dos medicamentos.

A seguir, foi perguntado se o medicamento era de uso contínuo ou esporádico. As entrevistadoras foram habilitadas para explicar ao entrevistado que se entende por uso contínuo as seguintes situações: medicamentos que são usados sempre pelo paciente, aqueles usados todos os dias, para os tratamentos de doenças crônicas ou incuráveis como por exemplo: remédio para a pressão, coração, diabetes, depressão, algumas doenças neurológicas e psiquiátricas e anticoncepcionais (pílula). Não se enquadram neste tipo de uso os medicamentos usados para resolver um problema de saúde momentâneo (uso eventual / doença aguda ou passageira), ligado a uma doença aguda. Exemplo: remédio para dor, febre, cólica, enjoo, infecção, conjuntivite, gripe. Também não se enquadram neste tipo de uso os medicamentos para tratamentos um pouco mais prolongados, mas que deixarão de ser usados quando a doença tiver fim (tempo limitado). Exemplo: infecções prolongadas, micoses, alergias, vitaminas, moderador do apetite. Por fim, também não se enquadram aqueles que estão sempre com a pessoa, para sintomas de problemas crônicos, mas que só são usados eventualmente. Exemplo: bombinha para falta de ar usada eventualmente por asmáticos; remédio sublingual usado só para uma emergência de problemas do coração; anti-

inflamatório usado por pessoas com reumatismo, mas só quando sentem dor.

Para cada medicamento relatado pelo entrevistado, foi perguntado para qual doença/problema de saúde ele foi utilizado, quem indicou o medicamento/remédio (se repetiu uma receita antiga; se a pessoa mesmo decidiu tomar o remédio; médico ou dentista do SUS; médico ou dentista particular ou do plano de saúde; farmacêutico ou o balconista da farmácia; enfermeiro, fisioterapeuta ou outro profissional da saúde; parentes, vizinhos ou amigos) e como o entrevistado o obteve (farmácia do posto/Policlínica/Hospital SUS; comprou; comprou e ganhou uma parte).

Para verificar o não acesso a medicamentos foi feita a seguinte pergunta: “Nesse período de 30 dias, o(a) Sr.(a) deixou de tomar algum remédio de que precisava?”, obtendo-se a população que precisou utilizar algum medicamento no período de 30 dias anteriores à entrevista e não conseguiu ter acesso a ele por algum motivo. Se a pessoa começou um tratamento, mas não o completou por algum motivo, também foi considerado um caso que deixou de tomar um medicamento de que precisava. Se a pessoa tinha o medicamento, mas deixou de tomá-lo porque estava fazendo mal ou porque não quis tomar, não foi considerado.

O procedimento de resposta das questões de não acesso foi o mesmo das questões de acesso com relação ao nome do medicamento, forma de uso e doença/problema de saúde. Como o entrevistado não teve acesso ao medicamento, provavelmente não tinha sua caixa/embalagem, porém solicitou-se que fosse mostrada a receita médica. O nome do medicamento foi anotado como relatado pelo entrevistado somente se não houvesse receita ou caixa.

Na pergunta “Qual o principal motivo de não ter conseguido o remédio?” foram verificados os motivos pelos quais a população não teve acesso aos medicamentos de que necessitava (não tinha na farmácia do posto/Policlínica/Hospital do SUS; receita vencida ou falta de receita; não tinha dinheiro).

A seguir, no caso do entrevistado ter procurado o prescritor quando não conseguiu o medicamento de que necessitava, perguntou-se “O que o(a) Sr.(a) fez quando não conseguiu o remédio?” (nada; procurou o médico/dentista; procurou outro posto de saúde; procurou um advogado) e “O que o médico/dentista fez?” (nada; trocou o remédio por outro mais barato/acessível; deu alguns remédios para um período curto de tratamento – amostra grátis; disse para procurar um

advogado), com o objetivo de verificar a atitude da população e dos prescritores frente ao não acesso a medicamentos.

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.6.1 Variáveis Dependentes - Desfecho

Variável “Acesso a medicamentos”

Para verificar o acesso ao medicamento foi utilizada a seguinte pergunta do questionário:

Nos últimos 30 dias, o sr.(a) usou algum remédio?

(0) Não

(1) Sim

(9) IGN

Para verificar o não acesso ao medicamento foi realizada a seguinte questão do questionário:

Neste período de 30 dias o(a) sr.(a) deixou de tomar algum remédio de que precisava?

(0) Não

(1) Sim

(9) IGN

Somente os indivíduos que responderam positivamente às opções “(3)” e “(4)” da seguinte pergunta é que tiveram seus medicamentos analisados (ou seja, somente foram analisados medicamentos prescritos por médicos).

Quem indicou este remédio?

(1) O (a) sr.(a) repetiu uma receita antiga

(2) O (a) sr.(a) mesmo decidiu tomar o remédio

(3) Médico ou dentista do SUS

(4) Médico ou dentista particular ou do plano de saúde

(5) Farmacêutico ou o balconista da farmácia

(6) Enfermeiro, Fisioterapeuta ou outro profissional da saúde

(7) Parentes, vizinhos ou amigos

(8) Outro (Especificar) _____

(88) NSA

(99) IGN

Existem 3 possibilidades de resultado:

1. Acesso Total, ou seja, indivíduos que obtiveram acesso a todos os medicamentos prescritos. Os

dados obtidos, portanto, foram dos indivíduos que responderam “(1) Sim” na primeira questão e “(0) Não” na segunda questão;

2. Acesso Parcial, ou seja, indivíduos que obtiveram acesso a parte dos medicamentos prescritos. Os dados obtidos, portanto, foram dos indivíduos que responderam “(1) Sim” na primeira questão e “(1) Sim” na segunda questão;

3. Não acesso, ou seja, indivíduos que não obtiveram acesso a nenhum dos medicamentos prescritos. Os dados obtidos, portanto, foram dos indivíduos que responderam “(0) Não” na primeira questão e “(1) Sim” na segunda questão.

A variável desfecho “ACESSO A MEDICAMENTOS” foi então definida de forma dicotômica:

1. Acesso total - indivíduos que obtiveram acesso a todos os medicamentos prescritos.
2. Não acesso - indivíduos que não obtiveram acesso a nenhum ou acesso parcial aos medicamentos prescritos.

Variável “Acesso a medicamentos através do SUS”

A variável “ACESSO A MEDICAMENTOS ATRAVÉS DO SUS” foi obtida da mesma forma que a variável anterior. Para verificar a principal forma de obtenção do medicamento, foi utilizada a seguinte pergunta do questionário:

Como conseguiu este remédio?

(1) Farmácia do Posto/Policlínica/Hospital SUS

(2) Comprou

(3) Comprou e ganhou uma parte

(4) Outro _____

(8) NSA

(9) IGN

Foi definida, portanto, uma segunda variável desfecho de forma dicotômica – “ACESSO A MEDICAMENTOS ATRAVÉS DO SUS”:

1. Acesso a medicamentos através do SUS - Indivíduos que relataram conseguir pelo menos um dos

medicamentos utilizados nos último 30 dias gratuitamente através do Sistema Único de Saúde;

2. Não acesso a medicamentos através do SUS - Indivíduos que relataram conseguir seus medicamentos através de qualquer outro meio (compra ou amostra grátis).

4.6.2 Variáveis Independentes

Variáveis demográficas e socioeconômicas

- Sexo (observado pelo entrevistador);
- Cor da pele auto-referida (branca; parda; preta);
- Idade (em anos completos no momento da pesquisa);
- Grau de escolaridade (em anos de estudo com aprovação);
- Renda familiar *per capita* em quartis (referida através da informação do total de ganhos mensal de todos os residentes no domicílio, dividida pelo número de moradores do domicílio, em reais).

Variáveis de condições de saúde e utilização dos serviços de saúde

- Grau de dependência: foi verificado pela presença ou não de cuidador, além da capacidade funcional do idoso, por meio da aplicação da escala de atividades da vida diária (AVD), composta por 15 atividades: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro em tempo, deitar/levantar-se da cama ou cadeira, alimentar-se sozinho, pentear-se, cortar as unhas dos pés, subir um lance de escada, andar no plano (atividades básicas para a manutenção corporal ou atividades pessoais – AVDP), preparar refeições, subir escadas, pegar ônibus, ir andando a um lugar perto de sua casa, tomar remédios na hora certa e fazer limpeza de casa (atividades básicas para o convívio independente na comunidade ou instrumentais – AVDI). Para a classificação da capacidade funcional, foram adotados os seguintes critérios: 1) ausência de dependência – incapacidade/dificuldade em nenhuma das atividades; 2) presença de dependência leve - incapacidade/dificuldade de 1 a 3 atividades; 3) presença de dependência moderada/grave – incapacidade/dificuldade em 4 ou mais atividades (ROSA et al., 2003);
- Presença de doenças crônicas (referidas pelo entrevistado);
- Possuir ou não plano de saúde;
- Realização de consulta com médico nos últimos 3 meses;

- Número de medicamentos utilizados (um; dois a três; quatro a cinco; seis ou mais).

Variáveis relacionadas aos medicamentos

- Utilização de medicamentos (referente aos 30 dias anteriores à entrevista);

- Medicamentos obtidos (nome comercial dos medicamentos, conforme embalagem, receita médica ou relato do paciente);

- Forma de utilização do medicamento obtido (contínuo ou esporádico);

- Quem indicou o medicamento obtido (se repetiu uma receita antiga; se a pessoa mesmo decidiu tomar o remédio; médico ou dentista do SUS; médico ou dentista particular ou do plano de saúde; farmacêutico ou o balconista da farmácia; enfermeiro, fisioterapeuta ou outro profissional da saúde; parentes, vizinhos ou amigos);

- Forma de obtenção do medicamento (farmácia do posto/Policlínica/Hospital SUS; comprou; comprou e ganhou uma parte);

- Não utilização de medicamentos (medicamentos que deveriam ter sido utilizados nos 30 dias anteriores à entrevista, mas por algum motivo não o foram)

- Medicamentos não obtidos (nome comercial dos medicamentos, conforme embalagem, receita médica ou relato do paciente);

- Forma de utilização do medicamento não obtido (contínuo ou esporádico);

- Quem indicou o medicamento não obtido (repetiu uma receita antiga; a pessoa mesmo decidiu tomar o remédio; médico ou dentista do SUS; médico ou dentista particular ou do plano de saúde; farmacêutico ou o balconista da farmácia; enfermeiro, fisioterapeuta ou outro profissional da saúde; parentes, vizinhos ou amigos);

- Motivo da não obtenção do medicamento (não tinha na farmácia do SUS; não tinha dinheiro; falta de receita médica);

- Atitude frente a não obtenção do medicamento (nenhuma atitude; procurou novamente o médico; procurou outro posto de saúde; procurou um advogado);

Tabela 4. Variáveis independentes demográficas, socioeconômicas, condições de saúde e utilização dos serviços de saúde

Variável		Definição	Tipo de Variável
Sexo		Masculino/feminino	Qualitativa dicotômica
Cor da pele		Branca/Parda/Preta	Qualitativa politômica nominal
Idade (anos completos)		60 a 69/70 a 79/80 ou mais	Quantitativa discreta
Grau de escolaridade (anos de estudo)		0 a 4/5 a 8/9 a 11/12 ou mais	Quantitativa discreta
Renda familiar <i>per capita</i>		1º quartil: ≤ R\$ 327,50/2º quartil: > R\$ 327,50 a R\$ 700,00/3º quartil: > R\$ 700,00 a R\$1500,00/4º quartil: > R\$ 1500,00	Quantitativa contínua
Grau de dependência	Possui cuidador	Sim/Não	Qualitativa dicotômica
	Capacidade funcional do idoso	Ausência de dependência (incapacidade/dificuldade em nenhuma das atividades)/ Dependência leve (incapacidade/dificuldade para realizar 1-3 atividades)/Dependência moderada/grave (incapacidade/dificuldade em quatro ou mais atividades)	Qualitativa politômica nominal
Doença crônica		Sim/Não	Qualitativa dicotômica
Uso de serviços de saúde	Pos sui plano de saúde	Sim/Não	Qualitativa dicotômica
	Con sultou com médico nos últimos 3 meses	Sim/Não	Qualitativa dicotômica
Número de medicamentos utilizados		Um/dois a três/quatro a cinco/seis ou mais	Quantitativa discreta

Tabela 5. Variáveis relacionadas aos medicamentos

Variável	Definição	Tipo de Variável
Utilização de medicamentos	Sim/Não	Qualitativa dicotômica
Medicamentos obtidos	Questão aberta	Qualitativa politômica nominal
Forma de utilização do medicamento obtido	Contínuo/esporádico	Qualitativa dicotômica
Quem indicou o medicamento obtido	repetiu uma receita antiga/a pessoa mesmo decidiu tomar o remédio/médico ou dentista do SUS; médico ou dentista particular ou do plano de saúde/farmacêutico ou o balconista da farmácia/enfermeiro, fisioterapeuta ou outro profissional da saúde/parentes, vizinhos ou amigos	Qualitativa politômica nominal
Forma de obtenção do medicamento	Farmácia do posto/Policlínica/Hospital SUS;/comprou/ comprou e ganhou uma parte	Qualitativa politômica nominal
Medicamentos não obtidos	Questão aberta	Qualitativa politômica nominal (questão aberta)
Forma de utilização do medicamento não obtido	Contínuo/esporádico	Qualitativa dicotômica
Quem indicou o medicamento não obtido	repetiu uma receita antiga/a pessoa mesmo decidiu tomar o remédio/médico ou dentista do SUS; médico ou dentista particular ou do plano de saúde/farmacêutico ou o balconista da farmácia/enfermeiro, fisioterapeuta ou outro profissional da	Qualitativa politômica nominal

	saúde/parentes, vizinhos ou amigos	
Motivo da não obtenção do medicamento	não tinha na farmácia do SUS/ não tinha dinheiro/falta de receita médica	Qualitativa politômica nominal
Atitude frente a não obtenção do medicamento	nenhuma atitude/procurou novamente o médico/procurou outro posto de saúde/procurou um advogado	Qualitativa politômica nominal

4.7 BANCO DE MEDICAMENTOS

A relação dos medicamentos utilizados pelos idosos do município de Florianópolis foi obtida através das seguintes perguntas do questionário:

Nos últimos 30 dias, o sr.(a) usou algum remédio?

(0) Não

(1) Sim

(9) IGN

Qual o nome do remédio?

REMI _____ Dosagem _____ Aprese
ntação _____

(8) NSA

(9) IGN

Foram incluídos no banco todos os medicamentos industrializados, assim como as fórmulas magistrais. Foram excluídos os medicamentos homeopáticos, os florais de Bach, chás e tinturas, por não possuírem uma formulação clara.

Ainda, para a realização das análises dos medicamentos, foram excluídos aqueles não prescritos por médico, assim como aqueles com mais de 2 associações, fitoterápicos, vitaminas/suplementos, hormônios femininos (pela variabilidade de fórmulas existentes no mercado, o que impossibilita uma comparação direta entre os medicamentos), lubrificantes oculares, curativos, produtos de higiene, cosméticos, alimentos (fibras e probióticos), além de nomes incompreensíveis/inexistentes.

A coleta de dados foi realizada pelo nome comercial dos medicamentos, conforme embalagem ou receita médica, gerando um banco com 6.533 nomes de medicamentos diferentes. Para organização e classificação dos mesmos, verificou-se a substância ativa de cada medicamento através do site www.consultaremedios.com.br. Para a padronização dos medicamentos conforme substância ativa e indicação de uso, os medicamentos também foram classificados conforme critérios estabelecidos pelo sistema de classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) criado pela WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology.

Nesse sistema de classificação, os medicamentos são divididos em diferentes grupos, de acordo com o local onde atuam e sua função no organismo. Existem 5 níveis de classificação, conforme exemplo abaixo, utilizando o medicamento metformina, que obtém o código A10BA02 ao final da classificação:

A - Trato Alimentar e Metabolismo (1º nível, classificação anatômica)

A10 - Medicamentos utilizados na Diabetes (2º nível, grupo terapêutico)

A10B - Hipoglicemiantes orais, excluindo as insulinas (3º nível, grupo farmacológico)

A10BA – Biguanidas (4º nível, grupo químico)

A10BA02 – Metformina (5º nível, substância química)

Os produtos em uso, com mais de um fármaco, foram enquadrados na categoria terapêutica da principal substância ativa; produtos com diferentes ações farmacológicas foram classificados levando-se em consideração a condição para a qual foram prescritos ou utilizados (ex.: ácido acetilsalicílico em pacientes com insuficiência coronariana foi classificado como antiagregante plaquetário e não como analgésico). Para a classificação, não foram consideradas as formas de absorção (retard, etc.), concentração e forma farmacêutica.

A partir da relação dos medicamentos prescritos por médico, os mesmos também foram classificados em constantes ou não na REMUME. No caso de medicamentos que não constassem na REMUME, foi verificado se existia alguma alternativa terapêutica a este medicamento, da mesma classe farmacológica (nível 3) ou grupo químico (nível 4), através do código ATC do medicamento.

A REMUME do município de Florianópolis, referente ao período da realização das entrevistas (setembro de 2009 a junho de 2010), foi fornecida pela Gerência de Assistência Farmacêutica da

Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do município de Florianópolis.

A RENAME 2008 foi o modelo de lista de medicamentos essenciais considerada como satisfatória, para efeito de comparação.

4.8 LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO

4.8.1 Equipe de trabalho

A equipe de trabalho da pesquisa contou com a coordenadora do inquérito, Professora Doutora Eleonora d'Orsi, do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, uma supervisora geral da pesquisa, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC, por 11 supervisores (mestrandos e doutorandos dos departamentos de Saúde Pública, Nutrição e Educação Física da UFSC), uma secretária executiva, uma bolsista do curso de Medicina, que auxiliou na organização do trabalho e controle de materiais e, por fim pelas entrevistadoras contratadas.

4.8.2 Seleção e treinamento das entrevistadoras

A seleção e treinamento da equipe de entrevistadoras foram realizados pelos coordenadores e supervisores do estudo. Para padronizar e facilitar as entrevistas, foi elaborado um manual de instruções para a equipe de campo. Todas as aplicações das entrevistas neste estudo foram remuneradas.

Para compor a equipe de campo, foram selecionadas 20 entrevistadoras do sexo feminino, com no mínimo ensino médio completo. Todas as entrevistadoras participaram de um treinamento padronizado, que tinha como objetivo principal desenvolver as técnicas de entrevistas e que constava das seguintes etapas:

- Etapa 1: parte expositiva, que teve como objetivo fazer a apresentação geral do projeto, discussão sobre o trabalho das entrevistadoras, contemplando a carga horária exigida e a remuneração; explicação do instrumento e do manual de campo com o intuito de discutir detalhadamente a interpretação e compreensão das questões de cada bloco do questionário preparando a entrevistadora para ter uma melhor abordagem e postura perante os entrevistados; esclarecer os critérios de elegibilidade, perdas e recusas. Por fim, nesta etapa também foi realizado o treinamento com o *Personal Digital*

Assistants (PDA), onde foram passadas todas as instruções sobre o funcionamento deste aparelho, bem como foram realizadas simulações para que as dúvidas e possíveis eventualidades fossem contempladas e resolvidas. O estudo contou com o apoio de uma equipe do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que esteve presente para dar explicações sobre os setores censitários, a melhor forma de fazer a abordagem inicial nos domicílios sorteados, o correto manuseio do PDA, bem como relatar as experiências e dificuldades do trabalho de campo durante a realização dos censos.

- Etapa 2: padronização e calibração das medidas antropométricas (massa corporal, estatura, perímetros da cintura, do quadril e panturrilha) e de pressão arterial realizadas no estudo. As entrevistadoras foram treinadas extensivamente para a realização destas medidas por pós-graduandos de Educação Física e Nutrição, que tinham experiência sobre os procedimentos e protocolo para as mensurações. Todas as medidas realizadas pelas entrevistadoras foram comparadas as de um avaliador experiente, e durante este processo foram realizadas todas as correções necessárias.

- Etapa 3: avaliação final para a seleção da equipe de campo do estudo. Consistiu de uma prova teórica composta por questões objetivas que contemplavam todo o conteúdo abordado no treinamento, que exigia uma nota mínima de 7.0. E, por fim, cada entrevistadora realizou uma entrevista em domicílio localizado em setor não sorteado para o estudo, acompanhada de um supervisor do estudo.

Dessa forma, a seleção das entrevistadoras consistiu em uma avaliação geral sobre seu desempenho durante todo o processo de treinamento, bem como a prova teórica e a entrevista supervisionada. Procurou-se, entre tantos aspectos, viabilizar a padronização da coleta de dados, tentando minimizar possíveis erros e ações que pudessem prejudicar a qualidade das informações coletadas.

4.8.3 Pré-Teste

Realizou-se o pré-teste no mês de junho de 2009, do qual participaram 20 idosos de diversos níveis de escolaridade, residentes em setores não sorteados para a pesquisa. O objetivo foi testar a compreensão das questões por parte dos entrevistados, a qualidade das informações coletadas e o instrumento utilizado para a coleta de dados, o *Personal Digital Assistants (PDA)*. Com base nos resultados obtidos nesta etapa, foram realizadas adaptações no formato original

do questionário, com o intuito de facilitar a compreensão e reduzir o tempo de entrevista.

4.8.4 Estudo Piloto

O estudo piloto foi realizado no mês de agosto de 2009, em setores censitários não sorteados para compor a amostra e fez parte da etapa de avaliação final das entrevistadoras. Nesta etapa, as candidatas foram avaliadas em situação prática de coleta de dados, sendo acompanhadas por um supervisor do estudo. Foram entrevistadas cerca de 100 pessoas, sendo 56,8% do sexo feminino e 43,2% do sexo masculino, com a média de idade de 70,68 anos. Esta etapa permitiu uma avaliação geral do questionário bem como dos aspectos operacionais do estudo.

4.8.5 Coleta de dados

Todas as entrevistas deste estudo foram realizadas com o auxílio do Personal Digital Assistants (PDA), um computador de dimensões reduzidas onde as informações são coletadas e armazenadas. O PDA tem interconexão com computadores convencionais, os dados são exportados diretamente para os computadores para a construção do banco de dados, dispensando a etapa da digitação e com isso reduzindo os possíveis erros que acontecem durante esta etapa.

Antes do início das coletas, houve uma ampla divulgação da pesquisa para que a população tivesse conhecimento da sua realização. Assim, foram divulgadas pelos coordenadores e supervisores da pesquisa todas as informações pertinentes à comunidade pelos meios de comunicação, como telejornal local, programas de rádio e no núcleo de idoso localizado na Universidade Federal de Santa Catarina.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro de 2009 e junho de 2010, totalizando dez meses de pesquisa. Esta coleta foi realizada por meio de entrevistas individuais nos domicílios sorteados, em duas etapas: primeiramente os supervisores foram aos setores designados a cada entrevistadora e distribuíram as cartas de apresentação do estudo (Anexo - B) aos domicílios sorteados, no caso de estes domicílios serem apartamentos, primeiramente foi entregue uma carta de apresentação ao condomínio (Anexo - C). Os supervisores também colocaram os cartazes de apresentação do estudo (Anexo - D) em locais estratégicos do setor, como postos de saúde, comércio, igrejas, centro de convivência de idosos, entre outros.

Posteriormente a esta etapa, as entrevistadoras foram enviadas aos setores selecionados para a realização da coleta dos dados.

Para realizar a coleta, foi entregue a cada entrevistadora um mapa do setor pelo qual a mesma estava responsável, bem como a lista dos domicílios sorteados. A entrevistadora realizou a identificação de todos os domicílios sorteados do setor e o número de elegíveis em cada domicílio, para então dar início às entrevistas propriamente ditas. Foi solicitado que as entrevistadoras realizassem em média 10 entrevistas por semana, tentando não ultrapassar o tempo de uma hora e meia de permanência nos domicílios.

Em caso de dúvidas por parte da entrevistadora durante a coleta dos dados, ela teve a possibilidade de recorrer ao Manual de Instruções ou ao seu supervisor. Imediatamente após cada entrevista, as entrevistadoras foram instruídas a revisar as respostas para verificar se estas estavam completas. Cada entrevistadora foi supervisionada por um aluno de mestrado ou doutorado dos programas de Pós-Graduação em Saúde Pública, Educação Física e Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina, todos envolvidos na pesquisa.

4.8.6 Perdas e recusas

Foram consideradas como perdas os casos de idosos não localizados após quatro visitas, sendo pelo menos uma no período noturno e duas no final de semana, além daqueles que se encontravam impossibilitados de responder por motivo de viagem ou internação hospitalar.

Foram considerados como recusas os casos de sujeitos que se negaram a responder o questionário por opção pessoal. Nestes casos, foram realizadas mais duas tentativas, em horários diferentes, pela entrevistadora. As recusas e perdas não foram substituídas.

As entrevistadoras foram orientadas a, inicialmente, percorrerem todos os domicílios sorteados identificando o número de elegíveis. Nos casos em que não houvesse um número mínimo de 20 idosos elegíveis nos domicílios sorteados daquele setor, as entrevistadoras eram orientadas a dirigirem-se ao domicílio imediatamente à direita (sentido horário) e seus moradores, caso fossem da faixa etária em estudo, eram convidados a fazerem parte da pesquisa.

4.8.7 Suporte Técnico

Foram realizadas reuniões semanais entre a coordenadora da pesquisa e os supervisores para atualização das informações, resolução de problemas enfrentados no campo, revisão das entrevistas e relato do andamento da coleta, visando à resolução de problemas enfrentados no trabalho de campo com a maior brevidade possível.

Durante a realização do trabalho de campo, os supervisores, com a orientação da coordenadora do projeto, acompanharam diretamente o trabalho das entrevistadoras por meio de contato periódico. Ficou estipulado que cada supervisor teria no máximo duas entrevistadoras sob sua responsabilidade. Para isto, seguiram uma lista de tarefas que incluíam: reunião semanal com as entrevistadoras para discussão de dúvidas e recebimento das entrevistas; revisão dos questionários concluídos, das fichas de perdas e recusas e dos diários de campo; fornecimento de material e de novos setores; discussão e resolução das dúvidas e dificuldades; registro do recebimento de questionários e da saída de material; correções de inconsistências nas entrevistas e acompanhamento das entrevistadoras em setores e domicílios com dificuldade de acesso.

Para auxiliar esta etapa, foi organizada uma escala semanal de plantões dos quais participavam os mestrandos e doutorandos que estiveram à disposição da equipe de entrevistadoras para resolução de qualquer problema que surgisse durante o trabalho de campo.

4.9 ANÁLISE DE INCONSISTÊNCIAS

Semanalmente, após a entrega das entrevistas, houve a verificação da consistência dos dados, realizando a frequência simples dos dados e comparando-se ao esperado. Assim, respostas incongruentes eram identificadas e anotavam-se as modificações que deveriam ser realizadas e repassavam-se essas informações aos supervisores para que resolvessem o problema com a entrevistadora responsável. Após as devidas correções, o supervisor deveria alterar as variáveis no banco de dados de suas respectivas entrevistadoras e encaminhar as correções ao responsável pelo banco final. Verificadas e corrigidas as inconsistências, obteve-se em definitivo o banco de dados do estudo.

4.10 CONTROLE DE QUALIDADE

Para efeito de controle de qualidade, foram sorteadas aleatoriamente 10% das entrevistas para a aplicação de um questionário resumido contendo perguntas-chave (Anexo - E), via telefone. Este controle foi realizado pelo supervisor responsável pelo setor e buscou verificar possíveis erros, respostas falsas, a concordância das respostas a algumas questões e a adequada aplicação da entrevista bem como a postura das entrevistadoras em relação aos entrevistados. O principal objetivo do controle de qualidade não foi validar as questões, mas garantir que as entrevistas estavam sendo aplicadas na íntegra e adequadamente, assegurando a confiabilidade do trabalho das entrevistadoras.

Posteriormente à finalização do controle de qualidade, foi aplicado o teste *Kappa*, visando o cálculo de reprodutibilidade de algumas questões do presente estudo. Conforme o controle de qualidade, verificou-se que a reprodutibilidade de algumas questões foram consideradas satisfatórias, com valores de *Kappa* 0,3 a 0,9, sendo que a maioria apresentou reprodutibilidade de boa a excelente.

Quadro 2. Valores de *Kappa* da reprodutibilidade de algumas questões

Questões	<i>Kappa</i>	<i>p</i>
O Sr. (a) estudou na escola	0,5	< 0,001
Como o Sr. (a) considera a cor da sua pele, raça ou etnia?	0,6	< 0,001
Quantas pessoas vivem com o Sr. (a)?	0,3	< 0,001
No último ano, o Sr. (a) tomou vacina contra gripe?	0,8	< 0,001
Algum médico ou profissional da saúde já disse que o Sr.(a) tem diabetes?	0,8	< 0,001
Existem calçadas na maioria das ruas perto de sua casa?	0,3	< 0,001
Lembrando dos seus dentes de baixo, o Sr. (a) tem?	0,7	< 0,001
Nos últimos três meses o Sr. (a) consultou com médico?	0,4	< 0,001
Com que frequência o Sr. (a) toma bebidas alcoólicas?	0,6	< 0,001
Nos últimos 30 dias o Sr. (a) usou algum remédio?	0,5	< 0,001
O Sr. (a) fuma ou fumou cigarros?	0,8	< 0,001
O Sr. (a) tem plano de saúde particular, de	0,6	< 0,001

empresa ou órgão público?		
Só para mulheres: A Sra. Já ouviu falar do exame de mamografia?	0,9	< 0,001

4.11 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sendo aprovado em 23/12/2008 sob nº 352/2008.

Após uma explicação geral dos objetivos da pesquisa e dos procedimentos a serem realizados, foi solicitado aos entrevistados a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo - F) para a realização da entrevista. Foi garantida a confidencialidade das informações, a participação voluntária e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificativa. Tendo todas suas dúvidas esclarecidas, os entrevistados eram convidados a assinar o termo de consentimento, ficando com uma cópia. A via assinada foi arquivada na sede do estudo.

4.12 FINANCIAMENTO

O projeto original que deu origem a este estudo, intitulado “Condições de saúde da população idosa do município de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional, 2008”, coordenado pela Professora Eleonora d’Orsi, obteve financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob processo número 569834/2008 2, do Edital/Chamada nº 06/2008 Faixa B, sendo concedido auxílio financeiro no valor de **Custeio:** R\$ 50.000,00, **Capital:** R\$ 9.000,00, **Valor Global:** R\$ 59.000,00

4.13 ANÁLISE DOS DADOS

O banco de dados foi descarregado no formato csv e posteriormente os dados foram exportados para o programa STATA 9.0. A análise dos dados foi realizada de acordo com as seguintes etapas:

4.13.1 Análise Descritiva

Todas as variáveis do estudo foram analisadas de forma descritiva por meio de frequência absoluta e relativa. A estatística descritiva incluiu cálculos de proporções e intervalos de confiança de 95% para variáveis categóricas, e médias e desvios-padrão para as numéricas

A análise descritiva caracterizou a amostra de idosos conforme as variáveis investigadas e descreveu a prevalência de acesso a medicamentos. Além disso, descreveu as informações sobre os medicamentos prescritos aos idosos do município.

4.13.2 Análise Bivariada e Múltipla

Utilizou-se o pacote estatístico Stata 9.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos) e todas as análises consideraram o efeito do desenho amostral por meio do comando *svy*, projetado para a análise de dados provenientes de amostras complexas.

A análise bivariada foi utilizada para verificar a prevalência de acesso comparada com as variáveis independentes. Aquelas variáveis que no modelo bivariado apresentaram valor de $p < 0,20$ foram incluídas na análise multivariável; permanecendo no modelo final as variáveis com valor de $p < 0,05$.

Para a estimativa ajustada de razões de prevalência, a análise multivariada foi realizada através de regressão de Poisson, com nível de significância de 95%.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A. *et al.* Utilização de medicamentos por aposentados brasileiros. 1 – Metodologia e resultados de cobertura de inquérito multicêntrico. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(1):87-96, jan, 2006

ACURCIO, F. A. *et al.* **Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos.** *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2009, vol.55, n.4, pp. 468-474. ISSN 0104-4230.

BARROS, J. A. C. Políticas Farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde? Brasília: UNESCO, 2004

BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J.D.; HALLAL, P.C; LIMA, R.C. **Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais.** *Rev. Saúde Pública* 2004; 38(2):228-38-9

BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2003.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei Orgânica da Saúde n° 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos.** Brasília, 1998.

BRASIL. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais : RENAME 2000/** Gerência de Assistência Farmacêutica. Brasília : Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução n° 338, de 6 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.** Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/pnaf.pdf> >. Acesso em 10 nov. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para sua organização**. 2º Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 2006b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

BRASIL. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2008**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Portaria nº 2.982 de 26 de novembro de 2009**. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil PG-71/120 SEÇÃO -1 DE 01.12.09, Brasília, 2009a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Portaria nº 2.981 de 26 de novembro de 2009**. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil 228 PG-725/774 SEÇÃO 1 DE 30.11.09, Brasília, 2009b

BRASIL. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2010/ Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

CARVALHO, M.F. *et al.* **Características da utilização de medicamentos na população brasileira, 2003** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21 Sup:S100-S108, 2005

COELHO FILHO, J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. **Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil.** Rev. saúde pública;38(4):557-564, ago. 2004.

DEAN, A.G. *et al.* **Epi Info, version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers.** Atlanta, Georgia, USA: Centers for Disease Control and Prevention; 1994.

FISCHER- PÜHLER, P. O acesso ao fármaco. In: NEGRI, B., EVIANA, A.L.A., organizadores. **O Sistema Único de Saúde em Dez anos de desafios.** São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002.

FLORES, L.M. & MENGUE, S.S. **Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil.** Rev. Saúde Pública 2005; 39(6):924-9

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2000.** Disponível em: <
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>>. Acesso em dezembro de 2009.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil das Despesas no Brasil - indicadores selecionados. Os 10% mais ricos gastam dez vezes mais que os 40% mais pobres.** Comunicação Social. Rio de Janeiro, 2007a. In:
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=961

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sociodemográficos de Saúde no Brasil – 2009.** Estudos e Pesquisas

- Informação Demográfica e Socioeconômica número 25. Rio de Janeiro, 2009a

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas populacionais para o TCU. Estimativas da população para 1º de julho de 2009.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf>. Acesso em setembro de 2009b.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2008. Um Panorama da Saúde no Brasil. Acesso e Utilização dos Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco e Proteção à Saúde.** Rio de Janeiro, 2010

IDEC - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. **Relatório Técnico Referente à Pesquisa de Acesso aos Medicamentos Essenciais pelo Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2002

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **PNAD 2009 – Primeiras Análises: Tendências Demográficas.** Comunicados do UPEA n° 64. Brasília, 2010

KORNIS, G. E. M.; BRAGA, M.H. ; ZAIRE, C. E. F. **Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006).** Rev. APS, v. 11, n. 1, p. 85-99, jan./mar. 2008

LIMA, M.G. *et al.* **Composição dos gastos privados com medicamentos utilizados por aposentados e pensionistas com idade igual ou superior a 60 anos em Belo Horizonte.** Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(6):1423-1430, jun, 2007

LOYOLA FILHO, A.I., UCHÔA E., FIRMO J.O.A., LIMA-COSTA M.F.F. **Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí.** *Cad Saude Publica.* 2005;21(2):545-53. doi:10.1590/ S0102-311X200500020002

LOYOLA FILHO, A.I. *et al.* **Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região**

Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(12):2657-2667, dez, 2006

LOYOLA FILHO, A.I. *et al.* **Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí.** *Rev Saúde Pública* 2008;42(1):89-99

LUIZA, V.L. **Acesso a Medicamentos Essenciais no Estado do Rio de Janeiro** [Tese de Doutorado], Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

LUZ, T. C. B.; LOYOLA FILHO, A.I. and LIMA-COSTA, M. F. **Estudo de base populacional da subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.7, pp. 1578-1586. ISSN 0102-311X

LYRA JUNIOR, D. P. *et al.* **A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2006, vol.14, n.3, pp. 435-441. ISSN 0104-1169.

MARIN, N.; LUIZA, V.L.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C.G.S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais.** Rio de Janeiro, OPAS/OMS, 2003.

MOSEGUI, G.B.G.; ROZENFELD, S.; VERAS, R. P.; VIANNA, C.M.M. **Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 1999, vol.33, n.5, pp. 437-444. ISSN 0034-8910.

MEDEIROS-SOUZA, P.; SANTOS-NETO, L. L.; KUSANO, L. T. E. and PEREIRA, M. G. **Diagnosis and control of polypharmacy in the elderly.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.41, n.6, pp. 1049-1053. Epub Nov 01, 2007. ISSN 0034-8910.

MEDRONHO, R. A. *et al.* *Epidemiologia I.* São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

NAVES, J.O.S. & SILVER, L.D. **Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil.** Rev. Saúde Pública 2005; 39 (2): 223-30

OLIVEIRA, B. B. **Investigações de acesso a medicamentos em nível domiciliar: um estudo comparativo de iniciativas realizadas no Brasil entre 2002 e 2004.** [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz 2007a

OLIVEIRA, M.A.; BERMUDEZ, J.A.Z.; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S. **Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007b

OLIVEIRA, C.A.P. *et al.* **Caracterização dos medicamentos prescritos aos idosos na Estratégia Saúde da Família.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(5):1007-1016, mai, 2009

PANIZ, Vera Maria Vieira et al. **Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.2, pp. 267-280. ISSN 0102-311X.

PENCHANSKY, D.B.A., THOMAS. J.W. **The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction.** *Med Care* 1981; 19: 127-40.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2003.** Disponível em <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>. Acesso em fevereiro de 2010.

RIBEIRO, A.Q. *et al* **Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG** Rev Saúde Pública 2008;42(4):724-32

ROSA, T.E.C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

ROZENFELD, S. **Prevalência, fatores associados e mal uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão.** *Cad Saúde Pública* 2003; 19:717-24.

SA, M. B. E.; BARROS, J. A. C. ;SA, M.P.B.O. **Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE.** *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2007, vol.10, n.1, pp. 75-85. ISSN 1415-790X.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 164/CIB/10.** Florianópolis, 2010

SANTOS, D.B; BARRETO, M.L; COELHO, H.L.L. **Utilização de medicamentos e fatores associados entre crianças residentes em áreas pobres.** *Rev. Saúde Pública*, 2009;43 (5) ISSN 0034-8910

SECOLI, S. R. **Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2010, vol.63, n.1, pp. 136-140. ISSN 0034-7167. doi: 10.1590/S0034-71672010000100023.

SILVA, REGINA CÉLIA DOS SANTOS. **Medicamentos Excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil.** Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro : s.n., 2000.

SILVA, N.N. **Amostragem probabilística. Um curso introdutório.** 2ª ed. São Paulo: EDUSP; 2004, 120p.

TAMBLYN, R. **Medication use in seniors: challenges and solutions.** *Therapie* 1996; 51:269-82.

TRAVASSOS, C. ;MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, suppl.2, pp. S190-S198. ISSN 0102-311X.

VIEIRA, F. S. & ZUCCHI, P. **Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.41, n.2, pp. 214-222. ISSN 0034-8910.

WANNMACHER, L. **Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto.** *Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados.* ISSN 1810-0791 Vol. 3, Nº 2 Brasília, janeiro de 2006
In: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/med_essenciais.pdf
Acesso em 07/06/2009

WHO (World Health Organization). **The Use of Essential Drugs. Ninth Report of the WHO Expert Committee**, WHO Technical Report Series 895. Geneva: 2000.

WHO (World Health Organization). *Report on the 12th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines*. Technical Report Series No. 914. Geneva:, 2002.

WHO - World Health Organization. **The world medicines situation**. Geneva; 2004.

WHO (World Health Organization). **WHO Medicines Strategy 2008-2013 Draft**. Geneva, 2008

WHO (World Health Organization). **WHO Model List of Essential Medicines. 16th Edition, revised March 2009**. In: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>

ARTIGOS CIENTÍFICOS

PRIMEIRO ARTIGO

Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional

Prevalence and associated factors on access to medication among the elderly in a southern city in Brazil: a population-based study

Título corrido: Acesso a medicamentos pelos idosos em capital do sul do Brasil

Running title: Access to medication among the elderly in a southern city in Brazil

Marina Meneses Aziz¹

Eleonora D'Orsi¹

Maria Cristina Calvo¹

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil;

Correspondência:

Eleonora D'Orsi

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Centro de Ciências da Saúde

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário – Trindade

Florianópolis – SC

88010-970

E-mail: eleonora@ccs.ufsc.br

Tel: 55 48 37219388

Fax: 55 48 37219842

Palavras-chave: Idoso; Acesso aos Serviços de Saúde; Uso de Medicamentos; Estudos Transversais, Sistema Único de Saúde

Resumo:

O presente estudo tem por objetivo descrever a prevalência, fatores associados e a forma de acesso aos medicamentos prescritos aos idosos residentes na área urbana do município de Florianópolis. Foi realizado um estudo transversal populacional de base domiciliar em uma amostra de 1.469 indivíduos (taxa não-resposta 10,8%). Os dados foram analisados, por meio de regressão de Poisson, sob duas perspectivas: do acesso a medicamentos em geral e do acesso a medicamentos através do SUS. Os resultados foram, respectivamente, 95,8% (IC_{95%} 94,7–96,8) e 50,3% (IC_{95%} 47,7–52,8). Observou-se que ocorre menor acesso a medicamentos quanto maior a dependência funcional, maior o número de doenças crônicas e quando há realização de consulta médica. Acessam mais os medicamentos através do SUS indivíduos de cor da pele parda ou negra, menor idade, pior escolaridade, pior renda, maior número de doenças crônicas, ausência de plano de saúde privado e realização de consulta médica nos últimos três meses. Estes resultados mostram que o SUS vem cumprindo seu papel na universalização do acesso aos medicamentos no município de Florianópolis.

Keywords: Aged; Health Services Accessibility; Drug Utilization; Cross-Sectional Studies, Single Health System

Abstract:

This study aims to describe the prevalence, factors associated and the way of access to prescription drugs for the elderly in the urban area of the city of Florianópolis. A cross-sectional population based household survey was conducted in the sample of 1.469 individuals (non-response rate 10.8%). The data was analyzed, using Poisson regression, from two perspectives: access to medicines in general and access to medicines through Public Health System (SUS). The results were, respectively, 95,8% (IC_{95%} 94,7–96,8) e 50,3% (IC_{95%} 47,7–52,8). It was observed that was a lower access to medicines as more functionally dependency, more chronic diseases and at least one medical visit in the last three months. Access to medicines through SUS was associated with brown or black skin, younger age, lower education, lower income, greater number of chronic diseases, lack of private health insurance and at least one medical visit in the last three months. These results show that the SUS has been successful in promote universal access to medicines in Florianópolis.

Introdução:

O padrão demográfico brasileiro vem se modificando desde a década de 1940, com crescimento mais lento do número de crianças e adolescentes, paralelamente a um aumento da população em idade ativa e de pessoas idosas. Estima-se que o grupo etário de 60 anos ou mais duplicará, em termos absolutos, no período de 2000 a 2020, ao passar de 13,9 para 28,3 milhões, elevando-se, em 2050, para 64 milhões¹.

O envelhecimento populacional no Brasil tem gerado novas demandas, que requerem um planejamento dos sistemas de saúde públicos para atender às necessidades específicas dos idosos. Grande parte dos idosos possui alguma doença crônica, o que leva a uma maior utilização de serviços de saúde e a um elevado consumo de medicamentos. Estima-se que a maioria dos idosos utilize, pelo menos, um medicamento, e cerca de um terço deles consuma cinco ou mais simultaneamente. A média de produtos usados por pessoa oscila entre dois e cinco².

Uma prioridade nas Políticas de Saúde atuais, como a Política Nacional de Medicamentos³ e o Pacto pela Saúde⁴, é garantir, principalmente para essa população, o acesso a medicamentos essenciais com qualidade e segurança. O acesso se concretiza com a utilização do medicamento, portanto, conceitua-se acesso como um fator mediador entre a capacidade de um sistema de saúde de oferecer o produto e o consumo real deste produto pela população⁵.

No Brasil, existem formas de organização/financiamento mistas para o acesso a medicamentos: fornecimento de medicamentos pela rede pública de saúde, através do Sistema Único de Saúde - SUS, e pelo sistema privado, constituído de seguros de saúde ou por pagamento direto⁶. Segundo a PNAD 1998, o gasto médio com medicamentos referidos pelos idosos foi igual a 23% do valor do salário mínimo⁷. A prestação de serviços pela rede pública torna-se a única alternativa para a assistência à saúde e o acesso aos medicamentos para uma grande parcela da população que não possui condições financeiras de arcar com seus custos⁸.

O acesso aos medicamentos é um fator determinante no cumprimento do tratamento prescrito. O não acesso a medicamentos pode levar a descompensação clínica e aumento dos gastos com a atenção secundária e terciária⁹. As barreiras ao acesso a esses produtos, especialmente de ordem financeira, figuram entre os principais motivos apontados pelos usuários para a subutilização dos

medicamentos prescritos. Estima-se que um quarto dos idosos subutilize medicamentos em virtude dos altos custos deles¹⁰.

Apesar das diferentes metodologias, as prevalências de acesso aos medicamentos em estudos populacionais variam de 87% a 90%^{8,9,11,12}. A medida de acesso a medicamentos indica a qualidade e a resolutividade de um sistema de saúde, além de contribuir para a construção de estratégias de intervenção e reorientação das políticas de medicamentos.

Estudos populacionais sobre acesso a medicamentos são muito raros no Brasil, e a maioria se ateu a medir o acesso de idosos residentes nas áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde^{9,12}. Na realização de estudos populacionais de base domiciliar obtêm-se informações reais sobre como a população está tendo acesso e usando os medicamentos, representando e caracterizando o sistema de saúde como um todo⁸.

Portanto, o presente estudo tem o objetivo de descrever a prevalência e fatores associados ao acesso da população idosa, residente na área urbana do município de Florianópolis, aos medicamentos que lhe foram prescritos. Além disso, verifica a associação entre o acesso a medicamentos através do SUS com as características sócio-demográficas, grau de dependência, presença de doenças crônicas e utilização de serviços de saúde.

Métodos:

Foi realizado um estudo transversal populacional de base domiciliar com idosos do município de Florianópolis, Santa Catarina. O estudo faz parte de um inquérito abrangente sobre as condições de saúde das pessoas idosas do município de Florianópolis, realizado em 2009/10 denominado *EpiFloripa* Idoso. A pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina.

O município de Florianópolis é a capital do estado de Santa Catarina, com população estimada para o ano de 2009¹³, de 408.163 habitantes, sendo 44.460 pertencentes à faixa etária com idade igual ou superior a 60 anos (18.844 do sexo masculino e 25.616 do sexo feminino), representando 10,8% da população total. A esperança de vida ao nascer era de 72,8 anos e o município apresentava um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 0,875 em 2000,

colocando o município na 4ª posição dentre todos os municípios brasileiros¹⁴.

O tamanho da amostra foi calculado para estimar a prevalência a partir de uma amostra casual simples, multiplicada por 2 (conglomerado em 2 estágios), e acréscimos de 20% para perdas previstas e 15% para controle de fatores de confusão. Para tal, foi usado o programa Epi-Info, versão 6.04 de domínio público, com os seguintes parâmetros: tamanho da população igual a 44.460, prevalência para o desfecho desconhecida (50%), nível de confiança de 95%, erro amostral igual a 4 pontos percentuais, resultando em uma amostra final de 1.599 pessoas.

O processo de seleção da amostra foi realizado por conglomerados em dois estágios. No primeiro estágio, todos os 420 setores censitários urbanos da cidade foram colocados em ordem crescente de renda média mensal do chefe da família, sorteando-se sistematicamente 80 destes setores (oito setores em cada decil de renda).

As unidades de segundo estágio foram os domicílios. Uma etapa de atualização do número de domicílios em cada setor (arrolamento) fez-se necessária uma vez que o Censo mais recente havia sido realizado em 2000. Para tanto, os supervisores do estudo percorreram cada um dos setores censitários sorteados e procederam à contagem de todos os domicílios habitados, obedecendo às normas do IBGE. O número de domicílios nos setores variou de 61 a 725.

Setores com menos de 150 domicílios foram agrupados e setores com mais de 500 domicílios foram divididos, respeitando o decil de renda correspondente, com a finalidade de diminuir o coeficiente de variação do número de domicílios por setor. Tal procedimento resultou em 83 setores censitários, reduziu o coeficiente de variação inicial de 52,7% para 35,2%, e proporcionou a obtenção de uma amostra auto-ponderada.

Segundo o IBGE¹⁵, o número médio de moradores por domicílio equivale a 3,1. Como a faixa etária de interesse da pesquisa corresponde a aproximadamente 11% da população, obtêm-se em média, por setor censitário, 102 pessoas na faixa etária de interesse ou 1 idoso a cada três domicílios. Estimou-se, portanto, que deveriam ser visitados cerca de 60 domicílios por setor censitário, para se encontrarem os 20 idosos. Esses domicílios foram sorteados de forma sistemática e foram considerados elegíveis para serem entrevistados todos os idosos residentes nos domicílios sorteados.

Foram considerados como perda os casos de idosos não localizados após quatro visitas, sendo pelo menos uma no período noturno e uma no final de semana, além daqueles que se encontravam impossibilitados de responder por motivo de viagem. E recusas, os casos de sujeitos que se negaram a responder o questionário por opção pessoal.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário padronizado e pré-testado aplicado na forma de entrevistas face a face, utilizando-se o Personal Digital Assistants (PDA).

O trabalho de campo foi realizado entre setembro de 2009 e junho de 2010. As entrevistas foram realizadas por entrevistadoras do sexo feminino com nível médio completo de escolaridade ou mais, devidamente treinadas sobre os procedimentos da pesquisa. O estudo-piloto incluiu 99 idosos residentes em setores não amostrados para a pesquisa. O trabalho de campo foi supervisionado por estudantes de cursos de Pós-Graduação.

Houve verificação semanal da consistência dos dados e controle de qualidade por meio de aplicação por telefone de um questionário reduzido, em 10% das entrevistas selecionadas aleatoriamente.

Os dados sobre medicamentos foram coletados sob duas perspectivas: a do acesso a medicamentos (indivíduos que usaram medicamentos nos 30 dias anteriores à entrevista, e, portanto, tiveram acesso a estes de alguma forma) e do não acesso a medicamentos (indivíduos que relataram terem deixado de tomar algum medicamento de que precisavam, sendo incluídos somente casos em que a não utilização ocorreu por não acesso).

No caso do entrevistado ter tido acesso ao medicamento, foi perguntado também quem indicou o medicamento (repetiu uma receita antiga; a pessoa mesmo decidiu tomar o remédio; médico ou dentista do SUS; médico ou dentista particular ou do plano de saúde; farmacêutico ou o balconista da farmácia; enfermeiro, fisioterapeuta ou outro profissional da saúde; parentes, vizinhos ou amigos) e como o entrevistado o obteve (farmácia do posto/Policlínica/Hospital SUS; comprou; comprou e ganhou uma parte).

Nos casos em que o entrevistado não teve acesso a algum medicamento, foi perguntado de quem foi a indicação para a utilização do medicamento (mesmas opções de resposta acima), se era de uso contínuo ou esporádico, o motivo da não obtenção do medicamento (não tinha na farmácia do SUS; não tinha dinheiro; falta de receita médica) e atitudes frente a essa situação (nenhuma atitude; procurou

novamente o médico; procurou outro posto de saúde; procurou um advogado).

Foram definidas duas variáveis de desfecho: “acesso a medicamentos” e “acesso a medicamentos através do SUS”.

A variável desfecho “acesso a medicamentos” foi definida de forma dicotômica: indivíduos que obtiveram acesso a todos os medicamentos prescritos ou indivíduos que não obtiveram acesso aos medicamentos prescritos, incluindo os com acesso parcial. Considerando que foram utilizadas as seguintes perguntas para a composição dessa variável 1) “*Nos últimos 30 dias, o sr.(a) usou algum remédio?*” e 2) “*Neste período de 30 dias o(a) sr.(a) deixou de tomar algum remédio de que precisava?*”, as opções foram: acesso total - indivíduos que obtiveram acesso a todos os medicamentos prescritos (resposta “Sim” na questão 1 e “Não” na questão 2); acesso parcial - indivíduos que obtiveram acesso a parte dos medicamentos prescritos (resposta “Sim” na questão 1 e “Sim” na questão 2); não acesso - indivíduos que não obtiveram acesso a nenhum dos medicamentos prescritos (resposta “Não” na questão 1 e “Não” na questão 2).

A segunda variável de desfecho “acesso a medicamentos através do SUS” também foi definida de forma dicotômica: indivíduos que relataram conseguir seus medicamentos através do Sistema Único de Saúde (considerando que pelo menos um dos medicamentos utilizados nos último 30 dias tenha sido obtido pelo SUS) versus aqueles que os obtiveram de qualquer outro meio (compra ou amostra grátis). Essa variável foi obtida da mesma forma que a variável anterior, sendo que, para verificar a principal forma de obtenção do medicamento, foi utilizada a pergunta do questionário “*Como conseguiu este remédio?*”.

As variáveis independentes analisadas foram as características sócioeconômicas – sexo, cor da pele auto-referida, excluindo-se amarelos e indígenas (branca; parda; preta), idade, grau de escolaridade em anos de estudo e renda familiar *per capita* . O grau de dependência foi verificado pela presença ou não de cuidador, além da capacidade funcional do idoso, avaliada através de uma escala de 15 atividades da vida diária pessoal (por ex. banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro em tempo) e instrumental (por ex. preparar refeições, subir escadas, pegar ônibus) e categorizada como: 1) ausência de dependência – incapacidade/dificuldade em nenhuma das atividades; 2) presença de dependência leve - incapacidade/dificuldade em 1 a 3 atividades; 3) presença de dependência moderada/grave – incapacidade/dificuldade em 4 ou mais atividades¹⁶. Também foram analisadas as variáveis dicotômicas: presença de doenças crônicas,

possuir ou não plano de saúde; realização de consulta com médico nos últimos 3 meses, além do número de medicamentos utilizados (um; dois a três; quatro a cinco; seis ou mais).

Todas as variáveis do estudo foram analisadas de forma descritiva por meio de frequência absoluta e relativa. A estatística descritiva incluiu cálculos de proporções e intervalos de confiança de 95% para variáveis categóricas, e médias e desvios-padrão para as numéricas.

Para testar a associação entre os desfechos e as variáveis independentes, foi realizada análise bruta e multivariada por meio de regressão de Poisson, estimando-se razões de prevalência brutas e ajustadas, com intervalos de confiança de 95% e p-valor (obtido por meio do teste de Wald).

As variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ na análise bruta foram selecionadas para entrarem no modelo múltiplo, permanecendo nos modelos se atingissem $p < 0,05$ e/ou ajustassem o modelo.

Utilizou-se o pacote estatístico Stata 9.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos) e todas as análises consideraram o efeito do desenho amostral por meio do comando *svy*, projetado para a análise de dados provenientes de amostras complexas.

Resultados:

Nos domicílios sorteados foram encontrados 1.911 idosos elegíveis, sendo efetivamente entrevistados 1.705 idosos, resultando em uma taxa de não-resposta de 10,8% ($n = 206$). O controle de qualidade verificou que a reprodutibilidade de algumas questões utilizadas no estudo foi considerada satisfatória, com valores de *kappa* variando entre 0,3 a 0,9, sendo que a maioria apresentou concordância boa a excelente.

Somente foram analisadas as respostas de indivíduos que utilizaram pelo menos um dos medicamentos prescrito por médico, totalizando 1.469 pessoas, ou seja, 85,9% da amostra total. As Tabelas 1 e 3 descrevem a amostra, sendo que a maioria desses indivíduos era do sexo feminino (66,6%) e considerava a cor da sua pele como branca (87,8%). Em relação à idade, a maioria tinha entre 60 e 69 anos (46,8%) e estudou na escola por um período de 4 anos ou menos (44,3%). A renda média esteve em torno de R\$ 1.392,00.

Possuíam algum cuidador 9,8% dos idosos, sendo que a maioria deles (41,3%) possuía dependência leve, ou seja, incapacidade/dificuldade de realizar de 1 a 3 atividades de uma escala

de 15 atividades da vida diária pessoal. Quanto à utilização dos serviços de saúde, 65,5% possuíam plano de saúde e 76,7% dos entrevistados relataram ter consultado com o médico nos 3 meses anteriores à entrevista.

Somente 4,3% dos entrevistados não possuíam nenhuma doença crônica, sendo que a maioria deles relataram possuir de 2 a 4 doenças crônicas (57,9%). A maioria dos entrevistados relatou que utilizou de 2 a 3 medicamentos nos 30 dias anteriores à entrevista (32,9%) e a média foi de 4,40 medicamentos por pessoa (IC_{95%} 4,26 – 4,56). Porém, chamou atenção a grande proporção de idosos que utilizaram 6 ou mais medicamentos (27,3%).

Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos

A prevalência de acesso total aos medicamentos prescritos pelo médico foi de 95,8% (IC_{95%} 94,7 – 96,8), restando 4,2% (IC_{95%} 3,2 – 5,2) de indivíduos que não tiveram acesso a algum medicamento.

Dos medicamentos que não foram obtidos pelos idosos entrevistados, 74,2% (IC_{95%} 63,0 – 85,4) eram de uso contínuo e 93,5% foram prescritos pelo médico. A maioria relatou que não utilizou o medicamento pois não tinha dinheiro para comprá-lo (53,8% IC_{95%} 37,5 – 70,2), porém alguns relataram a falta do medicamento na farmácia do SUS (25,6% IC_{95%} 11,3 – 40,0) e a falta de receita médica (20,5% IC_{95%} 7,2 – 33,8).

Quando questionados sobre a atitude tomada quando não conseguiram o medicamento, 70,8% (IC_{95%} 57,5 – 84,2) dos idosos não fizeram nada, 22,9% (IC_{95%} 10,6 – 35,2) procuraram o médico novamente e 6,2% (IC_{95%} 0,8 – 13,3) procuraram outro posto de saúde.

A prevalência de acesso aos medicamentos prescritos aos idosos (Tabela 1) não apresentou diferença significativa entre os sexos, cor da pele, faixa etária, escolaridade, renda familiar *per capita*, número de medicamentos utilizados, possuir cuidador ou plano de saúde privado. O acesso aos medicamentos foi menor para os idosos com maior grau de dependência e maior número de doenças crônicas ($p < 0,001$). Aqueles que se consultaram com o médico nos 3 meses anteriores à entrevista ($p = 0,022$) tiveram uma menor probabilidade de ter acesso a medicamentos comparando com quem não realizou consulta médica.

Somente as variáveis “sexo”, “renda”, “capacidade funcional”, “número de doenças crônicas”, “ter realizado consulta médica nos últimos 3 meses” e “número de medicamentos utilizados” tiveram valores de $p < 0,2$ na análise bivariada, e, portanto, foram adicionadas na análise bruta e ajustada para verificar a associação da variável

“acesso a medicamentos” com essas variáveis independentes (Tabela 2). Na análise bruta, somente as variáveis “capacidade funcional”, “número de doenças crônicas” e “ter realizado consulta médica nos últimos 3 meses” obtiveram valores de $p < 0,05$, e o mesmo permaneceu na análise ajustada.

Portanto, pode-se dizer que existe associação entre os fatos de o idoso ter menos acesso aos medicamentos prescritos quando possui um grau de dependência maior, tem um maior número de doenças crônicas e quando se consultou com o médico.

Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos através do SUS

Dos 1.469 entrevistados que utilizaram pelo menos um dos medicamentos prescritos pelo médico, 1.466 responderam qual foi a forma de obtenção desses medicamentos, totalizando 85,7% da amostra total.

Considerando-se pelo menos um dos medicamentos utilizados pelo idoso sendo obtido pelo SUS, 50,3% (IC_{95%} 47,7 – 52,8) dos idosos relataram obter medicamentos por essa via, sendo que o restante da amostra compra os medicamentos que lhe são prescritos.

A Tabela 3 mostra a prevalência de acesso a medicamentos através do SUS em relação às variáveis independentes. Indivíduos que consideraram a cor da pele como parda e preta ($p < 0,001$), com menor escolaridade ($p < 0,001$) e de menor renda *per capita* familiar ($p < 0,001$) utilizaram mais o SUS para ter acesso a medicamentos, assim como indivíduos com a capacidade funcional pior ($p < 0,001$) e que relataram possuir cuidador ($p = 0,001$). Também aumenta a prevalência de acesso a medicamentos através do SUS conforme aumenta o número de doenças crônicas ($p < 0,001$), o número de medicamentos utilizados ($p < 0,001$), bem como em indivíduos que não possuem plano de saúde ($p < 0,001$) e que consultaram com médico nos 3 meses anteriores à entrevista ($p < 0,001$).

A prevalência de acesso aos medicamentos através do SUS não apresentou diferença significativa entre os sexos ($p = 0,555$).

A variável “sexo” obteve valor de $p > 0,2$ na análise bivariada, portanto foi excluída da análise de associação entre a variável “obtenção de medicamento pelo SUS” com as variáveis independentes (Tabela 4). As variáveis “capacidade funcional” e “possui cuidador” tiveram o valor de “p” não significativo ($p > 0,05$) na análise ajustada e a variável “número de medicamentos utilizados” foi retirada da análise por ser uma variável colinear com a variável “doença crônica”.

Existe associação entre “obter medicamentos através do SUS” e referir a “cor da pele” como parda ou preta ($p = 0,001$), mesmo após o ajuste com as variáveis socioeconômicas (renda *per capita* familiar e anos de estudo). Em relação à faixa etária ($p = 0,002$), também foi demonstrada associação entre utilizar menos o SUS para obter medicamentos com o aumento da idade.

A análise ajustada também confirmou a associação entre a maior utilização do SUS com o maior o número de doenças crônicas auto-referidas ($p < 0,001$), quando o idoso não possui plano de saúde ($p < 0,001$) e quando realiza consulta médica ($p < 0,001$).

Discussão:

A prevalência de acesso a medicamentos foi praticamente universal entre os idosos residentes em Florianópolis, não sendo observadas diferenças significativas no acesso segundo sexo, idade, renda ou escolaridade. Foram fatores significativamente associados ao menor acesso a dependência funcional, o maior número de doenças crônicas e ter realizado consulta com o médico nos três meses anteriores à entrevista. A aquisição de medicamentos pelo SUS foi elevada na população estudada, e significativamente associada a cor da pele parda ou negra, menor idade, pior escolaridade, pior renda, maior número de doenças crônicas, ausência de plano de saúde e realização de consulta médica nos últimos três meses.

O tamanho da amostra e a metodologia da pesquisa garantem que os resultados sejam representativos de toda a população de idosos residentes na zona urbana do município de Florianópolis, Santa Catarina.

Para minimizar um possível viés de memória, foram analisadas somente as informações de indivíduos que tiveram pelo menos um dos medicamentos prescrito por médico, fato que minimiza o esquecimento por serem medicamentos incorporados na rotina diária do idoso. Porém, no caso dos medicamentos que os indivíduos relataram aos quais não tiveram acesso, geralmente não havia a embalagem/bula, fato que pode ter ocasionado um maior viés de memória.

Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos

O presente estudo demonstrou uma alta prevalência de acesso a medicamentos prescritos aos idosos que residem no município de Florianópolis, com resultados acima dos obtidos em outros estudos populacionais^{8;9;11;12}.

Estudos demonstram que fatores socioeconômicos estão claramente ligados ao acesso a medicamentos, ou seja, nível econômico mais alto¹⁴ e maior escolaridade apresentaram um maior acesso a medicamentos^{9,11}.

Florianópolis possui uma característica distinta em relação a outros municípios do país: um número crescente de aposentados de classe média migram para a cidade em busca de melhor qualidade de vida¹⁷. A renda média mensal obtida neste estudo (R\$ 1.392,00) mostra que os idosos possuem renda mais alta em relação à outros locais do Brasil¹⁸. Além disso, 23,1% dos idosos entrevistados possuíam como grau de escolaridade o nível superior, resultado também mais alto que no restante do país¹⁸. Essas características facilitam o acesso aos medicamentos, por aumento da possibilidade financeira de obtê-los e pelo esclarecimento da importância da realização do tratamento prescrito¹⁹.

No presente estudo, a renda e a escolaridade não estiveram associadas ao desfecho, levando a concluir que a população é homogênea em relação à capacidade de aquisição dos medicamentos prescritos. Além disso, a utilização de medicamentos prescritos por médico é relativamente maior em indivíduos com melhor nível econômico²⁰, e nesse estudo somente foram analisados os casos de indivíduos que utilizaram pelo menos um dos medicamentos prescrito por médico, o que pode ter aumentado a população de maior renda na amostra.

Todavia, não se pode afirmar que esse acesso ocorra de forma regular, uma vez que uma parcela da população referiu acesso parcial ou nenhum acesso aos medicamentos de que necessitava no mês anterior à entrevista. Os maiores motivos para não obtenção do medicamento foram a falta de dinheiro para comprá-lo e a falta do medicamento na farmácia do SUS. O mesmo resultado foi obtido em estudo que avaliou as condições de saúde dos idosos do município de Florianópolis¹⁷.

Vários estudos já demonstraram que, quanto maior o número de doenças crônicas e de utilização dos serviços de saúde, maior é a necessidade de utilização de medicamentos^{11,19,20,21,22,23}. Porém neste estudo, as associações mostraram que quanto maiores as necessidades em saúde do idoso (maior número de doenças crônicas, maior grau de dependência e maior necessidade de consulta ao médico), menor é a proporção de acesso aos medicamentos que lhe são prescritos. O que pode explicar esse resultado é que, com o aumento da necessidade de

utilização de um maior número de medicamentos, a probabilidade de não obter todos os medicamentos prescritos é maior.

Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos através do SUS

Os resultados da análise da proporção de idosos que utilizam o SUS para obter medicamentos e seus fatores associados demonstram que o perfil socioeconômico do usuário do SUS é, hegemonicamente, composto por estratos populacionais de baixa renda e escolaridade, onde está a maior concentração de pessoas com cor de pele considerada parda e preta. Porém, a cor da pele continuou associada a um maior acesso a medicamentos através do SUS mesmo após o ajuste com as variáveis socioeconômicas, resultado este que pode indicar que existem diferenças de inserção social nesses indivíduos não explicadas pelas variáveis socioeconômicas, o que causam uma desigualdade na forma de obtenção de medicamentos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como diretriz ser universal e igualitário, disponível para toda a população, independentemente de condição socioeconômica. Porém, a existência de grandes desigualdades sociais e a presença de um sistema privado de saúde faz com que a política pública do SUS seja dirigida preferencialmente para as parcelas da população não cobertas pelo sistema privado, ou seja, em condições socioeconômicas desfavorecidas²⁴.

A maioria dos indivíduos que obtém medicamentos através do SUS não possui plano de saúde e a proporção aumenta quanto maior o número de doenças crônicas. Portanto, percebe-se que quem possui maiores necessidades em saúde também utilizam mais o SUS para obter medicamentos, fato já observado em outro estudo que avaliou a utilização de serviços de saúde²⁴.

Conclusão:

Os resultados dessas duas análises – a alta prevalência de acesso a medicamentos, juntamente com o perfil social dos idosos que utilizam o SUS para obter seus medicamentos - levam a crer que o SUS vem cumprindo seu papel na tentativa de universalização do acesso à saúde, e nesse caso, dos medicamentos, pois quem não possui condições de comprar seus medicamentos está suportado pelo SUS para conseguir obtê-los. A universalização do acesso à saúde proposto

pelo SUS vem incorporando estratos sociais antes excluídos, que não conseguiriam obter seus medicamentos através da compra desses²⁵.

Por outro lado, considerando que se trata de uma política universal, onde todos teriam direito ao acesso, estes dados evidenciam a dificuldade de se atingir padrões de efetiva universalidade em contextos de marcada desigualdade de renda. Isso ainda ocorre pois a parcela da população com melhor poder aquisitivo tem a opção de escolher onde ter acesso à saúde, e ainda encontram respostas razoáveis às suas demandas de saúde na área privada.

O princípio da equidade reconhece que os indivíduos são diferentes, e que tratamentos iguais nem sempre são equitativos. Portanto, estratos sociais mais desfavorecidos necessitam de maior atenção das políticas públicas para a garantia de acesso aos medicamentos, e a exclusão das classes média/alta do sistema de saúde pública não deixa de ter um efeito positivo do ponto de vista distributivo.

Referências:

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores Sociodemográficos de Saúde no Brasil – 2009. Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica número 25. Rio de Janeiro: IBGE; 2009
2. Rozenfeld, S. Prevalência, fatores associados e mal uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:717-24.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Ministério da Saúde; 2006
5. Brasil. Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
6. Oliveira MA; Bermudez JAZ, Osorio-de-Castro CGS. Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007
7. Lima-Costa, MF; Barreto, SM; Giatti, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19 (3); 735-743.
8. Oliveira BB. Investigações de acesso a medicamentos em nível domiciliar: um estudo comparativo de iniciativas realizadas no Brasil entre 2002 e 2004. [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2007
9. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publ*. 2008;24(2):267-80.
10. Luz TCB; Loyola Filho AI; Lima-Costa MF. Estudo de base populacional da subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos na Região Metropolitana de Belo

- Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009;25(7):1578-1586.
11. Carvalho MF, Pascom ARP, Souza-Júnior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. Cad Saúde Pública 2005; 21 Suppl:S100-8.
 12. Paniz VMV et al. Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed. Cad. Saúde Pública. 2010; 26(6):1163-1174
 13. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para o TCU. Estimativas da população para 1º de julho de 2009. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf>
 14. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2003. ≤ <http://www.pnud.org.br/atlas/>.
 15. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000. < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>>
 16. Rosa TEC. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev Saúde Pública. 2003;37 (1): 40-48.
 17. Benedetti TB; Petroski EL; Gonçalves LT. Condições de saúde nos idosos de Florianópolis. ACM Arq. Catarin. Med. 2006; 35(1):44-51
 18. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos Idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil - 2000. Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica número 9. Rio de Janeiro: IBGE; 2002
 19. Loyola Filho AI; Uchôa E; Firmo JOA; Lima-Costa MFF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. Cad Saude Publica. 2005;21(2):545-53.
 20. Coelho Filho JM; Marcopito LF; Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. Rev. Saúde Pública. 2004;38(4):557-564
 21. Loyola Filho AI; Uchoa E; Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2006;22(12): 2657-2667.

22. 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(1):89-99
23. Ribeiro AQ *et al.* Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG *Rev Saúde Pública* 2008;42(4):724-32
24. Ribeiro MCSA; Barata RB; Almeida MF; Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Cienc Saúde Coletiva*. 2006; 11(4):1011-1022.
25. Fahel, M. Desigualdades em saúde na população brasileira: uma análise comparada a partir das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios 1998 e 2003, com foco em Minas Gerais. XIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Buenos Aires, Argentina, 4 - 7 nov. 2008 Documento Libre

Tabela 1 – Características da amostra de idosos e prevalência de acesso a medicamentos prescritos de acordo com variáveis demográficas, socioeconômicas, grau de dependência, morbidades, uso de serviços de saúde e medicamentos. Florianópolis, 2010.

Variável	Amostra n (%)	Prevalência (IC_{95%})	Valor de p
Sexo (n=1.469)			0,064
Masculino	491 (33,4)	97,1 (95,4 - 98,9)	
Feminino	978 (66,6)	95,1 (93,6 - 96,5)	
Cor da pele auto-referida (n=1.431)			0,432
Branco	1.256 (87,8)	96,0 (94,8 - 97,2)	
Pardos	106 (7,4)	93,4 (87,6 - 99,2)	
Pretos	69 (4,8)	95,6 (90,5- 100,8)	
Faixa etária em anos (n=1.469)			0,439*
60 a 69	688 (46,8)	94,9 (93,1 - 96,7)	
70 a 79	560 (38,1)	97,1 (95,6 - 98,6)	
80 ou mais	221 (15,1)	95,0 (92,5 - 97,5)	
Escolaridade em anos de estudo (n=1.459)			0,298*
Maior ou igual a 12	337 (23,1)	96,4 (94,4 - 98,5)	
9 a 11	203 (13,9)	96,1 (93,3 - 98,8)	
5 a 8	272 (18,6)	96,3 (93,9 - 98,7)	
Menor ou igual a 4	647 (44,3)	95,0 (93,2 - 96,9)	
Renda familiar per capita (n=1.469)			0,136*
Quartil 4	365 (24,8)	97,5 (95,8 - 99,3)	
Quartil 3	369 (25,1)	96,2 (94,4 - 98,0)	
Quartil 2	367 (25,0)	93,2 (90,0 - 96,4)	
Quartil 1	368 (25,1)	96,2 (94,3 - 98,1)	
Possui cuidador (n= 1.468)			0,403
Não	1.324 (90,2)	95,9 (94,7 - 97,1)	
Sim	144 (9,8)	94,4 (90,7 - 98,2)	
Capacidade funcional (n=1.469)			<0,001
Ausência de dependência	357 (24,3)	98,0 (96,4 - 99,6)	
Dependência leve	606 (41,3)	97,0 (95,7 - 98,4)	
Dependência moderada/grave	506 (34,4)	92,7 (90,2 - 95,2)	
Doença Crônica (n=1.450)			< 0,001*
Nenhuma a uma	282 (19,5)	97,9 (96,2 - 99,5)	
Duas a quatro	840 (57,9)	97,0 (95,8 - 98,2)	
Cinco ou mais	328 (22,6)	91,2 (87,7 - 94,6)	
Plano de Saúde privado (n=1.469)			0,870
Sim	962 (65,5)	95,8 (94,5 - 97,2)	

Não	507 (34,5)	95,7 (93,5 – 97,8)	0,022
Consulta médica nos últimos 3 meses (n=1.469)			
Sim	1.127 (76,7)	95,1 (93,7 – 96,6)	0,124*
Não	342 (23,3)	97,9 (96,5 – 99,4)	
Número de medicamentos utilizados (n=1.469)			
Um	183 (12,5)	95,1 (91,4 – 98,7)	
Dois a três	483 (32,9)	97,5 (96,1 – 98,9)	
Quatro a cinco	402 (27,4)	95,5 (93,4 – 97,7)	
Seis ou mais	401 (27,3)	94,3 (91,6 – 96,9)	

n: número de entrevistados com pelo menos 1 medicamento prescrito por médico;
 %: prevalência de acesso a medicamentos; IC 95%: intervalo de confiança de 95;
 p: valor de p no teste χ^2 ; *: p de tendência linear

Tabela 2 – Análise bruta e ajustada da variável dependente “acesso” com variáveis demográficas, socioeconômicas, grau de dependência, morbidades, uso de serviços de saúde e medicamentos. Florianópolis, 2010.

Variável	RPb (IC 95%)	p	RPa (IC 95%)	p
Sexo (n=1.469)		0,053		NS
Masculino	1,00			
Feminino	0,98 (0,96 – 1,00)			
Renda familiar per capita (n=1.469)		0,126		NS
Quartil 4	1,00			
Quartil 3	0,99 (0,96 – 1,01)			
Quartil 2	0,95 (0,92 – 0,99)			
Quartil 1	0,99 (0,96 – 1,01)			
Capacidade funcional (n=1.469)		0,001		0,006
Ausência de dependência	1,00		1,00	
Dependência leve	0,99 (0,97 – 1,01)		1,00 (0,97 – 1,02)	
Dependência moderada/grave	0,94 (0,92 – 0,97)		0,96 (0,93 – 0,99)	
Doença Crônica (n=1.450)		<0,001		0,002
Nenhuma a uma	1,00		1,00	
Duas a quatro	0,99 (0,97 – 1,01)		0,99 (0,97 – 1,01)	
Cinco ou mais	0,93 (0,90 – 0,97)		0,94 (0,90 – 0,98)	
Consulta médica nos últimos 3 meses (n= 1.469)		0,004		0,015
Sim	1,00		1,00	
Não	1,03 (1,01 – 1,05)		1,02 (1,00 – 1,04)	
Número de medicamentos utilizados (n=1.469)		0,198		NS
Um	1,00			
Dois a três	1,02 (0,98 – 1,07)			
Quatro a cinco	1,00 (0,96 – 1,05)			
Seis ou mais	0,99 (0,95 – 1,04)			

RPb: razão de prevalência na análise bruta; IC 95%: intervalo de confiança de 95%; RPa: razão de prevalência na análise ajustada; Excluído: obteve valor de p na análise bruta > 0,2; NS: valor de p não significativo ou > 0,05

Tabela 3 – Características da amostra de idosos e prevalência de acesso a medicamentos prescritos através do SUS de acordo com variáveis demográficas, socioeconômicas, grau de dependência, morbidades, uso de serviços de saúde e medicamentos. Florianópolis, 2010.

Variável	Amostra n (%)	Prevalência (IC_{95%})	Valor de p
Sexo (n=1.466)			0,555
Masculino	490 (33,4)	49,2 (43,5 – 54,9)	
Feminino	976 (66,6)	50,8 (45,1 – 56,5)	
Cor da pele auto-referida (n=1.428)			<0,001
Branco	1.253 (87,7)	47,2 (42,2 – 52,3)	
Pardos	106 (7,4)	71,7 (61,9 – 81,5)	
Pretos	69 (4,8)	73,9 (64,2 – 83,6)	
Faixa etária em anos (n=1.466)			0,092*
60 a 69	686 (46,8)	51,2 (45,7 – 56,6)	
70 a 79	559 (38,1)	52,2 (46,2 – 58,3)	
80 ou mais	221 (15,1)	42,5 (33,1 – 51,9)	
Escolaridade em anos de estudo (n= 1.456)			<0,001*
Maior ou igual a 12	336 (23,1)	19,9 (13,9 – 25,9)	
9 a 11	202 (13,9)	37,1 (30,7 – 43,5)	
5 a 8	272 (18,7)	54,4 (46,3 – 62,5)	
Menor ou igual a 4	646 (44,4)	68,3 (63,8 – 72,7)	
Renda familiar per capita (n=1.466)			<0,001*
Quartil 4	365 (24,9)	18,1 (13,7 – 22,5)	
Quartil 3	368 (25,1)	46,7 (40,2 – 53,2)	
Quartil 2	366 (25,0)	68,3 (63,1 – 73,5)	
Quartil 1	367 (25,0)	67,8 (61,5 – 74,2)	
Possui cuidador (n= 1.465)			0,001
Não	1.321 (90,2)	48,8 (43,9 – 53,8)	
Sim	144 (9,8)	63,9 (54,1 – 73,7)	
Capacidade funcional (n=1.466)			<0,001
Ausência de dependência	355 (24,2)	43,4 (36,4 – 50,3)	
Dependência leve	606 (41,3)	43,9 (37,9 – 49,8)	
Dependência moderada/grave	505 (34,5)	62,8 (56,8 – 68,8)	
Doença Crônica (n= 1.447)			<0,001*
Nenhuma a uma	280 (19,3)	35,7 (28,6 – 42,8)	
Duas a quatro	840 (58,1)	49,8 (44,3 – 55,2)	
Cinco ou mais	327 (22,6)	63,0 (55,7 – 70,3)	
Plano de Saúde privado (n=1.466)			<0,001
Sim	960 (65,5)	34,5 (29,6 – 39,4)	

Não	506 (34,5)	80,2 (76,0 – 84,5)	
Consulta médica nos últimos 3 meses (n= 1.466)			<0,001
Sim	1.125 (76,7)	54,2 (48,9 – 59,5)	
Não	341 (23,3)	37,2 (30,4 – 44,1)	
Número de medicamentos utilizados (n=1.466)			<0,001*
Um	180 (12,3)	38,3 (28,7 – 48,0)	
Dois a três	483 (33,0)	40,2 (34,1 – 46,2)	
Quatro a cinco	402 (27,4)	52,5 (44,9 – 60,1)	
Seis ou mais	401 (27,3)	65,6 (58,6 – 72,5)	

n: número de entrevistados com pelo menos 1 medicamento prescrito por médico, que responderam onde obtiveram seus medicamentos; %: prevalência de acesso a medicamentos; IC 95%: intervalo de confiança de 95%; p: valor de p no teste χ^2 ; *: p de tendência linear

Tabela 4 - Análise bruta e ajustada da variável dependente “acesso a medicamentos através do SUS” com variáveis demográficas, socioeconômicas, grau de dependência, morbidades, uso de serviços de saúde e medicamentos. Florianópolis, 2010.

Variável	RPb (IC 95%)	<i>p</i>	RPa (IC 95%)	<i>p</i>
Cor da pele auto-referida (n=1.428)		<0,001		0,001
Branco	1,00		1,00	
Pardos	1,52 (1,30 - 1,77)		1,17 (1,00 - 1,36)	
Pretos	1,56 (1,34 - 1,82)		1,23 (1,07 - 1,41)	
Faixa etária em anos (n= 1.466)		0,159		0,002
60 a 69	1,00		1,00	
70 a 79	1,02 (0,91 - 1,15)		0,90 (0,82 - 1,00)	
80 ou mais	0,83 (0,67 - 1,02)		0,75 (0,61 - 0,93)	
Escolaridade em anos de estudo (n= 1.456)		<0,001		<0,001
Maior ou igual a 12	1,00		1,00	
9 a 11	1,86 (1,35 - 2,57)		1,48 (1,10 - 1,98)	
5 a 8	2,73 (1,97 - 3,78)		1,81 (1,33 - 2,46)	
Menor ou igual a 4	3,42 (2,53 - 4,62)		1,83 (1,38 - 2,42)	
Renda familiar per capita (n=1.466)		<0,001		<0,001
Quartil 4	1,00		1,00	
Quartil 3	2,58 (1,97 - 3,38)		1,83 (1,44 - 2,33)	
Quartil 2	3,78 (2,95 - 4,83)		2,14 (1,72 - 2,66)	
Quartil 1	3,75 (2,93 - 4,80)		2,14 (1,75 - 2,67)	
Possui cuidador (n= 1.465)		0,001		NS
Não	1,00			
Sim	1,31 (1,12 - 1,52)			
Capacidade funcional (n=1.469)		<0,001		NS
Ausência de dependência	1,00			
Dependência leve	1,01 (0,84 - 1,22)			
Dependência moderada/grave	1,45 (1,24 - 1,69)			
Doença Crônica (n= 1.447)		<0,001		<0,001
Nenhuma a uma	1,00		1,00	
Duas a quatro	1,39 (1,15 - 1,68)		1,23 (1,05 - 1,45)	
Cinco ou mais	1,76 (1,44 -		1,34 (1,14 - 1,59)	

	2,15)			
Plano de Saúde (n=1.466)		<0,001		<0,001
Sim	1,00		1,00	
Não	2,33 (2,01 - 2,69)		1,68 (1,49 - 1,89)	
Consulta médica nos últimos 3 meses (n=1.466)		<0,001		<0,001
Sim	1,00		1,00	
Não	0,69 (0,57 - 0,82)		0,75 (0,64 - 0,88)	
Número de medicamentos utilizados (n=1.466)		<0,001		E
Um	1,00			
Dois a três	1,05 (0,81 – 1,36)			
Quatro a cinco	1,37 (1,05 – 1,77)			
Seis ou mais	1,71 (1,31 – 2,23)			

RPb: razão de prevalência na análise bruta; IC 95%: intervalo de confiança de 95%; RPa: razão de prevalência na análise ajustada; NS: valor de p não significativo ou > 0,05; E: excluído por ser uma variável colinear com a variável “doença crônica”

SEGUNDO ARTIGO

Medicamentos prescritos aos idosos em uma capital do sul do Brasil e a Relação Municipal de Medicamentos

Medicines prescribed to the elderly in a southern city in Brazil and the Municipal Medicines List

Título corrido: Medicamentos prescritos aos idosos e Relação Municipal de Medicamentos

Running title: Medicines prescribed to the elderly and the Municipal Medicines List

Marina Meneses Aziz¹

Eleonora D'Orsi¹

Maria Cristina Calvo¹

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil;

Correspondência:

Eleonora D'Orsi

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Centro de Ciências da Saúde

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário – Trindade

Florianópolis – SC

88010-970

E-mail: eleonora@ccs.ufsc.br

Tel: 55 48 37219388

Fax: 55 48 37219842

Palavras-chave: Idoso; Acesso aos Serviços de Saúde; Uso de Medicamentos; Estudos Transversais, Sistema Único de Saúde

Resumo:

O objetivo deste estudo foi descrever os medicamentos prescritos aos idosos residentes na zona urbana do município de Florianópolis nos 30 dias anteriores à entrevista e, a partir disso, comparar com a Relação Municipal de Medicamentos - REMUME. Foi realizado um estudo transversal populacional de base domiciliar, onde os 1.705 idosos entrevistados relataram ter utilizado o total de 5.458 medicamentos prescritos por médico e dentro dos critérios do estudo, que corresponderam a 374 princípios ativos diferentes. Os medicamentos mais utilizados foram para os indicados para o sistema cardiovascular, sendo a classe farmacológica dos redutores de colesterol e triglicérides os mais prevalentes, apesar de não haver nenhum exemplar dessa classe de medicamentos selecionado na REMUME. Apesar de algumas faltas, a REMUME coincide com a maior proporção dos medicamentos prescritos por médicos do município de Florianópolis. A principal diferença entre médicos particulares e do SUS é que os últimos seguem mais a REMUME para prescrever medicamentos.

Keywords: Aged; Health Services Accessibility; Drug Utilization; Cross-Sectional Studies, Single Health System

Abstract:

The aim of this study was to describe the medicines prescribed to the elderly residents in the urban area of Florianopolis in the 30 days preceding the interview, and then compare with the Municipal Medicines List - REMUME. A cross-sectional population based household survey was conducted, where 1.705 elderly respondents reported having used a total of 5.458 drugs prescribed by a physician and within the study criteria, which corresponded to 374 different active substances. The most used medications were for the cardiovascular system, and the pharmacological class of cholesterol and triglycerides lowering the most prevalent, although there is no example of this class of drugs selected in REMUME. Despite some lacks, REMUME coincides with the highest proportion of medicines prescribed by physician in the city of Florianopolis. The main difference between private and SUS physician is that the last one follow REMUME to prescribe medicines.

Introdução:

O envelhecimento populacional no Brasil requer a adequação do sistema de saúde às novas necessidades apresentadas pelos idosos. Estudos farmacoepidemiológicos de base populacional têm mostrado que, com o avanço da idade, aumenta também o número de doenças crônicas, gerando a necessidade de utilização de um número maior de medicamentos¹.

O comércio internacional de medicamentos cresceu rapidamente nos últimos anos, passando de US\$ 5 bilhões para US\$ 120 bilhões no período entre 1980 e 1999². Com o aumento da produção, pesquisa e desenvolvimento de novos produtos, existe disponível no mercado uma grande quantidade de medicamentos comparáveis com relação à indicação, composição, mecanismo de ação, forma farmacêutica, apresentação, efeitos indesejáveis, eficácia e efetividade, porém, diferentes em maior ou menor grau³. Por questões operacionais e financeiras, não é possível aos sistemas de saúde prestar acesso a todos esses medicamentos existentes.

Uma importante estratégia para solucionar esse problema é a realização de uma avaliação custo-efetividade entre esses medicamentos comparáveis, com base em forte evidência científica, elencando-se uma lista de medicamentos onde estariam os representantes dessa grande quantidade existente, obtendo-se daí uma lista de medicamentos essenciais. A formulação de listas também objetiva promover disponibilidade, acesso, sustentabilidade, qualidade e uso racional de medicamentos⁴.

No Brasil, a relação dos medicamentos considerados essenciais é a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME). A finalidade da RENAME é ter uma lista com os “*produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população*” que servirá como base para o direcionamento da produção farmacêutica (científica e tecnológica), bem como para a definição das listas de medicamentos essenciais que serão fornecidos pelo SUS, as Relações Municipais de Medicamentos – REMUME⁵.

Estudos com o objetivo de avaliar a adequação das listas de medicamentos fornecidos são importantes na identificação de problemas de acesso e contribuem para a reorientação das políticas de medicamentos. A prescrição de medicamentos fora das listas pode refletir maus hábitos de prescrição por parte dos médicos/dentistas, falta de conhecimento médico, mas também pode mostrar uma deficiência na formulação das listas de medicamentos fornecidos⁶.

O objetivo deste estudo foi descrever as características dos medicamentos prescritos aos idosos residentes na zona urbana do município de Florianópolis e, a partir dessas informações, fazer uma comparação entre a REMUME e o que foi prescrito.

Métodos:

Foi realizado um estudo transversal populacional de base domiciliar com idosos do município de Florianópolis, Santa Catarina. O estudo faz parte de um inquérito abrangente sobre as condições de saúde das pessoas idosas do município de Florianópolis, realizado em 2009/10 denominado *EpiFloripa* Idoso. A pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina.

O município de Florianópolis é a capital do estado de Santa Catarina, com população estimada para o ano de 2009⁷ de 408.163 habitantes, sendo 44.460 pertencentes à faixa etária com idade igual ou superior a 60 anos (18.844 do sexo masculino e 25.616 do sexo feminino), representando 10,8% da população total. O município apresentava um índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) de 0,875 em 2000, colocando o município na 4^a posição dentre todos os municípios brasileiros e a esperança de vida ao nascer era de 72,8 anos⁸.

O tamanho da amostra foi calculado para estimar a prevalência a partir de uma amostra casual simples, multiplicado por 2 (conglomerado em 2 estágios), e acréscimos de 20% para perdas previstas e 15% para controle de fatores de confusão. Para tal, foi usado o programa Epi-Info, versão 6.04 de domínio público, com os seguintes parâmetros: tamanho da população igual a 44.460, prevalência para o desfecho desconhecida (50%), nível de confiança de 95%, erro amostral igual a 4 pontos percentuais, tendo-se uma amostra final de 1.599 pessoas.

O processo de seleção da amostra foi realizado por conglomerados em dois estágios. No primeiro estágio, todos os 420 setores censitários urbanos da cidade foram colocados em ordem crescente de renda média mensal do chefe da família, sorteando-se sistematicamente 80 destes setores (oito setores em cada decil de renda).

As unidades de segundo estágio foram os domicílios. Uma etapa de atualização do número de domicílios em cada setor (arrolamento)

fez-se necessária uma vez que o Censo mais recente havia sido realizado em 2000. Para tanto, os supervisores do estudo percorreram cada um dos setores censitários sorteados e procederam à contagem de todos os domicílios habitados, obedecendo às normas do IBGE. O número de domicílios nos setores variou de 61 a 725.

Setores com menos de 150 domicílios foram agrupados e setores com mais de 500 domicílios foram divididos, respeitando o decil de renda correspondente, com a finalidade de diminuir o coeficiente de variação do número de domicílios por setor. Tal procedimento resultou em 83 setores censitários e reduziu o coeficiente de variação inicial de 52,7% para 35,2%.

Segundo o IBGE⁹, o número médio de moradores por domicílio equivale a 3,1. Como a faixa etária de interesse da pesquisa corresponde a aproximadamente 11% da população, obtêm-se em média, por setor censitário, 102 pessoas na faixa etária de interesse ou um idoso a cada três domicílios. Estimou-se, portanto, que deveriam ser visitados cerca de 60 domicílios por setor censitário, para se encontrarem os 20 idosos. Esses domicílios foram sorteados de forma sistemática e foram considerados elegíveis para serem entrevistados todos os idosos residentes nos domicílios sorteados.

Foram considerados como perda os idosos que se encontravam impossibilitados de responder por motivo de viagem e os idosos não localizados após quatro visitas, sendo pelo menos uma no período noturno e uma no final de semana; e recusas, os casos de sujeitos que se negaram a responder o questionário por opção pessoal.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário padronizado e pré-testado aplicado na forma de entrevistas face a face, utilizando-se o Personal Digital Assistants (PDA).

O trabalho de campo foi realizado entre setembro de 2009 e junho de 2010. As entrevistas foram realizadas por entrevistadoras do sexo feminino com nível médio completo de escolaridade ou mais, devidamente treinadas sobre os procedimentos da pesquisa. O estudo-piloto incluiu 99 idosos residentes em setores não amostrados para a pesquisa. O trabalho de campo foi supervisionado por estudantes de cursos de Pós-Graduação.

Houve verificação semanal da consistência dos dados e controle de qualidade por meio de aplicação por telefone de um questionário reduzido, em 10% das entrevistas selecionadas aleatoriamente.

A coleta de dados foi realizada pelo nome comercial dos medicamentos, conforme embalagem ou receita médica. Para organização e classificação dos mesmos, verificou-se a substância

ativa de cada medicamento através do *site* www.consultaremedios.com.br. Para a padronização dos medicamentos conforme substância ativa e indicação de uso, os medicamentos também foram classificados conforme critérios estabelecidos pelo sistema de classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) criado pela WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Não foram consideradas as formas de absorção (retard, etc.), concentração e forma farmacêutica.

Também foi perguntado quem indicou o medicamento - repetiu uma receita antiga; a pessoa mesmo decidiu tomar o remédio; médico ou dentista do SUS; médico ou dentista particular ou do plano de saúde; farmacêutico ou o balconista da farmácia; enfermeiro, fisioterapeuta ou outro profissional da saúde; parentes, vizinhos ou amigos -e como o entrevistado o obteve - farmácia do posto/Policlínica/Hospital SUS; comprou; comprou e ganhou uma parte.

Foram incluídos nas análises todos os medicamentos industrializados, assim como as fórmulas magistrais. Foram excluídos aqueles não prescritos por médico, assim como aqueles com mais de 2 associações, fitoterápicos, homeopáticos, vitaminas/suplementos, hormônios femininos (pela variabilidade de fórmulas existentes no mercado, o que impossibilita uma comparação direta entre os medicamentos), lubrificantes oculares, curativos, produtos de higiene, cosméticos, alimentos (fibras e probióticos) e nomes incompreensíveis/inexistentes.

Os medicamentos foram classificados em constantes ou não na REMUME. No caso de medicamentos que não constassem na REMUME, foi verificado se existia alguma alternativa terapêutica a este medicamento, da mesma classe farmacológica ou grupo químico, através do código ATC do medicamento.

A REMUME do município de Florianópolis referente ao período da realização das entrevistas (setembro de 2009 a junho de 2010) foi fornecida pela Gerência de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Florianópolis.

Os dados são apresentados na forma de tabelas, em frequência percentual simples, seguida de análise descritiva e comparativa com estudos realizados em outras cidades e regiões. A análise foi realizada no pacote estatístico Stata versão 9.0.

Resultados:

Nos domicílios sorteados foram encontrados 1.911 idosos elegíveis, sendo efetivamente entrevistados 1.705 idosos, resultando em uma taxa de não-resposta de 10,8% (n = 206). O controle de qualidade verificou que a reprodutibilidade de algumas questões utilizadas no estudo foi considerada satisfatória, com valores de *kappa* variando entre 0,3 a 0,9, sendo que a maioria apresentou concordância de boa a excelente.

Os idosos entrevistados relataram ter utilizado o total de 6.533 medicamentos nos 30 dias anteriores à entrevista. Foram desconsiderados 904 (13,8%) medicamentos da análise por não se enquadrarem nos critérios de inclusão do estudo, e 171 (2,6%) por não serem medicamentos indicados por médico, resultando em uma amostra de 5.458 medicamentos. Esses correspondiam a 374 princípios ativos diferentes.

A Tabela 1 demonstra os grupos de medicamentos mais utilizados pelos idosos nos 30 dias anteriores à entrevista, de acordo com a classificação anatômica (nível 1) e por grupo farmacológico (nível 3) da Anatomical Therapeutic Chemical Index – ATC, e presença ou não na REMUME. Os medicamentos indicados para o sistema cardiovascular foram os mais utilizados (46,8%), seguido, em ordem decrescente, pelos medicamentos do trato alimentar e metabolismo (15,0%), com ação no sistema nervoso (14,4%) e com ação no sangue e órgãos formadores de sangue (7,8%).

Considerando o grupo farmacológico, entre os medicamentos mais consumidos estão os redutores de colesterol e triglicerídeos (7,9%), antitrombóticos (7,7%), inibidores da enzima conversora de angiotensina (7,3%) e fármacos hipoglicemiantes orais (7,1%).

Verifica-se que nenhum dos medicamentos redutores de colesterol e triglicerídeos, tampouco os medicamentos que atuam na estrutura óssea e mineralização são padronizados na REMUME, apesar de o primeiro ser o grupo farmacológico mais utilizado pelos idosos do município.

A maioria dos medicamentos padronizados pela REMUME são os de maior prevalência de utilização em cada grupo farmacológico, demonstrando que, nessas classes, a seleção dos medicamentos está adequada. Cerca de 60% dos medicamentos prescritos, tanto por médicos privados quanto por médicos do SUS, estavam padronizados na REMUME. Porém verificou-se que, em alguns casos, os medicamentos que não são padronizados na REMUME foram os mais

prescritos em seus respectivos grupos farmacológicos, como no caso de medicamentos para o sistema nervoso, algumas classes utilizadas no sistema cardiovascular e para o aparelho respiratório, demonstrando que a seleção da REMUME não é seguida nesses casos.

A Tabela 2 mostra a prevalência de prescrição de medicamentos não constantes na REMUME e os classifica conforme a existência ou não de alternativas terapêuticas disponíveis na REMUME, de mesma classe farmacológica (nível 3 ATC) ou de mesmo grupo químico (nível 4 ATC). Além dos grupos farmacológicos já identificados na Tabela 1, também foi possível demonstrar mais alguns grupos de medicamentos não constantes na REMUME e sem alternativa terapêutica disponível: diuréticos de “teto baixo” com exceção das tiazidas, adrenérgicos de ação central, preparados antigotosos e colírios antiglaucomatosos.

De todos os medicamentos utilizados, 39,6% são obtidos no SUS e o restante é comprado ou obtido de outras formas. As Tabelas 3 e 4 listam os medicamentos que foram prescritos por médicos do SUS e médicos do sistema privado, respectivamente, e a forma de obtenção desses medicamentos. Percebe-se que a maioria dos idosos que foram atendidos por médicos do SUS (74,4%) obtêm seus medicamentos no sistema público de saúde. Já os que são atendidos por médicos do sistema privado, obtêm seus medicamentos através da compra (85,2%).

A maioria dos medicamentos prescritos por médicos do SUS consta na REMUME (78,7%), o que demonstra que os profissionais do SUS seguem a lista dos medicamentos disponíveis no município. Já dentre as prescrições no sistema privado apenas 47,2% são medicamentos padronizados pela REMUME. A Tabela 5 mostra a proporção de prescrições de medicamentos não constantes na REMUME segundo o médico prescriptor (SUS ou médico privado), deixando clara a maior proporção de prescrição de medicamentos não constantes na REMUME por médicos do sistema privado.

Discussão:

Os medicamentos mais utilizados foram os indicados para o sistema cardiovascular, sendo a classe farmacológica dos redutores de colesterol e triglicéridos os mais prevalentes, apesar de não haver nenhum exemplar dessa classe de medicamentos relacionado na REMUME. Todavia, apesar de algumas faltas, a lista de medicamentos selecionados está em conformidade com a maioria dos medicamentos mais prescritos por médicos do município de Florianópolis, sendo médicos particulares ou do serviço público de saúde. A principal

diferença entre esses médicos é no tipo de prescrição, pois os médicos particulares não seguem a padronização do SUS para prescrever medicamentos, ao contrário dos médicos que atendem pelo SUS.

O tamanho da amostra e a metodologia da pesquisa garantem que os resultados sejam representativos de toda a população de idosos residentes na zona urbana do município de Florianópolis, Santa Catarina. Porém, foram excluídos os medicamentos não prescritos por médico, portanto a automedicação não está contemplada nas análises.

Para minimizar um possível viés de memória, foram adotados procedimentos padronizados para a coleta dos dados, que incluíram a solicitação de apresentação da receita, embalagem ou bula do medicamento referido. Além disso, foram analisados somente os medicamentos prescritos por médico, fato que minimiza o esquecimento por serem medicamentos incorporados na rotina diária do idoso.

Quase metade (46,8%) dos idosos residentes na área urbana do município de Florianópolis utilizaram pelo menos algum medicamento para o sistema cardiovascular. Este resultado condiz com os resultados obtidos em outros estudos brasileiros que utilizaram a mesma metodologia do presente estudo^{10,11,12,13}, com resultados variando entre 29 e 54%.

As outras classes de medicamentos mais utilizadas são, em ordem decrescente, os utilizados para o trato alimentar e metabolismo (como exemplo, os medicamentos hipoglicemiantes), medicamentos para o sistema nervoso (como antidepressivos e ansiolíticos) e para doenças vasculares (antitrombóticos, como por exemplo, o ácido acetilsalicílico), o que já foi confirmado por outros estudos^{10,11,12}. Alguns estudos, porém, apontaram os medicamentos para o sistema nervoso em segundo lugar¹³.

Estes dados são explicados pela alta prevalência de doenças cardiovasculares e diabetes entre a população idosa^{14,15}, assim como quadros de insônia, ansiedade e estados confusionais, resultando na prescrição de fármacos para o sistema nervoso¹⁰. Verifica-se, portanto, a importância e a necessidade de atenção das políticas públicas para o fornecimento de medicamentos adequados e efetivos para o tratamento das doenças cardiovasculares e para o tratamento da diabetes, assim como maior atenção na prescrição de medicamentos para o sistema nervoso central, já que são os medicamentos que mais causam efeitos adversos e uso inadequado nos idosos^{10,16}.

Dentre os medicamentos para o sistema cardiovascular, a classe farmacológica dos redutores de colesterol e triglicerídeos foi a mais

utilizada, sendo a sinvastatina o medicamento mais citado dentro da classe (65,6%). Deve-se ressaltar que, no momento do estudo, os medicamentos dessa classe não estavam relacionados na REMUME do município, mas sim através do antigo Programa de Medicamentos Excepcionais¹⁷, que não era um programa de fornecimento de medicamentos básicos, e possuía critérios de fornecimento definidos em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicadas pelo Ministério da Saúde. Portanto, verifica-se, nesse aspecto, uma grande falta na seleção dos medicamentos que constam na REMUME, pois se trata de uma classe de medicamentos que possui um representante na RENAME (sinvastatina) e é a classe de medicamentos mais solicitada dentre todos os medicamentos citados e para tratar um problema de saúde comum, e mesmo assim não está relacionada na REMUME.

Da mesma forma, nenhum dos medicamentos que afetam a estrutura óssea e mineralização estava relacionado na REMUME no momento da coleta de dados, e somente eram disponibilizados através do Programa de Medicamentos Excepcionais, já citado acima. Tampouco outros grupos farmacológicos, como os adrenérgicos de ação central, preparados antigotosos e colírios antiglaucomatosos estavam disponíveis ou possuíam alternativa terapêutica.

Pelo conceito da OMS¹⁸, medicamentos essenciais “*são aqueles que servem para satisfazer às necessidades de atenção à saúde da maioria da população*”. Os medicamentos redutores de colesterol e triglicérides e os medicamentos que afetam a estrutura óssea e mineralização se enquadram perfeitamente nesse conceito e deveriam estar disponíveis pelo SUS para toda a população que necessitar. Além disso, os resultados deste estudo populacional demonstram que a demanda destes medicamentos é alta, o que sugere que eles devam ser padronizados através de um meio mais acessível à população, ou seja, através da REMUME.

Apesar dos diuréticos de “teto baixo” com exceção das tiazidas, adrenérgicos de ação central, preparados antigotosos e colírios antiglaucomatosos possuem menos de 1% do total de utilizações pelos idosos, a lista de medicamentos deve ser revista para a inclusão de algum medicamento destas classes. A prevalência do glaucoma aumenta com a idade, dobrando a cada década de vida¹⁹, portanto os idosos que necessitarem de tratamento devem ser atendidos.

Vale ressaltar outro grupo de medicamentos que não aparece nas tabelas por ser pouco prevalente, mas também não possuem exemplares disponíveis na REMUME nem alternativa terapêutica disponível e deve ser revisto para uma possível padronização: os

medicamentos para o sistema geritrourinário (grupo G), para tratamento da Hiperplasia Prostática Benigna.

Após o término da coleta de dados deste estudo, foram aprovadas novas Portarias^{20,21,22} que determinam que todos os municípios do Estado forneçam o medicamento sinvastatina, além do medicamento alendronato de sódio, pertencente à classe dos medicamentos que afetam a estrutura óssea e mineralização e o maleato de timolol, para tratamento do glaucoma. As Portarias são datadas de novembro de 2009 e o prazo para entrarem em vigor era de 3 meses após suas publicações (março de 2010), porém o município somente começou o fornecimento destes medicamentos após o término da coleta de dados deste estudo.

Constatou-se que, dentre todos os medicamentos prescritos, a maior proporção deles é padronizada pela REMUME. Isso demonstra que a lista de medicamentos selecionados pelo sistema público supre às necessidades da maioria dos medicamentos que estão sendo prescritos aos idosos do município. A importância desse dado está em demonstrar que, como não é possível ao sistema de saúde fornecer todos os medicamentos disponíveis no mercado, o município teve êxito ao selecionar medicamentos com eficácia comprovada e mais custo-efetivos que servem de referência dentro de uma determinada classe de medicamentos.

Porém, dentre os medicamentos utilizados para o sistema nervoso, algumas classes de anti-hipertensivos (como os antagonistas da angiotensina II em associações) e dos medicamentos para o sistema respiratório (como os adrenérgicos para inalação), os medicamentos não padronizados pela REMUME foram os mais prevalentes. Isso sugere que os médicos não estão seguindo a lista de medicamentos elencados pelo município nesses casos.

Os medicamentos para o sistema nervoso são utilizados em casos em que a variabilidade da doença e do paciente influem muito na eficácia do medicamento, fazendo com que sejam prescritos tratamentos individualizados para cada caso^{23,24,25}, que dificilmente podem seguir uma lista restritiva de medicamentos. Nesses casos, é importante haver várias alternativas terapêuticas disponíveis para a realização do tratamento, ou seja, não é suficiente a padronização de poucos exemplares de cada grupo farmacológico, já que não serão todas as pessoas que poderão utilizar os mesmos medicamentos. Portanto, a lista deve ser revista nesse aspecto para aumentar o número de medicamentos padronizados para essas doenças.

Além disso, e ainda incluindo os antagonistas da angiotensina II em associações, uma explicação que pode ter gerado o resultado citado acima é que essas classes de medicamentos foram mais prescritas por médicos particulares, que não necessariamente seguem a padronização do SUS quando prescrevem os medicamentos.

Os adrenérgicos para inalação padronizados pela REMUME estão sendo pouco prescritos tanto por médicos particulares quanto pelos do SUS, existindo a preferência por outros representantes desse grupo químico no momento da prescrição médica. Verifica-se que são padronizados somente medicamentos utilizados para melhora dos sintomas agudos da broncoconstrição, como o salbutamol e fenoterol, que são agonistas beta2 de ação rápida. Porém, agonistas beta2 de ação longa, como o formoterol e salmeterol não estão disponíveis na REMUME. Estes medicamentos, associados aos corticoesteróides inalatórios, são necessários na manutenção do tratamento dos pacientes com broncoconstrição causada por asma, DPOC, etc²⁶. Portanto, a padronização dessa classe de medicamentos também deve ser revista. Vale informar que a associação dos medicamentos formoterol+budesonida é disponibilizada somente através do já referido Programa de Medicamentos Excepcionais¹⁷.

Outras causas podem estar relacionadas com a prescrição de medicamentos não constantes na REMUME. Cabe ressaltar que a maioria das pessoas entrevistadas (87,5%) utilizava 2 ou mais medicamentos concomitantemente, o que pode gerar prescrições fora da padronização, pela necessidade de se utilizar outro tipo de medicamento para não causar interações medicamentosas.

Os resultados também permitiram demonstrar a diferença entre as prescrições de médicos particulares e médicos do SUS, no que diz respeito à variabilidade de classes de medicamentos. Por não estarem obrigados a seguir a padronização do SUS para prescrever medicamentos, os médicos particulares preferem prescrever medicamentos não incluídos na REMUME, principalmente no caso de antidepressivos, hipoglicemiantes orais, ansiolíticos, medicamentos para tratamento de úlcera péptica e refluxo gastroesofageal e betabloqueadores. Além disso, prescrevem mais os diuréticos de “teto baixo”, excluindo as tiazidas e antidiplidêmicos em associações, talvez por desconhecimento da lista do SUS.

Os idosos que são atendidos por médico do SUS obtêm a maioria dos seus medicamentos também através do SUS. Este resultado também foi obtido em estudo no município de Pelotas-RS em população coberta por PSF onde, do total de medicamentos usados

para tratar doenças crônicas, 63% foram obtidos gratuitamente e, considerando-se somente os medicamentos usados para tratar hipertensão e diabetes, o fornecimento gratuito cobriu cerca de 80% dos medicamentos usados²⁷. Um outro estudo, que avaliou o acesso de idosos a medicamentos para hipertensão e diabetes no Nordeste e Sul do país, mostrou que, de todos os medicamentos obtidos, 35,1% foram pagos pelos idosos e o restante (64,9%) foi obtido gratuitamente nas unidades de saúde ou por outros meios²⁸.

Conclusão:

Em geral, a seleção dos medicamentos fornecidos pela REMUME está em conformidade com as necessidades da maioria da população de idosos do município, pois a maioria dos medicamentos mais utilizados e prescritos estão padronizados na lista.

No entanto, foram verificadas algumas falhas na seleção dos medicamentos, como a falta de algum representante das classes dos redutores de colesterol e triglicerídeos, dos que afetam a estrutura óssea e mineralização e dos antiglaucomatosos. Cabe ressaltar que, pela inclusão de exemplares dessas classes nas novas Portarias vigentes após a realização deste estudo, demonstrou-se que os resultados encontrados realmente representavam uma falha na padronização de medicamentos no SUS nesses casos.

Sabe-se que a demanda de medicamentos prescritos pelos médicos não é a melhor forma de avaliação de uma lista de medicamentos, pois não se pode supor quais são os objetivos do médico no momento em que indica um determinado medicamento. Sugerimos maiores estudos de custo-efetividade, baseados em literatura científica, para a verificação da lista de medicamentos fornecidos, principalmente nos casos dos antidepressivos, antiepiléticos, ansiolíticos e adrenérgicos para inalação, que não estão sendo seguidos pelos prescritores em geral.

Este estudo deixou clara a diferença de prescrição entre os médicos do SUS e entre os que atuam em consultórios particulares, principalmente na prescrição de medicamentos fora das listas de padronização de medicamentos. Se um indivíduo for atendido por um médico particular e quiser obter os medicamentos prescritos nesse atendimento através do SUS, isso pode acarretar vários problemas no sistema público, como exemplo mais atual e preocupante é o aumento do número de ações judiciais para obtenção de medicamentos não padronizados pelo SUS. Levando-se em consideração o conceito de

medicamentos essenciais e a formulação de listas de medicamentos, não é possível ao sistema público de saúde dar conta de fornecer os medicamentos prescritos por médicos particulares, que não seguem esses preceitos.

Demonstra-se a importância da educação médica na prescrição dos medicamentos, tanto para o conhecimento da lista dos medicamentos que são fornecidos pelo SUS, quanto para a prescrição racional, onde se devem prescrever medicamentos mais efetivos em cada caso, pelo menor custo de tratamento. Verifica-se que os profissionais, principalmente os que atuam em consultórios particulares, são constantemente influenciados pela indústria farmacêutica e acabam por prescrever medicamentos que poderiam ser substituídos por outros igualmente efetivos, porém de menor custo.

Também se deve investir no esclarecimento da população sobre os medicamentos que são disponibilizados pelo SUS e deixar claro o sentido conceitual da lista e as consequências advindas de sua adoção. A formulação de listas de medicamentos essenciais não é aprovada por todos os setores da sociedade, e por essa razão é importante a conscientização de que se trata de uma importante estratégia na promoção do Uso Racional de Medicamentos, na melhoria da qualidade de atenção à saúde e da gestão dos medicamentos. Porém, ressalta-se que essa seleção deve ser baseada em forte evidência científica de eficácia e segurança para tornar-se confiável. Basear-se na RENAME é uma ótima estratégia para selecionar medicamentos seguros e eficazes.

Referências:

1. 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(1):89-99
2. WHO - World Health Organization. The world medicines situation. Geneva; 2004.
3. Marin N; Luiza VL; Osório-de-Castro CGS; Machado-dos-Santos S. Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro, OPAS/OMS, 2003.
4. Wannmacher L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. *Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados 2006*; 3(2)
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2000/ Gerência de Assistência Farmacêutica. 2000
6. Naves JOS; Silver LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39 (2): 223-30
7. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para o TCU. [Estimativas da população para 1º de julho de 2009.](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf) <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf>
8. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2003. ≤ <http://www.pnud.org.br/atlas/>>.
9. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000. < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>>
10. Coelho Filho JM; Marcopito LF; Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2004;38(4):557-564
11. Flores LM; Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(6):924-9
12. Loyola Filho AI; Uchoa E; Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006;22(12): 2657-2667.

13. Loyola Filho AI; Uchôa E; Firmo JOA; Lima-Costa MFF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saude Publica*. 2005;21(2):545-53.
14. Lima-Costa, MF; Barreto, SM; Giatti, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19 (3); 735-743.
15. Benedetti TB; Petroski EL; Gonçalves LT. Condições de saúde nos idosos de Florianópolis. *ACM Arq. Catarin. Med*. 2006; 35(1):44-51
16. Rozenfeld, S. Prevalência, fatores associados e mal uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:717-24.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.577 de 27 de outubro de 2006. Aprova o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.
18. WHO (World Health Organization). Report on the 12th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines. Technical Report Series No. 914. Geneva; 2002.
19. Sociedade Brasileira de Glaucoma. 3º Consenso Brasileiro de Glaucoma Primário de Ângulo Aberto. São Paulo, Ed. BestPoint: Sociedade Brasileira de Glaucoma; 2009.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria nº 2.981 de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil 228 PG-725/774 SEÇÃO 1 DE 30.11.09, Brasília, 2009a
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria nº 2.982 de 26 de novembro de 2009. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil PG-71/120 SEÇÃO -1 DE 01.12.09, Brasília, 2009b
22. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação 164/CIB/10. Florianópolis, 2010
23. Souza, F G M. Tratamento da depressão. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 1999; 21(1):18-23

24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS Nº 492, de 23 de setembro de 2010. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Epilepsia. Brasília, 2010
25. Associação Brasileira de Psiquiatria. Projeto Diretrizes – Transtornos de Ansiedade: diagnóstico e tratamento. 2008
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 1.012 de 23 de dezembro de 2002. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Asma Grave. Brasília, 2002
27. Bertoldi AD. Epidemiologia do acesso aos medicamentos e sua utilização em uma população assistida pelo Programa Saúde da Família [Tese de Doutorado]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2006.
28. Paniz VMV et AL Acesso gratuito a medicamentos para hipertensão e diabetes em idosos: uma realidade a ser construída Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(6):1163-1174, jun, 2010

Tabela 1 - Descrição dos medicamentos prescritos por médico, utilizados nos 30 dias anteriores à entrevista, por ordem decrescente de número de utilizações, conforme classificação anatômica (nível 1) e grupo farmacológico (nível 3) da Anatomical Therapeutic Chemical Index – ATC, e presença (sim) ou ausência (não) na REMUME. Projeto EpiFloripa-Idoso, Brasil, 2010.

Medicamento	SIM		NÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
C – Sistema Cardiovascular	1549	60,6	1006	39,4	2555	46,8
C10A - Redutores do colesterol e triglicerídeos	-	-	432	100,0	432	7,9
C09A - Inibidor da enzima conversora da angiotensina	362	91,0	36	9,0	398	7,3
C07A - Betabloqueadores	237	76,7	72	23,3	309	5,7
C03A - Diuréticos tiazídicos	244	89,4	29	10,6	273	5,0
C09C - Antagonistas da angiotensina II	183	74,4	63	25,6	246	4,5
C08C - Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio com efeitos vasculares	124	77,0	37	23,0	161	2,9
C01D - Vasodilatadores utilizados em doenças cardíacas	66	57,9	48	42,1	114	2,1
C03C - Diuréticos de alça	95	97,9	2	2,1	97	1,8
C09D - Antagonistas da angiotensina II em associações	43	44,8	53	55,2	96	1,8
C03D - Agentes poupadores de potássio	54	100,0	-	-	54	1,0
C08D - Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio com efeitos cardíacos	19	35,2	35	64,8	54	1,0
Outros	122	38,0	199	62,0	321	5,9
A – Trato alimentar e metabolismo	650	79,7	166	20,3	816	15,0
A10B - Fármacos hipoglicemiantes orais	319	82,0	70	18,0	389	7,1
A02B - Medicamentos para tratamento de úlcera péptica e refluxo gastroesofageal	272	87,5	39	12,5	311	5,7
Outros	59	50,9	57	49,1	116	2,1
N – Sistema Nervoso	330	42,0	456	58,0	786	14,4
N06A - Antidepressivos	98	43,8	126	56,3	224	4,1
N02B - Outros analgésicos e antipiréticos	144	92,9	11	7,1	155	2,8

N03A - Antiepiléticos	33	28,2	84	71,8	117	2,1
N05B - Ansiolíticos	22	21,6	80	78,4	102	1,9
N07C - Preparações antiveriginosas	15	28,3	38	71,7	53	1,0
Outros	18	13,3	117	86,7	135	2,5
B - Sangue e órgãos formadores de sangue	312	73,8	111	26,2	423	7,8
B01A - Antitrombótico	312	73,9	110	26,1	422	7,7
outros	-	-	1	100,0	1	0,0
M – Sistema músculo-esquelético	92	33,3	184	66,7	276	5,1
M01A – Anti-inflamatórios e antireumáticos não esteroidais	92	55,4	74	44,6	166	3,0
M05B - Medicamentos que afetam a estrutura óssea e mineralização	-	-	60	100,0	60	1,1
Outros	-	-	50	100,0	50	0,9
H – Preparados hormonais sistêmicos, exceto hormônios sexuais	247	96,9	8	3,1	255	4,7
H03A - Hormônios tireoidianos	227	100,0	-	-	227	4,2
Outros	20	71,4	8	28,6	28	0,5
R – Aparelho respiratório	66	39,8	100	60,2	166	3,0
R03A - Adrenérgicos para inalação	26	31,7	56	68,3	82	1,5
Outros	40	47,6	44	52,4	84	1,5
Outros (J, D, G, L, P,S)	51	28,2	130	71,8	181	3,3
Total	3297	60,4	2161	39,6	5458	100

Tabela 2 - Descrição dos medicamentos prescritos por médico, utilizados nos 30 dias anteriores à entrevista, por ordem decrescente de número de utilizações, conforme classificação anatômica (nível 1) e grupo farmacológico (nível 3) da Anatomical Therapeutic Chemical Index – ATC, não presentes na REMUME, segundo existência (sim) ou não existência (não) de alternativa terapêutica na REMUME. Projeto EpiFloripa-Idoso, Brasil, 2010.

Medicamento	SIM		NÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
C – Sistema Cardiovascular	406	40,4	600	59,6	1006	46,6
C10A - Redutores do colesterol e triglicerídeos	-	-	432	100,0	432	20,0
C07A - Betabloqueadores	72	100,0	-	-	72	3,3
C09C - Antagonistas da angiotensina II	63	100,0	-	-	63	2,9
C09D - Antagonistas da angiotensina II em associações	53	100,0	-	-	53	2,5
C01D - Vasodilatadores utilizados em doenças cardíacas	48	100,0	-	-	48	2,2
C03B – Diuréticos de “teto baixo”, excluindo as tiazidas	-	-	45	100,0	45	2,1
C08C - Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio com efeitos vasculares	37	100,0	-	-	37	1,7
C09A - Inibidor da enzima conversora da angiotensina	36	100,0	-	-	36	1,7
C08D - Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio com efeitos cardíacos	35	100,0	-	-	35	1,6
C02A - Antiadrenérgicos de ação central	-	-	33	100,0	33	1,5
C03A - Diuréticos tiazídicos	29	100,0	-	-	29	1,3
Outros	33	3	90	1	123	5,7
A – Trato alimentar e metabolismo	135	81,3	31	18,7	166	7,7
A10B - Fármacos hipoglicemiantes orais	70	100,0	-	-	70	3,2
A02B - Medicamentos para tratamento de úlcera péptica e refluxo gastroesofageal	39	100,0	-	-	39	1,8
Outros	26	45,6	31	54,4	57	2,6
N – Sistema Nervoso	381	83,6	75	16,4	456	21,1
N06A - Antidepressivos	126	100,0	-	-	126	5,8
N03A - Antiepiléticos	84	100,0	-	-	84	3,9
N05B - Ansiolíticos	80	100,0	-	-	80	3,7
N07C - Preparações antivertiginosas	38	100,0	-	-	38	1,8
N05A - Antipsicóticos	32	100,0	-	-	32	1,5
Outros	21	21,9	75	78,1	96	4,4

B - Sangue e órgãos formadores de sangue	110	99,1	1	0,9	111	5,1
B01A - Antitrombótico	110	100,0	-	-	110	5,1
Outros	-	-	1	100,0	1	0,0
M – Sistema músculoesquelético	74	40,2	110	59,8	184	8,5
M01A – Anti-inflamatórios e antireumáticos não esteroidais	74	100,0	-	-	74	3,4
M05B - Medicamentos que afetam a estrutura óssea e mineralização	-	-	60	100,0	60	2,8
M04A - Preparados antigotosos	-	-	31	100,0	31	1,4
Outros	-	-	19	100,0	19	0,9
R – Aparelho respiratório	83	83,0	17	17,0	100	4,6
R03A - Adrenérgicos para inalação	56	100,0	-	-	56	2,6
Outros	27	61,4	17	38,6	44	2,0
S – Órgãos dos sentidos	-	-	52	100,0	52	2,4
S01E - Preparados antiglaucomatosos e mióticos	-	-	42	100,0	42	1,9
Outros	-	-	10	100,0	10	0,5
Outros D,H,G,,J,L,P	20	23,3	66	76,7	86	4,0
TOTAL	1209	55,9	952	44,1	2161	100,0

Tabela 3 - Descrição dos medicamentos prescritos por médico do SUS, utilizados nos 30 dias anteriores à entrevista, por ordem decrescente de número de utilizações, conforme classificação anatômica (nível 1) e grupo farmacológico (nível 3) da Anatomical Therapeutic Chemical Index – ATC, segundo forma de obtenção. Projeto EpiFloripa-Idoso, Brasil, 2010.

Medicamento	SUS		COMPRA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
C – Sistema Cardiovascular	875	77,2	258	22,8	1133	49,6
C09A - Inibidor da enzima conversora da angiotensina	229	90,9	23	9,1	252	11,0
C03A - Diuréticos tiazídicos	168	91,8	15	8,2	183	8,0
C10A - Redutores do colesterol e triglicerídeos	50	35,0	93	65,0	143	6,3
C07A - Betabloqueadores	111	87,4	16	12,6	127	5,6
C09C - Antagonistas da angiotensina II	88	86,3	14	13,7	102	4,5
C08C - Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio com efeitos vasculares	53	76,8	16	23,2	69	3,0
C01D - Vasodilatadores utilizados em doenças cardíacas	36	66,7	18	33,3	54	2,4
C03C - Diuréticos de alça	50	94,3	3	5,7	53	2,3
C03D - Agentes poupadores de potássio	27	81,8	6	18,2	33	1,4
C08D - Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio com efeitos cardíacos	7	53,8	6	46,2	13	0,6
C09D - Antagonistas da angiotensina II em associações	1	25,0	3	75,0	4	0,2
Outros	55	55,0	45	45,0	100	4,4
A – Trato alimentar e metabolismo	330	87,8	46	12,2	376	16,5
A10B - Fármacos hipoglicemiantes orais	16	93,	1		18	
A02B - Medicamentos para tratamento de úlcera péptica e refluxo gastroesofageal	8	3	2	6,7	0	7,9
Outros	13	90,	1		14	
	0	9	3	9,1	3	6,3
		60,	2	39,		
	32	4	1	6	53	2,3
N – Sistema Nervoso	167	60,3	110	39,7	277	12,1
N02B - Outros analgésicos e antipiréticos	70	67,3	34	32,7	104	4,6
N06A - Antidepressivos	46	78,0	13	22,0	59	2,6
N05B - Ansiolíticos	15	50,0	15	50,0	30	1,3
N03A - Antiepiléticos	11	40,7	16	59,3	27	1,2
N07C - Preparações antivertiginosas	9	40,9	13	59,1	22	1,0
Outros	16	45,7	19	54,3	35	1,5

B - Sangue e órgãos formadores de sangue	139	76,8	42	23,2	181	7,9
B01A - Antitrombótico	138	76,7	42	23,3	180	7,9
Outros	1	100,0	-	-	1	0,0
M – Sistema músculo-esquelético	50	54,9	41	45,1	91	4,0
M01A – Anti-inflamatórios e antireumáticos não esteroidais	44	63,8	25	36,2	69	3,0
M05B - Medicamentos que afetam a estrutura óssea e mineralização	4	36,4	7	63,6	11	0,5
Outros	2	18,2	9	81,8	11	0,5
H – Preparados hormonais sistêmicos, exceto hormônios sexuais	70	87,5	10	12,5	80	3,5
H03A - Hormônios tireoidianos	58	90,6	6	9,4	64	2,8
Outros	12	75,0	4	25,0	16	0,7
R – Aparelho respiratório	38	47,5	42	52,5	80	3,5
R03A - Adrenérgicos para inalação	16	47,1	18	52,9	34	1,5
Outros	22	47,8	24	52,2	46	2,0
Outros (D, G, J, L, P, S)	29	44,6	36	55,4	65	2,8
Total	1698	74,4	585	25,6	2283	100,0

Tabela 4 - Descrição dos medicamentos prescritos por médico do sistema privado, utilizados nos 30 dias anteriores à entrevista, por ordem decrescente de número de utilizações, conforme classificação anatômica (nível 1) e grupo farmacológico (nível 3) da Anatomical Therapeutic Chemical Index – ATC, segundo forma de obtenção. Projeto EpiFloripa-Idoso, Brasil, 2010.

Medicamento	SUS		COMPRA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
C – Sistema Cardiovascular	229	16,4	1171	83,6	1400	44,7
C10A - Redutores do colesterol e triglicerídeos	17	6,0	267	94,0	284	9,1
C07A - Betabloqueadores	40	22,2	140	77,8	180	5,7
C09A - Inibidor da enzima conversora da angiotensina	47	32,6	97	67,4	144	4,6
C09C - Antagonistas da angiotensina II	32	22,9	108	77,1	140	4,5
C08C - Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio com efeitos vasculares	15	16,3	77	83,7	92	2,9
C09D - Antagonistas da angiotensina II em associações	2	2,2	88	97,8	90	2,9
C03A - Diuréticos tiazídicos	36	40,4	53	59,6	89	2,8
C01D - Vasodilatadores utilizados em doenças cardíacas	8	14,0	49	86,0	57	1,8
C03C - Diuréticos de alça	11	25,0	33	75,0	44	1,4
C08D - Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio com efeitos cardíacos	2	4,9	39	95,1	41	1,3
C03D - Agentes poupadores de potássio	5	23,8	16	76,2	21	0,7
Outros	14	6,4	204	93,6	218	7,0
A – Trato alimentar e metabolismo	105	24,0	333	76,0	438	14,0
A10B - Fármacos hipoglicemiantes orais	47	22,5	162	77,5	209	6,7
A02B - Medicamentos para tratamento de úlcera péptica e refluxo gastroesofageal	47	28,1	120	71,9	167	5,3
Outros	11	17,7	51	82,3	62	2,0
N – Sistema Nervoso	57	11,4	445	88,6	502	16,0
N06A - Antidepressivos	28	17,0	137	83,0	165	5,3
N03A - Antiepiléticos	9	10,0	81	90,0	90	2,9
N05B - Ansiolíticos	2	2,9	67	97,1	69	2,2
N02B - Outros analgésicos e antipiréticos	9	18,8	39	81,3	48	1,5
N07C - Preparações antiveriginosas	2	6,7	28	93,3	30	1,0
Outros	7	7,0	93	93,0	100	3,2

B - Sangue e órgãos formadores de sangue	28	11,6	213	88,4	241	7,7
B01A - Antitrombótico	28	11,6	213	88,4	241	7,7
Outros	-	-	-	-	-	-
M – Sistema músculo-esquelético	5	2,7	179	97,3	184	5,9
M01A – Anti-inflamatórios e antireumáticos não esteroidais	4	4,2	92	95,8	96	3,1
M05B - Medicamentos que afetam a estrutura óssea e mineralização	0	0,0	49	100,0	49	1,6
Outros	1	2,6	38	97,4	39	1,2
H – Preparados hormonais sistêmicos, exceto hormônios sexuais	26	14,9	148	85,1	174	5,6
H03A - Hormônios tireoidianos	26	16,0	136	84,0	162	5,2
Outros	0	0,0	12	100,0	12	0,4
R – Aparelho respiratório	8	9,4	77	90,6	85	2,7
R03A - Adrenérgicos para inalação	4	8,5	43	91,5	47	1,5
Outros	4	10,5	34	89,5	38	1,2
D,G,,I,L,P,S	7	6,4	103	93,6	110	3,5
Total geral	465	14,8	2669	85,2	3134	100,0

Tabela 5 - Descrição dos medicamentos utilizados nos 30 dias anteriores à entrevista, não presentes na REMUME, conforme classificação anatômica (nível 1) e prescrição por médico do SUS ou médico privado. Projeto EpiFloripa-Idoso, Brasil, 2010.

MEDICAMENTO	SUS		PRIVADO	
	n	%	n	%
A Trato alimentar e metabolismo	25	15,1	141	84,9
B Sangue e órgãos formadores de sangue	28	25,2	83	74,8
C Sistema Cardiovascular	239	23,8	767	76,2
D Dermatológicos	7	43,8	9	56,3
G Aparelho genitourinário e hormônios sexuais	6	24,0	19	76,0
H Preparados hormonais sistêmicos, exceto hormônios sexuais	3	37,5	5	62,5
J Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico	1	14,3	6	85,7
L Agentes Antineoplásicos e Imunomoduladores	8	33,3	16	66,7
M Sistema músculo-esquelético	40	21,7	144	78,3
N Sistema Nervoso	82	18,0	374	82,0
P Antiparasitários	1	25,0	3	75,0
R Aparelho respiratório	33	33,0	67	67,0
S Órgãos dos sentidos	14	26,9	38	73,1
Total	487	22,6	1672	77,4

ANEXOS

ANEXO A – Questionário Da Pesquisa

BLOCO MEDICAMENTOS		
AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE OS REMÉDIOS QUE O (A) SR(A) USOU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS		
Pense em todos os remédios que o(a) Sr(a) usou nos últimos 30 dias. Pode ser qualquer remédio, como pílulas, comprimidos, xaropes, gotas, pomadas, colírios, injeções, xampus e sabonetes medicinais, produtos naturais ou qualquer outro, inclusive aqueles utilizados para tratar machucados, que use sempre ou só de vez em quando.		
235. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) usou algum remédio? (0) Não → <i>Pule para questão 280, marque 8888 nas questões 275 a 287</i> (1) Sim (9999) IGN → <i>Pule para questão 280, marque 9999 nas questões 275 a 287</i>		USOMED ____
O(A) SR(A) PODERIA ME MOSTRAR TODAS AS EMBALAGENS E RECEITAS QUE TEM DOS REMÉDIOS UTILIZADOS NOS ÚLTIMOS 30 DIAS?		
REMÉDIO 1		
236. Qual o nome do remédio? MED1 _____ Dosagem _____ Apresentação _____ (9999) IGN		MEDI1 ____
237. De que forma o(a) Sr(a) está usando este remédio? (1) Usa para resolver um problema de saúde momentâneo (2) Usa regularmente sem data para parar (3) Outro (9999) IGN		TIPO1 ____
238. Para qual doença ou problema de saúde o(a) Sr(a) usa este remédio? DOE1 _____ (9999) IGN		DOE1 ____
239. Quem indicou este remédio? (1) O (a) sr.(a) repetiu uma receita antiga (2) O (a) sr.(a) mesmo decidiu tomar o remédio (3) Médico ou dentista do SUS (4) Médico ou dentista particular ou do plano de saúde (5) Farmacêutico ou o balconista da farmácia (6) Enfermeiro, Fisioterapeuta ou outro profissional da saúde (7) Parentes, vizinhos ou amigos (77) Outro (Especificar) _____ (9999) IGN		IND1 ____ IND1S _____
240. Como conseguiu este remédio? (1) Farmácia do Posto/Policlínica/Hospital SUS (2) Comprou (3) Comprou e ganhou uma parte (77) Outro _____ (9999) IGN		CONSE1 ____ CONSE1S _____
AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE OS REMÉDIOS QUE O(A) SR(A) PRECISAVA MAS NÃO USOU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS		
241. Neste período de 30 dias o(a) Sr(a) deixou de tomar algum remédio que precisava? (0) Não → <i>Pule para questão 288, marque 8888 nas questões 281 a 287</i> (1) Sim (9999) IGN - <i>pule para a questão 288, marque 9999 na questão 281 a 287</i>		NAOUSOM ____
REMÉDIO 1 – NÃO USO		
242. Qual o nome do remédio? REM1 _____ Dosagem _____ Apresentação _____ (9999) IGN		NMEDI1S _____
243. De que forma o(a) Sr(a) precisava usar este remédio? (1) Usa para resolver um problema de saúde momentâneo (2) Usa regularmente sem data para parar (3) Outro (9999) IGN		NTIPO1 ____
244. Para que doença ou problema de saúde o(a) Sr(a) precisava usar este remédio? DOE1 _____		NDOE1S _____

(9999) IGN	
245. Quem indicou este remédio? (1) O (a) sr.(a) repetiu uma receita antiga (2) O (a) sr.(a) mesmo decidiu tomar o remédio (3) Médico ou dentista do SUS (4) Médico ou dentista particular ou do plano de saúde (5) Farmacêutico ou o balconista da farmácia (6) Enfermeiro, Fisioterapeuta ou outro profissional da saúde (7) Parentes, vizinhos ou amigos (77) Outro (Especificar) _____ (9999) IGN	NIND1 ____ NINDIS _____
246. Qual o principal motivo de não ter conseguido este remédio? (1) Não tinha na Farmácia do posto/policlínica/hospital do SUS (2) Receita vencida ou falta de receita (3) Não tinha dinheiro (77) Outro _____ (9999) IGN	PQNU1 ____ PQNUIS _____
247. O que o(a) Sr(a) fez quando não conseguiu o remédio? (1) Nada → <i>Pule para questão 288, marque 8888 na questão 287</i> (2) Procurou o médico/dentista (3) Procurou outro Posto de Saúde → <i>Pule para questão 288, marque 8888 na questão 287</i> (4) Procurou um advogado → <i>Pule para questão 288, marque 8888 na questão 287</i> (77) Outro _____ → <i>Pule para questão 288, marque 8888 na questão 287</i> (9999) IGN → <i>Pule para questão 288, marque 9999 na questão 287</i>	NCONSE1 ____ NCONSEI _____
248. O que o médico/dentista fez? (1) Nada (2) Trocou o remédio por outro mais barato/acessível (3) Deu alguns remédios para um período curto do tratamento (amostra grátis) (4) Disse para procurar um advogado (77) Outra _____ (9999) IGN	API ____ APIS _____

ANEXO B – Carta de Apresentação ao Domicílio



Universidade Federal de Santa Catarina
 Centro de Ciências da Saúde
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública



Projeto EpiFloripa 2009/10
 Saúde da População de Florianópolis
 Universidade Federal de Santa Catarina

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Prezado(a) Sr.(a),

Está sendo realizado um grande estudo sobre a Saúde da População de idosos de Florianópolis. Esse estudo se chama EpiFloripa 2009/10 e está sendo conduzido por pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina, com financiamento do CNPq e apoio do Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI/UFSC) e Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG/SC).

Sua casa está entre as que foram sorteadas para a pesquisa. Com este trabalho será possível conhecer aspectos importantes sobre as necessidades de saúde dos idosos. Contamos com a sua colaboração no sentido de responder algumas perguntas sobre condições sociais e econômicas, atividade física, dieta, qualidade e segurança no bairro, problemas de saúde, hábitos de vida, uso de serviço de saúde, exames preventivos, saúde dos dentes e uso de medicamentos, entre outras.

Todas as nossas entrevistadoras foram treinadas na Universidade Federal de Santa Catarina e estão qualificadas para esta função. Além disso, elas estarão usando colete azul e crachá amarelo de identificação. Nós temos a preocupação em realizar nossa pesquisa sem provocar transtornos para o (a) Sr. (a). Portanto, caso não possa responder as perguntas no momento que a entrevistadora vier lhe visitar, pedimos que informe o horário mais adequado para a entrevistas.

É muito importante que o(a) Sr.(a) participe, pois as residências sorteadas não poderão ser substituídas. Para maiores esclarecimentos, favor entrar em contato pelo telefone: (48) 3721-9388.

Desde já agradecemos sua colaboração.

Prof. Dra. Eleonora d'Orsi
 Coordenadora do Estudo

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
 Campus Reitor João David Ferreira Lima - Bairro Trindade - Florianópolis - Santa Catarina -
 Brasil - CEP 88040-970

ANEXO C - Carta de Apresentação ao Condomínio



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública



Projeto EpiFloripa 2009/10
Saúde da População de Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Prezado(a) Sr.(a),

Está sendo realizado um grande estudo sobre a Saúde da População de idosos de Florianópolis. Esse estudo se chama EpiFloripa 2009/10 e está sendo conduzido por pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina, com financiamento do CNPq e apoio do Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI/UFSC) e Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG/SC).

Seu condomínio está entre os locais que foram sorteados para realizarmos a pesquisa. Necessitamos de sua colaboração para autorizar a entrada das entrevistadoras no condomínio para a realização das entrevistas.

Com este trabalho será possível conhecer aspectos importantes sobre as necessidades de saúde dos adultos e idosos. São realizadas perguntas sobre condições sociais e econômicas, atividade física, dieta, qualidade e segurança no bairro, problemas de saúde, hábitos de vida, uso de serviços de saúde, exames preventivos, saúde dos dentes e uso de medicamentos, entre outras.

Todas as nossas entrevistadoras foram treinadas na Universidade Federal de Santa Catarina e estão qualificadas para esta função. Além disso, elas estarão usando colete azul e crachá amarelo de identificação. Nós temos a preocupação em realizar nossa pesquisa sem provocar transtornos, no horário mais adequado para o morador.

É muito importante que o(a) Sr.(a) colabore, pois as áreas sorteadas não poderão ser substituídas. Para maiores esclarecimentos, favor entrar em contato pelo telefone: (48) 3721-9388.

Desde já agradecemos sua colaboração.

Prof. Dra. Eleonora d'Orsi

ANEXO D – Cartaz de Apresentação da Pesquisa



EpiFloripa 2009

**Como está
a saúde de
Florianópolis?**

***Colabore com os entrevistadores
e ajude a nossa pesquisa!***



Conhecer como está a saúde da população é essencial para o planejamento de políticas públicas e para o direcionamento de recursos. Levando em conta essa necessidade, o Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFSC vai realizar a pesquisa EPI FLORIPA, para investigar a qualidade de vida em Florianópolis e sua relação com variáveis socioeconômicas e demográficas.



um projeto do:



Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública



ANEXO E – Formulário do Controle de Qualidade

CONTROLE DE QUALIDADE – FORMULÁRIO	
Setor censitário:	
Número do domicílio:	
Endereço:	
Nome do(a) Supervisor:	
Nome do(a) Entrevistador:	
Nome do(a) Entrevistado(a):	
Data do Controle de Qualidade: / /	
1. Quantas pessoas vivem com o (a) Sr. (a)? <input type="checkbox"/> pessoas (9999) IGN	SOCIO16 _____
2. Qual sua data de nascimento? / /	SOCIO05 _____
3. O (A) Sr (a) estudou na escola? (1) Sim (2) Não (9) IGN	SOCIO11 _____
4. No último ano o (a) Sr(a) tomou a vacina contra a gripe? (0) Não (1) Sim (9) IGN	IMUNO01 _____
5. Algum médico ou profissional de saúde já falou que o(a) Sr(a) tem diabetes? (0) não (1) sim (9) IGN	CRON5 _____
6. Existem calçadas na maioria das ruas perto de sua casa? (0) Não (1) Sim (9) IGN	NEWS1 _____
7. Lembrando dos seus dentes de baixo, o(a) Sr.(a) tem <i>(adultos têm no máximo 16 dentes embaixo incluindo o dente do siso)</i> : (1) 10 dentes naturais ou mais (2) < 10 dentes naturais (3) Nenhum dente natural (9) IGN	DENBAIXO _____
8. O entrevistador verificou a sua estatura? (0) Não (1) Sim (9) IGN	VERESTAT _____
9. Nos últimos 3 meses o(a) Sr.(a) consultou com médico? (0) Sim (1) Não (9) IGN	USOSER02 _____
10. Com que frequência o(a) Sr.(a) toma bebidas alcoólicas? (0) Nunca (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana (8) NSA (9) IGN	AUDITI _____
11. Nos 30 dias anteriores a entrevista, o Sr. (a) utilizou medicamentos? (0) Não	USOMED _____

(1) Sim (9) IGN	
12. O(a) Sr(a) fuma ou já fumou cigarros? (0) Não (1) fumou e parou (2) fuma atualmente (9) IGN	FUM01
13. O Sr. (a) possui plano de saúde? (0) Sim (1) Não (9) IGN	USOSER01
14. O Sr. (a) considera a cor da sua pele, raça ou etnia: (1) Branca (2) Parda (3) Negra ou preta (4) Amarela (5) Indígena (6) IGN	SOCIO09
15. A entrevistadora verificou sua pressão arterial? (0) Não (1) Sim (9) IGN	VERPA
SOMENTE PARA O SEXO FEMININO 16. A Sra já ouviu falar no exame mamografia? (0) Sim (1) Não (9) IGN	MAM03

ANEXO F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O Sr(a) está sendo convidado a participar da pesquisa “CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL, 2009/10”. Sua colaboração neste estudo é MUITO IMPORTANTE, mas a decisão de participar é VOLUNTÁRIA, o que significa que o(a) Senhor(a) terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento.

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer a situação de saúde dos idosos com idade igual ou superior a 60 anos da cidade de Florianópolis – SC e sua relação com condições socioeconômicas, demográficas e de saúde.

Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO. Ou seja, o seu nome não será mencionado em qualquer hipótese ou circunstância, mesmo em publicações científicas. NÃO HÁ RISCOS quanto à sua participação e o BENEFÍCIO será conhecer a realidade da saúde dos moradores de Florianópolis, a qual poderá melhorar os serviços de saúde em sua comunidade.

Será realizada uma entrevista e também serão verificadas as seguintes medidas: pressão arterial (duas vezes), peso, altura, cintura e panturrilha que não causarão problemas à sua saúde. Para isso será necessário aproximadamente uma hora.

Em caso de dúvida o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com Professora Eleonora d’Orsi, coordenadora deste projeto de pesquisa, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública na UFSC, no Departamento de Saúde Pública, Campus Universitário, Trindade, ou pelo telefone (48) 3721 9388, ou e-mail eleonora@ccs.ufsc.br

Eu....., declaro estar esclarecido(a) sobre os termos apresentados e consinto por minha livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Florianópolis, ____ de _____ de 2010.

(assinatura do participante)

ANEXO G – REMUME do Município de Florianópolis

Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção Primária à Saúde
Gerência de Assistência Farmacêutica

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS
ESSENCIAIS
(ATUALIZADO EM 03/09/2009)

1. MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: Componente destinado a atender os agravos e programas específicos da atenção básica à saúde.

* As Farmácias de Referência Regional estão localizadas nas seguintes unidades de saúde: Regional Centro = Centro de Saúde Trindade; Regional Leste = CS Lagoa da Conceição; Regional Continente = CS Continente; Regional Norte = Policlínica Norte e Regional Sul = Policlínica Sul.

Analgésicos:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de Acesso
1.	Codeína, fosfato	30mg comprimido	Farmácia de Referência Regional* (Port. nº344/98 – Receita Controle Especial – Lista A2)
2.	Dipirona sódica	500mg/mL solução injetável IM, IV ampola 2mL	Centros de Saúde
3.	Dipirona sódica	500mg comprimido	Centros de Saúde
4.	Dipirona sódica	500mg/mL solução oral gotas frasco 10mL	Centros de Saúde
5.	Paracetamol	500mg comprimido	Centros de Saúde
6.	Paracetamol	200mg/mL solução oral gotas frasco 15mL	Centros de Saúde

Antibacterianos:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de Acesso
7.	Amoxicilina	50mg/mL pó para suspensão oral frasco 60mL	Centros de Saúde
8.	Amoxicilina	500mg cápsula	Centros de Saúde
9.	Amoxicilina + Clavulanato de potássio	50mg + 12,5mg/mL suspensão oral frasco 75mL	Centros de Saúde
10.	Amoxicilina + Clavulanato de potássio	500mg + 125mg comprimido revestido	Centros de Saúde
11.	Azitromicina diidratada	500mg comprimido revestido	Centros de Saúde
12.	Azitromicina	40mg/mL pó para suspensão oral frasco 15mL	Centros de Saúde
13.	Benzilpenicilina benzatina	1.200.000 UI pó para suspensão injetável IM	Centros de Saúde
14.	Benzilpenicilina benzatina	600.000 UI pó para suspensão injetável IM	Centros de Saúde
15.	Benzilpenicilina potássica + Benzilpenicilina procaína	100.000 UI + 300.000UI pó para suspensão injetável IM	Centros de Saúde
16.	Cefalexina	50mg/mL pó para suspensão oral frasco 60mL	Centros de Saúde
17.	Cefalexina	500mg comprimido revestido	Centros de Saúde
18.	Ciprofloxacino, cloridrato	500mg comprimido	Centros de Saúde

19.	Doxiciclina, cloridrato	100mg comprimido revestido	Farmácia de Referência Regional*
20.	Eritromicina, estolato	500mg comprimido revestido	Centros de Saúde
21.	Espiramicina	500mg (15M.U.I) comprimido revestido	Centros de Saúde
22.	Metronidazol	250mg comprimido revestido	Centros de Saúde
23.	Metronidazol	100mg/g gel vaginal bisnaga 50g	Centros de Saúde
24.	(Benzoil)Metronidazol	40mg/mL suspensão oral frasco 100mL	Centros de Saúde
25.	Neomicina + Bacitracina	5mg + 250UI/g pomada bisnaga 10g	Centros de Saúde
26.	Nitrofurantoína	100mg cápsula	Centros de Saúde
27.	Nitrofurantoína	5mg/mL suspensão oral frasco 120mL	Centros de Saúde
28.	Norfloxacino	400mg comprimido revestido	Centros de Saúde
29.	Sulfametoxazol + Trimetoprima	400mg + 80mg comprimido	Centros de Saúde
30.	Sulfametoxazol + Trimetoprima	40mg + 8mg/mL suspensão oral frasco 50mL	Centros de Saúde
31.	Tobramicina	3mg/mL solução oftálmica frasco 5mL	Centros de Saúde

Antiespasmódico:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
32.	Butilescopolamina, brometo (Hioscina)	10mg comprimido	Centros de Saúde
33.	Butilescopolamina, brometo (Hioscina)	20mg/mL solução injetável IM, IV, SC ampola 1mL	Centros de Saúde

Antifúngicos:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
34.	Clotrimazol	10mg/g creme bisnaga 20g	Centros de Saúde
35.	Fluconazol	150mg cápsula	Centros de Saúde
36.	Miconazol, nitrato	20mg/g creme vaginal bisnaga 80g	Centros de Saúde
37.	Nistatina	100.000UI/mL suspensão oral frasco 50mL	Centros de Saúde

Antihistamínico:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
38.	Dexclorfeniramina, maleato	0,4mg/mL solução oral frasco 120mL	Centros de Saúde
39.	Dexclorfeniramina, maleato	2mg comprimido	Centros de Saúde
40.	Loratadina	10mg comprimido	Centros de Saúde
41.	Loratadina	1mg/mL xarope frasco 100mL	Centros de Saúde
42.	Prometazina, cloridrato	25mg/mL solução injetável IM ampola 2mL	Centros de Saúde

Antiinflamatórios não hormonais:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
43.	Diclofenaco Potássico Resinato	15mg/mL solução oral gotas frasco 10mL	Centros de Saúde

44.	Diclofenaco Sódico	25mg/mL solução injetável IM ampola 3mL	Centros de Saúde
45.	Ibuprofeno	300mg comprimido	Centros de Saúde
46.	Nimesulida	100mg comprimido	Centros de Saúde

Antiparasitários:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
47.	Albendazol	400mg comprimido mastigável	Centros de Saúde

48.	Albendazol	40mg/mL suspensão oral frasco 10mL	Centros de Saúde
49.	Ivermectina	6mg comprimido	Centros de Saúde
50.	Mebendazol	20mg/mL suspensão oral frasco 30mL	Centros de Saúde
51.	Permetrina	50mg/mL (5%) loção frasco 60mL	Centros de Saúde
52.	Tiabendazol	50mg/mL suspensão oral frasco 60mL	Centros de Saúde
53.	Tiabendazol	500mg comprimido	Centros de Saúde
54.	Tiabendazol	50mg/g pomada bisnaga 45g	Centros de Saúde

Antivirais:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
55.	Aciclovir	200mg comprimido	Centros de Saúde
56.	Aciclovir	50mg/g creme bisnaga 10g	Centros de Saúde

Antivertiginoso:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
57.	Cinarizina	75mg comprimido	Centros de Saúde
58.	Dimenidrinato	100mg comprimido	Centros de Saúde

Corticosteróides:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
59.	Beclometasona dipropionato	50mcg/dose spray oral frasco com 200 doses	Centros de Saúde
60.	Beclometasona dipropionato	250mcg/dose spray oral frasco com 200 doses	Centros de Saúde
61.	Dexametasona	0,1mg/mL colírio oftálmico frasco 5mL	Centros de Saúde
62.	Dexametasona, acetato	1mg/g creme bisnaga 10g	Centros de Saúde
63.	Hidrocortisona, succinato sódico	100mg pó liófilo injetável IM, IV	Centros de Saúde
64.	Mometasona furoato	0,05mg/g spray nasal 60 atomizações	Centros de Saúde
65.	Prednisolona, fosfato sódico	3mg/mL solução oral frasco 60mL	Centros de Saúde
66.	Prednisona	20mg comprimido	Centros de Saúde
67.	Prednisona	5mg comprimido	Centros de Saúde

Insulinas e Antidiabéticos orais:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
68.	Glibenclamida	5mg comprimido	Centros de Saúde
69.	Insulina NPH	100UI/mL suspensão injetável frasco 10mL	Centros de Saúde
70.	Insulina Regular	100UI/mL suspensão injetável frasco 10mL	Centros de Saúde

71.	Metformina, cloridrato	850mg comprimido	Centros de Saúde
-----	---------------------------	------------------	------------------

Medicamentos que atuam sobre o Sistema Cardiovascular e Renal:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
72.	Ácido acetilsalicílico	100mg comprimido	Centros de Saúde
73.	Amiodarona	200mg comprimido	Centros de Saúde
74.	Anlodipino, besilato	10mg comprimido	Centros de Saúde
75.	Anlodipino, besilato	5mg comprimido	Centros de Saúde
76.	Atenolol	50mg comprimido	Centros de Saúde
77.	Captopril	25mg comprimido	Centros de Saúde
78.	Carvedilol	6,25mg comprimido	Centros de Saúde
79.	Digoxina	0,25mg comprimido	Centros de Saúde
80.	Enalapril, maleato	10mg comprimido	Centros de Saúde
81.	Espironolactona	25mg comprimido	Centros de Saúde
82.	Furosemida	10mg/mL solução injetável IM, IV ampola 2mL	Centros de Saúde
83.	Furosemida	40mg comprimido	Centros de Saúde
84.	Heparina sódica	5.000UI/0,25mL solução injetável SC ampola 0,25mL	Policlínica Centro (Gestação de Alto Risco)
85.	Hidroclorotiazida	25mg comprimido	Centros de Saúde
86.	Isossorbida, mononitrato	20mg comprimido	Centros de Saúde
87.	Isossorbida, dinitrato	5mg comprimido sublingual	Centros de Saúde
88.	Losartan potássico	50mg comprimido revestido	Centros de Saúde
89.	Metildopa	250mg comprimido revestido	Centros de Saúde
90.	Propranolol, cloridrato	40mg comprimido	Centros de Saúde
91.	Verapamil cloridrato	80mg comprimido revestido	Centros de Saúde

Medicamentos que atuam sobre os Sistemas Endócrino e Reprodutor:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
92.	Algestona, acetofenido + Estradiol, enantato	150mg + 10mg/mL injetável ampola 1mL	Centros de Saúde
93.	Estrogênio conjugado	0,3mg drágea	Centros de Saúde
94.	Estrogênio conjugado	0,625mg/g creme vaginal bisnaga 25g	Centros de Saúde
95.	Etinilestradiol + Gestodeno	0,02mg + 0,075mg comprimido	Centros de Saúde
96.	Etinilestradiol + Desogestrel	0,03mg + 0,15mg comprimido	Centros de Saúde
97.	Levonorgestrel + Etinilestradiol	0,15mg + 0,03mg comprimido	Centros de Saúde
98.	Levonorgestrel	0,75mg comprimido	Centros de Saúde
99.	Levotiroxina de sódio	100mcg comprimido	Centros de Saúde
100.	Levotiroxina de sódio	50mcg comprimido	Centros de Saúde
101.	Levotiroxina de sódio	25mcg comprimido	Centros de Saúde
102.	Medroxiprogesterona, acetato	150mg/mL injetável ampola 1mL	Centros de Saúde
103.	Medroxiprogesterona, acetato	2,5mg comprimido	Centros de Saúde
104.	Noretisterona	0,35mg comprimido	Centros de Saúde
105.	Noretisterona, enantato + Estradiol, valerato	50mg + 5mg/mL solução injetável ampola 1mL	Centros de Saúde

Medicamentos que atuam sobre o Sistema Digestivo:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
106.	Hidróxido de Alumínio	61,5mg/mL suspensão oral frasco 100mL	Centros de Saúde
107.	Metoclopramida, cloridrato	4mg/mL solução oral gotas frasco 10mL	Centros de Saúde
108.	Metoclopramida, cloridrato	10mg comprimido	Centros de Saúde
109.	Metoclopramida, cloridrato	05mg/mL solução injetável IM, IV ampola 2mL	Centros de Saúde
110.	Omeprazol	20mg cápsula	Centros de Saúde
111.	Ranitidina, cloridrato	150mg comprimido revestido	Centros de Saúde

Medicamentos que atuam sobre o Sistema Nervoso Central:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
112.	Ácido Valpróico	250mg cápsula	Farmácia de Referência Regional* (Port n° 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
113.	Ácido Valpróico (Valproato de sódio)	500mg comprimido revestido	Farmácia de Referência Regional* (Port n° 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
114.	Ácido Valpróico	50mg/mL xarope frasco 100mL	Farmácia de Referência Regional* (Port n° 344/98 - Receita Controle Especial – Lista

			C1)
115.	Amitriptilina	25mg comprimido	Farmácia de Referência Regional* (Port n° 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
116.	Biperideno, cloridrato	2mg comprimido	Farmácia de Referência Regional* (Port n° 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
117.	Carbamazepina	20mg/mL suspensão oral frasco 100mL	Farmácia de Referência Regional* (Port n° 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
118.	Carbamazepina	200mg comprimido	Farmácia de Referência Regional* (Port n° 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
119.	Clorpromazina, cloridrato	100mg comprimido	Farmácia de Referência Regional (Port n° 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
120.	Clorpromazina, cloridrato	25mg comprimido	Farmácia de Referência Regional (Port n° 344/98 - Receita Controle Especial)

			– Lista C1)
121.	Diazepam	10mg comprimido	Farmácia de Referência Regional* (Port n° 344/98 – Notificação de Receita B – Lista B1)
122.	Diazepam	5mg comprimido	Farmácia de Referência Regional* (Port n° 344/98 – Notificação de Receita B – Lista B1)
123.	Fenitoína	20mg/mL suspensão oral frasco 120mL	Farmácia de Referência Regional* (Port n° 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
124.	Fenitoína	100mg comprimido	Farmácia de Referência Regional* (Port n° 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
125.	Fenobarbital	40mg/mL solução oral gotas frasco 20mL	Farmácia de Referência Regional* (Port n° 344/98 – Notificação de Receita B – Lista B1)
126	Fenobarbital	100mg comprimido	Farmácia de Referência Regional* (Port n°

			344/98 – Notificação de Receita B – Lista B1)
127	Fluoxetina, cloridrato	20mg cápsula	Farmácia de Referência Regional* (Port nº 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
128	Haloperidol	5mg comprimido	Farmácia de Referência Regional* (Port nº 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
129	Haloperidol decanoato	50mg/mL solução injetável ampola 1mL	Farmácia de Referência Regional* (Prescrição de Psiquiatra - Port nº 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
130	Imipramina, cloridrato	25mg comprimido	Farmácia de Referência Regional* (Port nº 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
131	Lítio carbonato	300mg comprimido	Farmácia de Referência Regional* (Port nº 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
132	Levodopa + Carbidopa	250mg + 25mg comprimido	Centros de Saúde

Medicamentos que atuam sobre o Sistema Respiratório:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
133.	Aminofilina	24mg/mL solução injetável IV ampola 10mL	Centros de Saúde
134.	Fenoterol, bromidrato	5mg/mL solução inalante frasco 20mL	Centros de Saúde
135.	Ipratrópio, brometo	0,25mg/mL solução inalante frasco 20mL	Centros de Saúde
136.	Salbutamol, sulfato	0,4mg/mL xarope frasco 120mL	Centros de Saúde
137.	Salbutamol, sulfato	100mcg aerossol frasco com 200 doses	Centros de Saúde
138.	Solução Fisiológica nasal (cloreto de sódio)	9,0mg/mL solução nasal frasco 30 mL	Centros de Saúde

Vitaminas e Sais Minerais:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
139.	Ácido fólico	5mg comprimido revestido	Centros de Saúde
140.	Ácido folínico	15mg comprimido	Centros de Saúde
141.	Cálcio carbonato	500mg (Ca ²⁺) comprimido mastigável	Centros de Saúde
142.	Sulfato Ferroso	25mg/mL (Fe ²⁺) solução oral gotas frasco 30mL	Centros de Saúde
143.	Sulfato Ferroso	40mg (Fe ²⁺) comprimido revestido	Centros de Saúde
144.	Sulfato Ferroso	12,5mg/2mL xarope frasco 30mL	Centros de Saúde
145.	Vitamina C	200mg/mL solução oral frasco 20mL	Centros de Saúde
146.	Vitamina complexo B	B1 4mg + B2 2mg + B3 10mg + B5 2mg +	Centros de Saúde

		B6 1mg comprimido	
147.	Vitamina complexo B	B1 3mg/mL + B2 3mg/mL + B6 3mg/mL + PP 10mg/mL + B5 3mg/mL solução oral gotas 30mL	Centros de Saúde

Outros:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
148.	Colagenase	1,2UI pomada 30g	Centros de Saúde (Programa de Atenção Domiciliar)
149.	Diafragma		Centros de Saúde
150.	Dispositivo Intra-Uterino (DIU)	Unidade	Centros de Saúde
151.	Fita reativa para glicemia capilar	Unidade	Centros de Saúde
152.	Gel Lubrificante	Sache com 5g	Centros de Saúde
153.	Lanceta	Unidade	Centros de Saúde
154.	Lidocaína cloridrato	100mg/5g gel	Centros de Saúde (Programa de Atenção Domiciliar)
155.	Nonoxinol	20mg/g gel espermicida bisnaga 40g	Centros de Saúde
156.	Óleo Mineral	100% frasco 100mL	Centros de Saúde (Programa de Atenção Domiciliar)
157.	Óxido de zinco + Óleo de fígado de bacalhau + Vitamina A e D3	150mg/g pomada bisenaga 45g	Centros de Saúde
158.	Pasta d'água	Frasco de 100g	Centros de Saúde
159.	Preservativo	Unidade	Centros de Saúde

	Masculino 49mm		
160.	Preservativo Masculino 52mm	Unidade	Centros de Saúde
161.	Preservativo Masculino 55mm	Unidade	Centros de Saúde
162.	Preservativo Feminino	Unidade	Centros de Saúde
163.	Sais para Reidratação oral	Pó para solução oral, envelope 27,9g	Centros de Saúde

- 2. MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESTRATÉGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:** Componente destinado a atender os seguintes programas estratégicos de saúde: I - controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; II - anti-retrovirais do programa DST/Aids; III - sangue e hemoderivados; e IV - imunobiológicos.

Informações acerca do acesso aos medicamentos para as endemias não relacionadas abaixo poderão ser adquiridas na Gerência de Vigilância Epidemiológica desta Secretaria: 32391590.

2.1. MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS PARA TRATAMENTO DO TABAGISMO:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
164.	Nicotina	Goma de mascar 02mg	Farmácia de Referência Regional*
165.	Nicotina	Adesivo 07mg	Farmácia de Referência Regional*
166.	Nicotina	Adesivo 14mg	Farmácia de Referência Regional*
167.	Nicotina	Adesivo 21mg	Farmácia de

			Referência Regional*
168.	Bupropiona, cloridrato	150mg comprimido	Farmácia de Referência Regional* (Port n° 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)

2.2. MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS PARA TRATAMENTO DO HIV/AIDS:

Anti-retrovirais (Portaria n°344/98 – Lista C4 - Receituário do Programa):

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
169.	Abacavir (ABC)	300mg comprimido	Policlínica Centro
170.	Abacavir (ABC)	20mg/mL solução oral	Policlínica Centro
171.	Atazanavir (ATV)	150mg cápsula	Policlínica Centro
172.	Atazanavir (ATV)	200mg cápsula	Policlínica Centro
173.	Atazanavir (ATV)	300mg cápsula	Policlínica Centro
174.	Darunavir** (DRV)	300mg comprimido	Policlínica Centro
175.	Didanosina (ddI)	4g pó para solução oral	Policlínica Centro
176.	Didanosina Entérica (ddI EC)	250mg cápsula	Policlínica Centro
177.	Didanosina Entérica (ddI EC)	400mg cápsula	Policlínica Centro
178.	Efavirenz	600mg comprimido	Policlínica Centro

	(EFZ)		
179.	Efavirenz (EFZ)	200mg cápsula	Policlínica Centro
180.	Efavirenz (EFZ)	30mg/mL solução oral	Policlínica Centro
181.	Enfuvirtida** (T-20)	90mg/mL solução oral	Policlínica Centro
182.	Estavudina (d4T)	1mg pó para solução oral	Policlínica Centro
183.	Estavudina (d4T)	30mg cápsula	Policlínica Centro
184.	Fosamprenavir (FPV)	700mg comprimido	Policlínica Centro
185.	Indinavir (IDV)	400mg comprimido	Policlínica Centro
186.	Lamivudina (3TC)	10mg/mL solução oral	Policlínica Centro
187.	Lamivudina (3TC)	150mg comprimido	Policlínica Centro
188.	Lopinavir + Ritonavir (LPV/r)	200mg + 50mg comprimido	Policlínica Centro
189.	Lopinavir + Ritonavir (LPV/r)	80mg + 20mg/mL solução oral	Policlínica Centro
190.	Nevirapina (NVP)	200mg comprimido	Policlínica Centro
191.	Nevirapina (NVP)	10mg/mL suspensão oral	Policlínica Centro
192.	Raltegravir**	400mg comprimido	Policlínica Centro
193.	Ritonavir (RTV)	100mg cápsula	Policlínica Centro
194.	Saquinavir (SQV)	200mg cápsula	Policlínica Centro
195.	Tenofovir (TDF)***	300mg comprimido	Policlínica Centro
196.	Zidovudina (AZT)	100mg cápsula	Policlínica Centro
197.	Zidovudina (AZT)	10mg/mL solução injetável	Policlínica Centro

198.	Zidovudina (AZT)	10mg/mL solução oral	Policlínica Centro
199.	Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC)	300mg + 150mg comprimido	Policlínica Centro

** Para solicitar os medicamentos **Darunavir**, **Enfuvirtida** e **Raltegravir** o médico deve preencher o formulário para dispensação dos mesmos, anexar cópia da genotipagem e encaminhar para a farmácia da Policlínica Centro/UDM (Unidade Dispensadora de Medicamentos). A farmácia/UDM encaminha para a Coordenação Estadual do Programa, que envia ao Programa Nacional de DST. Após análise, um parecer é emitido acerca da liberação ou não dos medicamentos. Caso seja autorizado, seguem-se os mesmos critérios de acesso aos demais medicamentos antiretrovirais.

*** Para solicitar o medicamento **Tenofovir** o médico deve preencher o formulário para dispensação do mesmo e anexar uma justificativa clínica podendo ser utilizado para tal uma receitaário comum.

Anti-infectantes para tratamento de infecções oportunistas:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
200.	Aciclovir	250mg pó para solução injetável	Policlínica Centro
201.	Anfotericina B	50mg pó para preparação injetável	Policlínica Centro
202.	Clindamicina	300mg comprimido	Policlínica Centro
203.	Dapsona	100mg comprimido	Policlínica Centro
204.	Fluconazol	100mg cápsula	Policlínica Centro
205.	Ganciclovir	500mg pó para solução injetável	Policlínica Centro
206.	Itraconazol	100mg comprimido	Policlínica Centro
207.	Pentamidina	300mg solução injetável	Policlínica Centro
208.	Pirimetamina****	25mg comprimido	Policlínica Centro
209.	Sulfadiazina****	500mg comprimido	Policlínica Centro

**** Medicamentos dispensados e fornecidos também para toxoplasmose.

2.3. MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS PARA TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: Serão enviados aos Centros de Saúde mediante solicitação às Coordenações Regionais que farão os encaminhamentos necessários a Gerência de Assistência Farmacêutica. A solicitação e fornecimento dos medicamentos aos portadores de Tuberculose MDR é de responsabilidade dos Infectologistas de Referência das Policlínicas Centro, Continente e Norte.

***** Medicamentos utilizados em Esquemas Alternativos (presença de hepatopatia, neuropatia...) e para tratamento de Tuberculose Multidrogaresistente (MDR).

Anti-infectantes:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
210.	Amicacina*****	250mg/mL solução injetável	Policlínica e Centro de Saúde Solicitante
211.	Amicacina*****	1g pó para solução injetável	Policlínica e Centro de Saúde Solicitante
212.	Ciprofloxacino*****	250mg comprimido	Policlínica e Centro de Saúde Solicitante
213.	Clarithromicina*****	500mg comprimido	Policlínica e Centro de Saúde Solicitante
214.	Estreptomicina (S)	1g pó para solução injetável	Centro de Saúde Solicitante
215.	Etambutol (E)	400mg comprimido	Centro de Saúde Solicitante
216.	Etambutol (E)	25mg/mL suspensão oral	Centro de Saúde Solicitante
217.	Etionamida (Et)	250mg comprimido	Centro de Saúde Solicitante
218.	Levofloxacino*****	500mg comprimido	Policlínica e Centro de Saúde Solicitante
219.	Rifampicina (R) + Isoniazida (H)	150mg + 100mg comprimido	Centro de Saúde Solicitante
220.	Rifampicina (R)+	300mg + 200mg	Centro de Saúde

	Isoniazida (H)	comprimido	Solicitante
221.	Isoniazida (H)	100mg comprimido	Centro de Saúde Solicitante
222.	Ofloxacino*****	200mg comprimido	Policlínica e Centro de Saúde Solicitante
223.	Ofloxacino*****	400mg comprimido	Policlínica e Centro de Saúde Solicitante
224.	Pirazinamida (Z)	500mg comprimido	Centro de Saúde Solicitante
225.	Pirazinamida (Z)	30mg/mL xarope	Centro de Saúde Solicitante
226.	Rifampicina (R)	20mg/mL suspensão oral	Centro de Saúde Solicitante
227.	Rifampicina (R)	300mg comprimido	Centro de Saúde Solicitante
228.	Terizidona*****	250mg comprimido	Policlínica e Centro de Saúde Solicitante
229.	Tuberculina PPD 23*****	Solução injetável	Policlínica e Centro de Saúde Solicitante

Vitaminas:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
230.	Piridoxina (Vit. B6)*****	100mg comprimido	Policlínica e Centro de Saúde Solicitante

2.4. MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS PARA TRATAMENTO DA HANSENÍASE: Serão enviados às Policlínicas mediante solicitação às Coordenações Regionais que farão os encaminhamentos necessários a Gerencia de Assistência Farmacêutica.

Anti-infectantes:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
231.	Clofazimina, Dapsona, Rifampicina	Blister Multibacilar Adulto (3cps Clofazimina 100mg, 27cps Clofazimina 50mg, 28cps Dapsona 100mg, 2cáps Rifampicina 300mg)	Policlínicas Centro, Continente e Norte
232.	Clofazimina, Dapsona, Rifampicina	Blister Multibacilar Infantil (16cáps Clofazimina 50mg, 28cps Dapsona 50mg, 1cáps, Rifampicina 150mg, 1cáps Rifampicina 300mg)	Policlínicas Centro, Continente e Norte
233.	Dapsona, Rifampicina	Blister Paucibacilar Adulto (28cps Dapsona 100mg, 2cáps Rifampicina 30 mg)	Policlínicas Centro, Continente e Norte
234.	Dapsona, Rifampicina	Blister Paucibacilar Infantil (28cps Dapsona 50mg, 1cáps Rifampicina 150mg, 1 cáps Rifampicina	Policlínicas Centro, Continente e Norte

		300mg)	
235.	Clofazimina	50mg comprimido	Policlínicas Centro, Continente e Norte
236.	Clofazimina	100mg comprimido	Policlínicas Centro, Continente e Norte
237.	Minociclina	100mg comprimido	Policlínicas Centro, Continente e Norte
-	Ofloxacino	400mg comprimido	Policlínicas Centro, Continente e Norte
-	Rifampicina	300mg comprimido	Policlínicas Centro, Continente e Norte
-	Rifampicina	20mg/mL suspensão oral	Policlínicas Centro, Continente e Norte

Vasodilatador periférico:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
238.	Pentoxifilina	400mg comprimido	Policlínicas Centro, Continente e Norte

Imunomodulador:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
239.	Talidomida	100mg comprimido	Policlínicas Centro, Continente e Norte (Port nº 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C3)

2.5. MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS PARA MANEJO DA SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA AO ÁLCOOL: Serão enviados aos Centros de Saúde mediante solicitação à Coordenação do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-ad) que dará o encaminhamento necessário à Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF).

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
240.	Vitamina B1 + B6 + B12	50mg/mL + 50mg/mL + 2.500mcg/mL	Centro de Saúde Habilitado

		solução injetável por ampola 2mL	
241.	Vitamina B1 (Tiamina, cloridrato)	300mg comprimido	Centro de Saúde Habilitado

3. **MEDICAMENTOS DO COMPONENTE DE DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL:** Componente cujos medicamentos são dispensados conforme critérios estabelecidos em portarias do Ministério da Saúde que podem ser acessadas através do endereço <http://www.saude.sc.gov.br/DIAF/medexp/index.htm>. A aquisição e a realização das análises técnicas dos processos de solicitação destes medicamentos são de responsabilidade da Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde. A abertura dos processos de solicitação e a dispensação dos medicamentos ocorrem na Farmácia Escola UFSC/PMF cujo telefone para informações é 3721 9647.

Agente quelante ferro:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
242.	Deferoxamina, acetato	500mg injetável frasco ampola	Farmácia Escola UFSC/PMF

Agente regulador de lípidos:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
243.	Genfibrozila	600mg cápsula ou comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
244.	Genfibrozila	900mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF

Antianêmico:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
245.	Eritropoetina	10.000UI	Farmácia Escola UFSC/PMF
246.	Eritropoetina Humana Recombinante	2.000UI	Farmácia Escola UFSC/PMF

247.	Eritropoetina Humana Recombinante	3.000UI	Farmácia Escola UFSC/PMF
248.	Eritropoetina Humana Recombinante	4.000UI	Farmácia Escola UFSC/PMF
249.	Hidróxido de Ferro	20mg/mL injetável	Farmácia Escola UFSC/PMF

Antibacteriano:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
250.	Ciprofloxacino	250mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
251.	Ciprofloxacino	500mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF

Anticorpo monoclonal:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
252.	Adalimumab	40mg injetável seringa preenchida	Farmácia Escola UFSC/PMF

Antieléptico:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
253.	Gabapentina	300mg cápsula	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port nº 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
254.	Gabapentina	400mg cápsula	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port nº 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
255.	Lamotrigina	100mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port nº 344/98 - Receita Controle Especial –

			Lista C1)
256.	Lamotrigina	25mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port n° 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)

257	Topiramato	25mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port n° 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
258	Topiramato	50mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port n° 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
259	Topiramato	100mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port n° 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
260	Vigabatrina	500mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port n° 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)

Antiestrogênico:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
261.	Raloxifeno	60mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF

Antiglutamatergico:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
262.	Riluzol	50mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF

Antigonadotrófico:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
263.	Danazol	100mg cápsula	Farmácia Escola UFSC/PMF

Antiinflamatório esteroideal:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
264.	Beclometasona	200mcg cápsula inalante	Farmácia Escola UFSC/PMF
265.	Beclometasona	400mcg cápsula inalante	Farmácia Escola UFSC/PMF
266.	Beclometasona dipropionato	250mcg spray frasco	Farmácia Escola UFSC/PMF
267.	Budesonida	200mcg pó inalante aerossol bucal frasco	Farmácia Escola UFSC/PMF
268.	Fludrocortisona	0,1mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
269.	Hidrocortisona	20mg	Farmácia Escola UFSC/PMF
270.	Hidrocortisona	10mg	Farmácia Escola UFSC/PMF

Antiinflamatório intestinal:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
271.	Mesalazina	1.000mg supositório	Farmácia Escola UFSC/PMF
272.	Mesalazina	250mg-supositório	Farmácia Escola UFSC/PMF
273.	Mesalazina	500mg supositório	Farmácia Escola UFSC/PMF
274.	Mesalazina	400mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
275.	Mesalazina	500mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
276.	Mesalazina	800mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
277.	Mesalazina	3g frasco 100ml	Farmácia Escola

	enema		UFSC/PMF
278.	Sulfassalazina	500mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF

Antilipêmico:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
279.	Atorvastatina	20mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
280.	Atorvastatina	10mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
281.	Lovastatina	20mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
282.	Lovastatina	40mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
283.	Pravastatina	10mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
284.	Pravastatina	20mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
285.	Pravastatina	40mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
286.	Sinvastatina	10mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
287.	Sinvastatina	20mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
288.	Sinvastatina	40mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
289.	Sinvastatina	80mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF

Antineoplásico:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
290.	Hidroxiuréia	500mg cápsula	Farmácia Escola UFSC/PMF

Antiparasitário:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
291.	Hidróxicloroquina, sulfato	400mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF

Antiparkinsoniano:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
292.	Entacopona	200mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port n° 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
293.	Levodopa + Benserazida	100mg + 25mg cápsula ou comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
294.	Levodopa + Benserazida	200mg + 50mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
295.	Levodopa + Carbidopa	250mg + 25mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
296.	Pramipexol	0,125mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port n° 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
297.	Pramipexol	0.25mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port n° 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
298.	Pramipexol	1mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port n° 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
299.	Tolcapona	100mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port n° 344/98 - Receita Controle

			Especial – Lista C1)
--	--	--	----------------------

Antipsicótico:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
300.	Clozapina	100mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port nº 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
301.	Olanzapina	10mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port nº 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
302.	Olanzapina	5mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port nº 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
303.	Quetiapina, fumarato	100mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port nº 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
304.	Quetiapina, fumarato	200mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port nº 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
305.	Quetiapina, fumarato	25mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port nº 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
306.	Risperidona	1mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port

			nº 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
307.	Risperidona	2mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port nº 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
308.	Ziprasidona	40mg cápsula	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port nº 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)
309.	Ziprasidona	80mg cápsula	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port nº 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)

Antipsoriático:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
310.	Acitretina	10mg cápsula	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port nº 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C2)
311.	Acitretina	25mg cápsula	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port nº 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C2)

Antireumático:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
312.	Etanercept	25mg injetável frasco ampola	Farmácia Escola UFSC/PMF

Antiviral:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
313.	Lamivudina	150mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port nº 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C4)
314.	Ribavirina	250mg cápsula	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port nº 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)

Bifosfonado:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
315.	Alendronato de Sódio	10mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
316.	Alendronato de sodio	70mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF

Broncodilatador:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
317.	Formoterol + Budesonida	6mcg + 200mcg pó inalante frasco	Farmácia Escola UFSC/PMF
318.	Formoterol + Budesonida	6mcg + 200mcg cápsula inalante	Farmácia Escola UFSC/PMF
319.	Formoterol, fumarato + Budesonida	12mcg + 400mcg pó inalante frasco	Farmácia Escola UFSC/PMF
320.	Formoterol, fumarato + Budesonida	12mcg + 400mcg cápsula inalante	Farmácia Escola UFSC/PMF
321.	Formoterol, fumarato	12 mcg pó inalante frasco	Farmácia Escola UFSC/PMF
322.	Formoterol, fumarato	12 mcg cápsula inalante	Farmácia Escola UFSC/PMF

323.	Salbutamol	100mcg aerosol frasco	Farmácia Escola UFSC/PMF
-------------	------------	--------------------------	-----------------------------

Citocina:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
324.	Filgrastima	300mcg injetável frasco ampola	Farmácia Escola UFSC/PMF

Derivado do ácido retinóico:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
325.	Isotretinoína	10mg cápsula	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port nº 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C2)
326.	Isotretinoína	20mg cápsula	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port nº 344/98 - Receita Controle Especial - Lista C2)

Enzima:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
327.	Dornase Alfa	2,5mg injetável ampola	Farmácia Escola UFSC/PMF
328.	Enzima Pancreática (Lipase, Amilase, Protease)	12.000UI	Farmácia Escola UFSC/PMF
329.	Enzima Pancreática (Lipase, Amilase, Protease)	18.000UI	Farmácia Escola UFSC/PMF
330.	Enzima Pancreática	4.500UI	Farmácia Escola UFSC/PMF

	(Lipase, Amilase, Protease)		
331.	Imiglucerase	200UI injetável frasco ampola	Farmácia Escola UFSC/PMF

Hipolipemiante:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
332.	Bezafibrato	200mg drágea	Farmácia Escola UFSC/PMF
333.	Bezafibrato	400mg drágea	Farmácia Escola UFSC/PMF
334.	Ciprofibrato	100mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF

Hormônio do crescimento:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
335.	Somatotrofina recombinante humana	4UI injetável frasco ampola	Farmácia Escola UFSC/PMF
336.	Somatotrofina recombinante humana	12UI injetável frasco ampola	Farmácia Escola UFSC/PMF

Hormônio hipotalâmico:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
337.	Octreotida	0,1mg/ml injetável ampola	Farmácia Escola UFSC/PMF
338.	Octreotida lar	10mg injetável frasco ampola	Farmácia Escola UFSC/PMF
339.	Octreotida lar	20mg injetável frasco ampola	Farmácia Escola UFSC/PMF
340.	Octreotida lar	30mg injetável frasco ampola	Farmácia Escola UFSC/PMF

Hormônio liberador de gonadotrofina:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
341.	Goserelina	10,8mg injetável seringa preenchida	Farmácia Escola UFSC/PMF
342.	Goserelina	3,6mg injetável frasco ampola	Farmácia Escola UFSC/PMF
343.	Leuprolida, acetato	3,75mg injetável frasco	Farmácia Escola UFSC/PMF
344.	Leuprolida, acetato	11,25mg injetável seringa preenchida	Farmácia Escola UFSC/PMF

Hormônio pituitário:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
345.	Desmopressina, acetato	0,1mg/ml aplicação nasal frasco	Farmácia Escola UFSC/PMF

Hormônio tireoidiano:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
346.	Levotiroxina Sódica	150mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
347.	Levotiroxina sodica	100mcg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
348.	Levotiroxina sodica	50mcg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
349.	Levotiroxina Sódica	25mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF

Imunoglobulina:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
350.	Imunoglobulina anti-hepatite B	100UI injetável frasco	Farmácia Escola UFSC/PMF
351.	Imunoglobulina anti-hepatite B	1.000UI injetável frasco	Farmácia Escola UFSC/PMF
352.	Imunoglobulina Humana	1,0g injetável frasco	Farmácia Escola UFSC/PMF

353.	Imunoglobulina Humana	5,0g injetável frasco	Farmácia Escola UFSC/PMF
-------------	-----------------------	-----------------------	--------------------------

Imunomodulador:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
354.	Glatiramer, acetato	20mg injetável frasco ampola ou seringa preenchida	Farmácia Escola UFSC/PMF
355.	Alfainterferona 2b	10.000.000UI frasco ampola	Farmácia Escola UFSC/PMF
356.	Alfainterferona 2b	5.000.000UI frasco ampola	Farmácia Escola UFSC/PMF
357.	Alfainterferona 2b	3.000.000UI frasco ampola	Farmácia Escola UFSC/PMF
358.	Alfapeguinterferona 2a	100mcg frasco ampola	Farmácia Escola UFSC/PMF
359.	Alfapeguinterferona 2b	120mcg frasco ampola	Farmácia Escola UFSC/PMF
360.	Alfapeguinterferona 2b	180mcg frasco ampola	Farmácia Escola UFSC/PMF
361.	Alfapeguinterferona 2b	80mcg frasco ampola	Farmácia Escola UFSC/PMF
362.	Interferon Beta 1a	12.000.000UI (44 mcg)	Farmácia Escola UFSC/PMF
363.	Interferon Beta 1a	6.000.000UI (22mcg)	Farmácia Escola UFSC/PMF
364.	Interferon Beta 1a	6.000.000UI (30 mcg)	Farmácia Escola UFSC/PMF
365.	Interferon Beta 1b	9.600.000UI	Farmácia Escola UFSC/PMF

Imunossupressor:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
366.	Azatioprina	50mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
367.	Ciclosporina	100mg cápsula	Farmácia Escola UFSC/PMF

368.	Ciclosporina	25mg cápsula	Farmácia Escola UFSC/PMF
369.	Ciclosporina	50mg cápsula	Farmácia Escola UFSC/PMF
370.	Ciclosporina	100mg/mL solução oral frasco	Farmácia Escola UFSC/PMF
371.	Infliximab	10mg/mL injetável frasco	Farmácia Escola UFSC/PMF
372.	Leflunomide	20mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
373.	Metotrexato	2,5mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF

374	Metotrexato reconstituído	25mg/mL injetável frasco ampola	Farmácia Escola UFSC/PMF
375	Micofenolato mofetil	500mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
376	Micofenolato sodico	180mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
377	Micofenolato sodico	360mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
378	Sirulimos	1mg/mL solução oral frasco	Farmácia Escola UFSC/PMF
379	Sirulimus	1mg drágea	Farmácia Escola UFSC/PMF
380	Tacrolimus	1mg cápsula	Farmácia Escola UFSC/PMF
381	Tacrolimus	5mg cápsula	Farmácia Escola UFSC/PMF

Inibidor da acetilcolinesterase:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
382.	Donepezil	10mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
383.	Donepezil	5mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
384.	Rivastigmina	1,5mg cápsula	Farmácia Escola UFSC/PMF

385.	Rivastigmina	3,0mg cápsula	Farmácia Escola UFSC/PMF
386.	Rivastigmina	4,5mg cápsula	Farmácia Escola UFSC/PMF
387.	Rivastigmina	6,0mg cápsula	Farmácia Escola UFSC/PMF

Inibidor da monoaminoxidase:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
388.	Selegelina	5mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF (Port n° 344/98 - Receita Controle Especial – Lista C1)

Inibidor da prolactina:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
389.	Bromocriptina	2,5mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF
390.	Cabergolina	0,5mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF

Medicamento para tratamento da hiperfosfatemia:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
391.	Sevelamer, hidrocloro	800mg comprimido	Farmácia Escola UFSC/PMF

Quelante:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
392.	Penicilamina	250mg cápsula	Farmácia Escola UFSC/PMF

Regulador do equilíbrio do cálcio e/ou do fosfato:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
393.	Alfacalcidol	1mg cápsula	Farmácia Escola

			UFSC/PMF
394.	Calcitonina sintética de salmao	200UI solução nasal frasco	Farmácia Escola UFSC/PMF

Relaxante muscular de ação periférica:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
395.	Toxina botulínica tipo A	100UI injetável frasco ampola	Farmácia Escola UFSC/PMF
396.	Toxina botulínica tipo A	500UI injetável frasco ampola	Farmácia Escola UFSC/PMF

Suplemento alimentar:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
397.	Complemento Alimentar para Fenilcetonúricos maiores de 1 ano de idade	Lata	Farmácia Escola UFSC/PMF
398.	Complemento Alimentar para Fenilcetonúricos menores de 1 ano de idade	Lata	Farmácia Escola UFSC/PMF

Vitaminas:

Item	Medicamento	Apresentação	Local de acesso
399.	Calcitriol	0,25mcg cápsula	Farmácia Escola UFSC/PMF
400.	Calcitriol	1mcg injetável ampola	Farmácia Escola UFSC/PMF

**ANEXO H – Comparação da REMUME de Florianópolis com a
RENAME 2008**

REMUME Florianópolis	Apresentação	Rename 2008	ATC
Aciclovir	200mg comprimido	Sim	J05AB01
Aciclovir	50mg/g creme bisnaga 10g	Não	J05AB01
Ácido acetilsalicílico	100mg comprimido	Sim	B01AC06
Ácido fólico	5mg comprimido revestido	Sim	B03BB01
Ácido fólico	15mg comprimido	Não	
Ácido Valpróico	250mg cápsula	Sim	N03AG01
Ácido Valpróico	50mg/mL xarope frasco 100mL	Sim	N03AG01
Ácido Valpróico (Valproato de sódio)	500mg comprimido revestido	Sim	N03AG01
Albendazol	400mg comprimido mastigável	Sim	P02CA03
Albendazol	40mg/mL suspensão oral frasco 10mL	Sim	P02CA03
Algestona, acetofenido + Estradiol, enantato	150mg + 10mg/mL injetável ampola 1mL	Não	
Aminofilina	24mg/mL solução injetável IV ampola 10mL	Não	
Amiodarona	200mg comprimido	Sim	C01BD01
Amitriptilina	25mg comprimido	Sim	N06AA09
Amoxicilina	50mg/mL pó para suspensão oral frasco 60mL	Sim	J01CA04
Amoxicilina	500mg cápsula	Sim	J01CA04
Amoxicilina + Clavulanato de potássio	50mg + 12,5mg/mL suspensão oral frasco 75mL	Sim	J01CR02
Amoxicilina + Clavulanato de potássio	500mg + 125mg comprimido revestido	Sim	J01CR02
Anlodipino, besilato	10mg comprimido	Sim	C08CA01
Anlodipino, besilato	5mg comprimido	Sim	C08CA01
Atenolol	50mg comprimido	Sim	C07AB03

Azitromicina	40mg/mL pó para suspensão oral frasco 15mL	Sim	J01FA10
Azitromicina diidratada	500mg comprimido revestido	Sim	J01FA10
Beclometasona dipropionato	50mcg/dose spray oral frasco com 200 doses	Sim	R03BA01
Beclometasona dipropionato	250mcg/dose spray oral frasco com 200 doses	Sim	R03BA01
Benzilpenicilina benzatina	1.200.000 UI pó para suspensão injetável IM	Sim	J01CE08
Benzilpenicilina benzatina	600.000 UI pó para suspensão injetável IM	Sim	J01CE08
Benzilpenicilina potássica + Benzilpenicilina procaína	100.000 UI + 300.000UI pó para suspensão injetável IM	Sim	J01CE30
Biperideno, cloridrato	2mg comprimido	Sim	N04AA02
Butilescopolamina, brometo (Hioscina)	10mg comprimido	Não	A03BB01
Butilescopolamina, brometo (Hioscina)	20mg/mL solução injetável IM, IV, SC ampola 1mL	Não	
Cálcio carbonato	500mg (Ca ²⁺) comprimido mastigável	Sim	A12AA04
Captopril	25mg comprimido	Sim	C09AA01
Carbamazepina	20mg/mL suspensão oral frasco 100mL	Sim	N03AF01
Carbamazepina	200mg comprimido	Sim	N03AF01
Carvedilol	6,25mg comprimido	Sim	C07AG02
Cefalexina	50mg/mL pó para suspensão oral frasco 60mL	Sim	J01DB01
Cefalexina	500mg comprimido revestido	Sim	J01DB01
Cinarizina	75mg comprimido	Não	N07CA02
Ciprofloxacino, cloridrato	500mg comprimido	Sim	J01MA02
Clorpromazina,	100mg comprimido	Sim	N05AA01

cloridrato			
Clorpromazina, cloridrato	25mg comprimido	Sim	N05AA01
Clotrimazol	10mg/g creme bisnaga 20g		D01AC01
Codeína, fosfato	30mg comprimido	Sim	N02AA08
Colagenase	1,2UI pomada 30g	Não	D03BA02
Dexametasona	0,1mg/mL colírio oftálmico frasco 5mL	Sim	S01BA01
Dexametasona, acetato	1mg/g creme bisnaga 10g	Sim	D07AB19
Dexclorfeniramina, maleato	0,4mg/mL solução oral frasco 120mL	Sim	R06AB02
Dexclorfeniramina, maleato	2mg comprimido	Sim	R06AB02
Diazepam	10mg comprimido	Não	N05BA01
Diazepam	5mg comprimido	Sim	N05BA01
Diclofenaco Potássico Resinato	15mg/mL solução oral gotas frasco 10mL	Não	M01AB05
Diclofenaco Sódico	25mg/mL solução injetável IM ampola 3mL	Não	M01AB05
Digoxina	0,25mg comprimido	Sim	C01AA05
Dimenidrinato	100mg comprimido	Não	A04AD60
Dipirona sódica	500mg/mL solução injetável IM, IV ampola 2mL	Sim	N02BB02
Dipirona sódica	500mg comprimido	Não	N02BB02
Dipirona sódica	500mg/mL solução oral gotas frasco 10mL	Sim	N02BB02
Doxiciclina, cloridrato	100mg comprimido revestido	Sim	J01AA02
Enalapril, maleato	10mg comprimido	Sim	C09AA02
Eritromicina, estolato	500mg comprimido revestido	Sim	J01FA01
Espiramicina	500mg (15M.U.I) comprimido revestido	Sim	J01FA02
Espironolactona	25mg comprimido	Sim	C03DA01
Estrogênio conjugado	0,3mg drágea	Sim	G03CA57

Estrogênio conjugado	0,625mg/g creme vaginal bisnaga 25g	Sim	G03CA57
Etinilestradiol + Desogestrel	0,03mg + 0,15mg comprimido	Não	
Etinilestradiol + Gestodeno	0,02mg + 0,075mg comprimido	Não	
Fenitoína	20mg/mL suspensão oral frasco 120mL	Sim	N03AB02
Fenitoína	100mg comprimido	Sim	N03AB02
Fenobarbital	40mg/mL solução oral gotas frasco 20mL	Sim	N03AA02
Fenobarbital	100mg comprimido	Sim	N03AA02
Fenoterol, bromidrato	5mg/mL solução inalante frasco 20mL	Não	R03AC04
Fluconazol	150mg cápsula	Sim	J02AC01
Fluoxetina, cloridrato	20mg cápsula	Sim	N06AB03
Furosemida	10mg/mL solução injetável IM, IV ampola 2mL	Sim	C03CA01
Furosemida	40mg comprimido	Sim	C03CA01
Glibenclamida	5mg comprimido	Sim	A10BB01
Haloperidol	5mg comprimido	Sim	N05AD01
Haloperidol decanoato	50mg/mL solução injetável ampola 1mL	Sim	N05AD01
Heparina sódica	5.000UI/0,25mL solução injetável SC ampola 0,25mL	Sim	B01AB01
Hidroclorotiazida	25mg comprimido	Sim	C03AA03
Hidrocortisona, succinato sódico	100mg pó líofilo injetável IM, IV	Sim	H02AB09
Hidróxido de Alumínio	61,5mg/mL suspensão oral frasco 100mL	Não	A02AB01
Ibuprofeno	300mg comprimido	Sim	M01AE01
Imipramina, cloridrato	25mg comprimido	Não	N06AA02
Insulina NPH	100UI/mL suspensão injetável frasco 10mL	Sim	A10AC01

Insulina Regular	100UI/mL suspensão injetável frasco 10mL	Sim	A10AB01
Ipratrópio, brometo	0,25mg/mL solução inalante frasco 20mL	Sim	R03BB01
Isossorbida, dinitrato	5mg comprimido sublingual	Sim	C01DA08
Isossorbida, mononitrato	20mg comprimido	Sim	C01DA14
Ivermectina	6mg comprimido	Sim	P02CF01
Levodopa + Carbidopa	250mg + 25mg comprimido	Sim	N04BA02
Levonorgestrel	0,75mg comprimido	Sim	G03AC03
Levonorgestrel + Etinilestradiol	0,15mg + 0,03mg comprimido	Sim	G03AA07
Levotiroxina de sódio	100mcg comprimido	Sim	H03AA01
Levotiroxina de sódio	50mcg comprimido	Sim	H03AA01
Levotiroxina de sódio	25mcg comprimido	Sim	H03AA01
Lidocaína cloridrato	100mg/5g gel	Sim	D04AB01
Lítio carbonato	300mg comprimido	Sim	N05AN01
Loratadina	10mg comprimido	Sim	R06AX13
Loratadina	1mg/mL xarope frasco 100mL	Sim	R06AX13
Losartan potássico	50mg comprimido revestido	Sim	C09CA01
Mebendazol	20mg/mL suspensão oral frasco 30mL	Sim	P02CA01
Medroxiprogesterona, acetato	150mg/mL injetável ampola 1mL	Sim	G03AC06
Medroxiprogesterona, acetato	2,5mg comprimido	Sim	G03DA02
Metformina, cloridrato	850mg comprimido	Sim	A10BA02
Metildopa	250mg comprimido revestido	Sim	C02AB01
Metoclopramida, cloridrato	4mg/mL solução oral gotas frasco 10mL	Sim	A03FA01
Metoclopramida, cloridrato	10mg comprimido	Sim	A03FA01
Metoclopramida, cloridrato	5mg/mL solução injetável IM, IV ampola 2mL	Sim	A03FA01

Metronidazol	40mg/mL suspensão oral frasco 100mL	Sim	PO1AB01
Metronidazol	250mg comprimido revestido	Sim	PO1AB01
Metronidazol	100mg/g gel vaginal bisnaga 50g	Sim	G01AF01
Miconazol, nitrato	20mg/g creme vaginal bisnaga 80g	Sim	D01AC02
Mometasona furoato	0,05mg/g spray nasal 60 atomizações	Não	R01AD09
Neomicina + Bacitracina	5mg + 250UI/g pomada bisnaga 10g	Não	D06AX60
Nimesulida	100mg comprimido	Não	M01AX17
Nistatina	100.000UI/mL suspensão oral frasco 50mL	Sim	A07AA02
Nitrofurantoína	100mg cápsula	Sim	J01XE01
Nitrofurantoína	5mg/mL suspensão oral frasco 120mL	Sim	J01XE01
Nonoxinol	20mg/g gel espermicida bisnaga 40g	Não	
Noretisterona	0,35mg comprimido	Sim	G03AC01
Noretisterona, enantato + Estradiol, valerato	50mg + 5mg/mL solução injetável ampola 1mL	Sim	G03AA05
Norfloxacino	400mg comprimido revestido	Não	J01MA06
Óleo Mineral	100% frasco 100mL	Sim	D02AC
Omeprazol	20mg cápsula	Sim	A02BC01
Óxido de zinco + Óleo de fígado de bacalhau + Vitamina A e D3	150mg/g pomada bisnaga 45g	Não	
Paracetamol	500mg comprimido	Sim	N02BE01
Paracetamol	200mg/mL solução oral gotas frasco 15mL	Sim	N02BE01
Pasta d'água	Frasco de 100g	Sim	D02AB
Permetrina	50mg/mL (5%) loção frasco 60mL	Sim	P03AC04

Prednisolona, fosfato sódico	3mg/mL solução oral frasco 60mL	Sim	H02AB06
Prednisona	20mg comprimido	Sim	H02AB07
Prednisona	5mg comprimido	Sim	H02AB07
Prometazina, cloridrato	25mg/mL solução injetável IM ampola 2mL	Sim	R06AD02
Propranolol, cloridrato	40mg comprimido	Sim	C07AA05
Ranitidina, cloridrato	150mg comprimido revestido	Sim	A02BA02
Sais para Reidratação oral	Pó para solução oral, envelope 27,9g	Sim	V06DA
Salbutamol, sulfato	0,4mg/mL xarope frasco 120mL	Sim	R03CC02
Salbutamol, sulfato	100mcg aerossol frasco com 200 doses	Sim	R03CC02
Solução Fisiológica nasal (cloreto de sódio)	9,0mg/mL solução nasal frasco 30 mL	Não	
Sulfametoxazol + Trimetoprima	400mg + 80mg comprimido	Sim	J01EE01
Sulfametoxazol + Trimetoprima	40mg + 8mg/mL suspensão oral frasco 50mL	Sim	J01EE01
Sulfato Ferroso	25mg/mL (Fe ²⁺) solução oral gotas frasco 30mL	Sim	B03AA07
Sulfato Ferroso	40mg (Fe ²⁺) comprimido revestido	Sim	B03AA07
Sulfato Ferroso	12,5mg/2mL xarope frasco 30mL	Sim	B03AA07
Tiabendazol	50mg/mL suspensão oral frasco 60mL	Sim	P02CA02
Tiabendazol	500mg comprimido	Sim	P02CA02
Tiabendazol	50mg/g pomada bisnaga 45g	Não	P02CA02
Tobramicina	3mg/mL solução oftálmica frasco 5mL	Não	S01AA12
Verapamil cloridrato	80mg comprimido revestido	Sim	C08DA01

Vitamina C	200mg/mL solução oral frasco 20mL	Não	
Vitamina complexo B	B1 4mg + B2 2mg + B3 10mg + B5 2mg + B6 1mg comprimido	Não	
Vitamina complexo B	B1 3mg/mL + B2 3mg/mL + B6 3mg/mL + PP 10mg/mL + B5 3mg/mL solução oral gotas 30mL	Não	

**ANEXO I – Normas do periódico “Cadernos de Saúde Pública”
para publicação de artigos científicos**

Instruções para Autores

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 - Revisão – revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

1.2 - Artigos – resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 - Notas – nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 5 ilustrações);

1.4 - Resenhas – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.5 - Cartas – crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

1.6 - Debate – artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.7 - Fórum – seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

Instruções para Autores

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

3.3 - As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

- Fontes de financiamento

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

- Conflito de interesses

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

- Colaboradores

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [International Committee of Medical Journal Editors](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

- Agradecimentos

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

- Referências

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

- Nomenclatura

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

- Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da World Medical Association.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais

sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

- **Processo de submissão *online***

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br .

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema **SAGAS** . Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

- **Envio do artigo**

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>

. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link*

"Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/> .

12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. O resumo pode ter

Instruções para Autores

no máximo 1100 caracteres com espaço.

12.8 - Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e *abstract*; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 - Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word),

Instruções para Autores

RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 - *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

- Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

- Envio de novas versões do artigo

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS,

acessando o artigo e utilizando o

link

"Submeter nova versão".

- Prova de prelo

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site:

<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax

+55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

