

Terapêutica medicamentosa de idosos: Um direito do cidadão. Um dever do Estado?

Naide Aparecida de Oliveira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Lúcia Lebrão



**São Paulo
2006**

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

47729/2006 doc

D E D I C A T Ó R I A

*Aos meus pais, Antonio e Benedita (in memorian),
por todo amor e carinho, apoio e compreensão que me foram oferecidos
durante toda minha vida dedico este trabalho.*

Tenho muitas Saudades !

AGRADECIMENTOS

São tantas as pessoas que gostaria de agradecer que tenho medo de falhar, mas se esquecer de colocar no papel, saibam que estarão sempre no meu coração.

Mas ao chegarmos neste momento da dissertação, estamos ansiosos com a defesa, estamos com o sono acumulado, ansiosos por ter "aquela noitada" com os amigos, passar mais finais de semana junto à família e fazer tantas outras atividades. De qualquer forma agradeço intensa e imensamente a:

Minha Orientadora Dra. Maria Lúcia Lebrão, pela paciência e apoio nos momentos mais difíceis desta jornada. Por ter transmitido tanto e ter pedido tão pouco. Sem você, eu não teria conseguido. O meu muito obrigada

Aos membros da banca examinadora, Dr. Ruy Laurenti, Dra. Denise Ciryllo e Dra. Nicolina Lieber e àqueles que estiveram na defesa da dissertação. Foram e serão muitas as contribuições e sugestões.

A Prof^a Sabina Lea por todo carinho, compreensão e amizade.

À Secretaria Estadual de Saúde, por ter sido tão flexível em seus horários.

Ao Dr. Edmur Flávio Pastorello, pelo primeiro "empurrãozinho" para realizar meu desejo de chegar aqui.

A Dra. Maria José R. Linguanotto, ex- coordenadora da CPS e amiga, que foi quem primeiro me fez concessões para poder estar aqui.

A minha amiga de todas as horas Silvany Lemes Cruvinel Portas., pela amizade, carinho e o alto astral sempre presente.

A Dra. Tânia Regina T. Mendonça, Dra. Tânia Izabel B. Forni e ao Dr. Celso Zibovicius, que foram de uma generosidade e empenho fantásticos.

A Dra. Maria Cecília M.M.A. Correa (Dra. Ciça), coordenadora da Tecnologia e Insumos, pela sua colaboração com dados e informações da SES.

Ao Dr. Olímpio J. Nogueira V. Bittar, atual Coordenador da CPS, pela compreensão nesse longo caminho e pelo incentivo à minha carreira acadêmica.

Aos meus colegas de curso Ana Paula A.Sanches, Marília C. P. Louvison, José Vicente Correa Ferreira, Reynaldo Fujii pelo apoio e disponibilidade de aturar-me; especialmente a minha amiga Elaine Minucci, com quem compartilhei muitas angústias, esperanças, cafezinhos e até mesmo aquela super banda de rock do Menphys...

Ao Prof. Ben – Hesed, diretor da Escola de Enfermagem da Santa Casa e um amigo que sempre me incentivou e acreditou que eu fosse capaz.

Ao Sr. Fernão Dias de Lima, analista de sistemas da FSP que sempre cooperou de forma tão rápida e prestativa.

A Sra. Elisabete Margarida Nassar Ribeiro pela paciência em atender-me sempre com um sorriso nas faces rosadas.

A minha amiga Lore Cecília Marx que com toda a sua simplicidade foi quem primeiro me inspirou a seguir a carreira do magistério. Meu modelo de Enfermagem.

E finalmente à minha família: que sacrifiquei durante todo esse período, com longas ausências, pedidos de favores a toda hora e principalmente à minha irmã Cassimira, companheira de todos os dias e todas as horas, sempre com disposição e muito carinho na tentativa de minimizar um pouco o meu stress, o meu muito obrigada.

Oliveira NA. Terapêutica medicamentosa de idosos. Um direito do cidadão. Um dever do Estado? [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.

Resumo

Nos últimos 40 anos a população brasileira com 60 anos e mais teve um acentuado crescimento. Um dos resultados dessa dinâmica populacional é uma demanda crescente por serviços e insumos de saúde, pois nessa faixa etária as doenças crônicas não infecciosas são comuns e freqüentemente se utiliza muitos medicamentos. Estima-se que 64,5 milhões de pessoas, inclusive idosas, em condições de pobreza não têm como custear suas necessidades básicas e não tem acesso aos medicamentos, a não ser os da rede pública. Nesta perspectiva, a presente pesquisa teve por objetivo estimar uma parcela do gasto do Serviço Público de Saúde para prover idosos brasileiros com medicamentos de uso contínuo, de acordo com o preconizado no Estatuto do Idoso para quatro doenças de maior prevalência entre idosos. Participaram da pesquisa 2.143 idosos (≥ 60 anos) representantes do Projeto SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento, organizado pela Organização Pan-Americana de Saúde e aplicado no município de São Paulo no ano de 2000, pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Os resultados mostraram que as prevalências de hipertensão (53,3%), artrite/artrose/reumatismo (31,7%), problemas cardíacos (19,5%) e diabetes (17,9%) são semelhantes ao observado em outros estudos de base populacional. Entre os participantes 15,9% não faziam uso de nenhuma medicação, 46,4% utilizavam de 1 a 3 medicamentos e 37,7% dos idosos faziam uso de polifarmácia. O gasto estimado na melhor hipótese foi de R\$ 1.798.995.451,87/ano e na pior hipótese foi de R\$ 36.676.349.210,39/ano. Estas estimativas permitem concluir que fica inviável atender a legislação vigente e o direito do idoso à inclusão social fica comprometido. Será necessário buscar alternativas para melhor estruturação do sistema de saúde a fim de preservar a cidadania e atender a necessidade do idoso previstas na Constituição e no Estatuto do Idoso.

Descritores: Saúde do Idoso, Medicamentos e Gastos Públicos com Saúde

Oliveira NA. Terapêutica medicamentosa de idosos. Um direito do cidadão. Um dever do Estado?/Drug therapy for elder. A citizen's right. A duty of State? [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.

Abstract

During the last 40 years, Brazilian population of elders aged 60 + has had a remarkable increase. One of the results of this population dynamics is a crescent demand for health services and input because in this age non-infectious chronic diseases are very common and many drugs are used frequently. It is estimated that 64,5 million people, including elders, that are in poverty conditions don't have means to support financially their primary needs and don't have access to drugs if not trough the public health system. In this perspective, the present research aimed to estimate an allotment of the expense of the Public Health system to provide drugs of continuous intake to Brazilian elders, according to what was alleged in the Elder Statute for four diseases of major prevalence among elders. A sample of 2.143 elders participated in this research (age 60 +) representatives of the SABE project- Health, welfare and aging, organized by PAHO (Pan-American Health Organization) and applied in São Paulo during the year 2000 by the São Paulo University Public Health School. The results showed that prevalence of hypertension (53, 3%), arthritis /arthroses / rheumatism (31, 7%), heart problems (19, 5%) and diabetes (17, 9%) are similar to those observed in other population basis studies. Among the participants of the sample, 15, 9% did not take any kind of drug, 46, 4% took from 1 to 3 drugs and 37, 7 % of the elders used polypharmacy. The expense estimated in best hypothesis was R\$ 1.798.995.451,87/year and in worse hypothesis was R\$ 36.676.349.210,39/year. These estimations allow concluding that becomes impracticable to attend the present legislation and the right of the elder for social inclusion become impaired. It will be necessary to search alternatives for better organization of the health system in order to preserve citizenship and answer the elder's need as fixed in the Constitution and in the Elder's Statute.

Descriptors: Elder's health; Drugs and Public Expenses with Health.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	8
1.1 Morbidade entre Idosos.....	11
1.2 Farmacoeconomia e as Políticas para Acesso aos Medicamentos	17
1.3 Medicamentos e os Idosos	29
1.4 O Estudo SABE.....	35
2. OBJETIVO GERAL	44
2.1 Objetivos Específicos	44
3. MÉTODO	44
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
7. ANEXOS	
ANEXO A – Parecer COEP 67/99 – aprovação da pesquisa “As condições de Saúde dos Idosos na América do Sul e Caribe	103
ANEXO B – Parecer CONEP315/99 – aprovação da pesquisa “As condições de Saúde dos Idosos na América do Sul e Caribe	104
ANEXO 3C – Questionário eletrônico (CD-Rom).....	105

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é, hoje, um proeminente fenômeno mundial e um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, mas, mais recentemente é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada¹.

No caso brasileiro, pode ser exemplificado por um aumento da participação da população maior de 60 anos no total da população nacional: de 4% em 1940 para 8,6% em 2000.* Nos últimos 60 anos, o número absoluto de pessoas com 60 anos e mais aumentou nove vezes. Em 1940 era de 1,7 milhão e em 2000, de 14,5 milhões. Projeta-se para 2020 um contingente de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas que terão mais de 60 anos².

Além disso, a proporção da população “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos e mais, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo³.

Segundo Camarano⁴, o crescimento da população idosa é consequência de dois processos: a alta fecundidade no passado, observada nos anos 1950 e 1960, comparada à fecundidade de hoje, e a redução da mortalidade da população idosa. Por um lado, a queda da fecundidade modificou a distribuição etária da população brasileira, fazendo com que a

* Como idoso, está se considerando a população de 60 anos e mais, tal como estabelecido na Política Nacional do Idoso

população idosa passasse a ser um componente cada vez mais expressivo dentro da população total, resultando no envelhecimento pela base, quando se considera a pirâmide populacional. Por outro, a redução da mortalidade trouxe como consequência o aumento no tempo vivido pelos idosos, isto é, alargou o topo da pirâmide, provocando o seu envelhecimento pelo topo².

Em paralelo às modificações observadas na pirâmide populacional, doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade¹.

O declínio expressivo da mortalidade geral e a queda da fecundidade resultaram em uma alteração nos padrões de morbidade e mortalidade ao longo do século, conhecida como transição epidemiológica.

Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas no tempo nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas^{5,6}

O processo engloba três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos e a transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante⁷.

A modificação no perfil de saúde da população em que as doenças crônicas e suas complicações são prevalentes resultam em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento de

gastos, considerando a necessidade de incorporação tecnológica para o tratamento das mesmas.

No Brasil, a transição epidemiológica não tem ocorrido de acordo com o modelo experimentado pela maioria dos países industrializados e mesmo por vizinhos latino-americanos como o Chile, Cuba e Costa-Rica.

Para Frenk⁸ alguns aspectos caracterizam este “novo” modelo:

- I) não há transição, mas superposição entre as etapas onde predominam as doenças transmissíveis e as crônicas não transmissíveis;
- II) indícios de uma “contra-transição” – reintrodução de doenças que já estavam controladas (dengue e cólera) ou recrudescimento de outras como malária e hanseníase;
- III) evidências de uma “transição prolongada”, onde há uma morbi-mortalidade elevada para ambos os padrões;
- IV) as situações epidemiológicas de diferentes regiões em um mesmo país tornam-se contrastantes (polarização epidemiológica).

O envelhecimento rápido da população brasileira a partir da década de 60 faz com que a sociedade se depare com um tipo de demanda por serviços médicos e sociais outrora restrito aos países industrializados. Ainda lutando contra doenças infecciosas e desnutrição, complicações gravídicas e puerperais, mortalidade materna e infantil, o Estado enfrenta

um rápido crescimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Esta “carga dupla de doenças” reduz os recursos já escassos ao seu limite.

Esta mudança no padrão de doenças transmissíveis para doenças não transmissíveis está ocorrendo rapidamente, onde as doenças crônicas como as cardiovasculares, diabetes, câncer e depressão estão cada vez mais se tornando as principais causas de morte e invalidez. Esta tendência irá crescer nas próximas décadas.

Não há dúvida alguma de que os governantes devem continuar a aplicar recursos no controle e erradicação de doenças infecciosas; porém, é essencial implementar políticas, programas e parcerias intersetoriais que possam ajudar a deter a expansão em massa de doenças crônicas não transmissíveis . As políticas não são necessariamente fáceis de implementar, mas aquelas que abordam o desenvolvimento de comunidades, a promoção da saúde e a prevenção de doenças são freqüentemente as mais eficazes para controlar a carga de doença⁹.

Além disto, outras políticas de longo prazo voltadas para desnutrição e pobreza irão ajudar a reduzir as duas formas de doenças crônicas transmissíveis e não-transmissíveis⁹.

1.1 MORBIDADE ENTRE IDOSOS

Uma questão muito presente nos estudos de gerontologia é a qualidade de vida, relacionada à saúde. De acordo com Ramos e Saad¹⁰

existem doenças crônicas, que antes de representar um risco de vida, constituem uma ameaça à autonomia do indivíduo. Nem todos ficam limitados por essas doenças crônicas; muitos levam vida perfeitamente normal, com suas enfermidades controladas.

Um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado saudável, se comparado com outro com as mesmas doenças, porém sem controle destas, com seqüelas decorrentes e incapacidades associadas. Esta constatação, segundo Camarano¹¹, leva a uma preocupação imediata com o aumento por serviços de saúde e os custos que isto acarreta. Espera-se que a longevidade seja acompanhada por uma compressão da morbidade, o que se traduziria em uma vida mais longa e de melhor qualidade.

Esforços devem ser feitos para a redução da morbidade que tende a elevar-se sobretudo diante do envelhecimento populacional¹².

É intenção deste trabalho discutir os gastos com medicamentos para as DCNT de maior prevalência entre idosos. Para tanto serão feitas algumas considerações a respeito dessas doenças.

As análises sobre causas de morte para pessoas maiores de 65 anos de idade têm demonstrado que, para os Estados Unidos, as doenças do coração, os cânceres e a doença cerebrovascular são as mais importantes, com percentuais de 41,6%, 20,7% e 8,7% respectivamente¹³. Segundo Beaglehole¹⁴, a doença isquêmica do coração é a principal causa de morte nos países industrializados, responsável por 30% de todas as mortes a cada ano¹⁵.

No Brasil, a redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, entre 1930 e 1985, foi de 471%, e as doenças cardiovasculares (DCV) e as neoplasias aumentaram 208% e 322%, respectivamente, no mesmo período¹⁶. Na década de 80, o coeficiente de mortalidade por doenças cardiovasculares aumentou 13,3% e, nos primeiros anos da década de 90, estas representavam a primeira causa de morte, sendo responsáveis por, aproximadamente, 34% dos óbitos no país^{15,17}.

Os dados apresentados anteriormente demonstram que as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira¹⁸. Dentre estas, as doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas do coração são as duas causas mais freqüentes de óbitos¹⁹. Não há uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de risco, que aumentam a probabilidade de sua ocorrência¹⁸.

A Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes *Mellitus* (DM) representam dois dos principais fatores de risco contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário, em nível nacional¹⁸.

Sendo a hipertensão arterial um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, particularmente entre idosos^{20,21,22}, constitui-se como a causa modificável mais importante na morbimortalidade cardiovascular²².

Segundo Oparil²³ os pacientes idosos não somente são responsáveis por uma proporção crescente da população hipertensa, mas são o subgrupo mais difícil de se tratar até chegar aos alvos de pressão arterial desejados²³, o que se torna um desafio. E passa a ser um desafio

ainda maior, quando considerada a alta prevalência de indivíduos não tratados e o número substancial de idosos que apresentam outras comorbidades. Neste particular, devemos considerar a alta prevalência de idosos diabéticos²⁴. A possibilidade de associação das duas doenças é da ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo paciente¹⁸.

A alta morbi-mortalidade associada ao diabetes é um importante fator de restrição da qualidade de vida. O diabetes é potente preditor da mortalidade prematura, que tem como causas principais a doença cardiovascular e a insuficiência renal. Nos Estados Unidos, estima-se que, em adultos, o diabetes seja responsável por 3,6% das mortes por todas as causas e 5,2% das mortes por doenças cardiovasculares²⁵. Após cerca de 15 anos de doença, estima-se que 20% a 35% dos diabéticos desenvolverão neuropatia; 10% a 25%, doença cardiovascular e 10% a 20%, nefropatia. Além disso, 30% a 45% desenvolverão algum grau de retinopatia, 10% terão grave deficiência visual e 2% estarão cegos no mesmo período²⁵.

Quando diagnosticadas precocemente, essas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações; quando não, retardam a progressão das já existentes e as perdas delas resultantes¹⁸.

Investir na prevenção, ou pelo menos no controle das doenças, é decisivo para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os conseqüentes gastos, principalmente, quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da Medicina moderna. Se

for possível prevenir e evitar danos à saúde do cidadão, este é o caminho a ser seguido¹⁸.

Outra enfermidade prevalente entre idosos, selecionada para o desenvolvimento deste estudo foi a artrite, que aqui assume um caráter abrangente para todas as formas de reumatismo.

É sabido que há doenças reumatológicas com preferência pelos mais jovens; outras pelos idosos²⁶.

Em relação aos idosos, pode-se dizer ainda que há doenças que aparecem em adultos, mas cuja freqüência aumenta nos idosos; há doenças que parecem surgir com similar freqüência nos idosos e nos indivíduos de meia idade; há aquelas encontradas com menor freqüência nos idosos em comparação com fases mais precoces da vida adulta; certos reumatismos têm características especiais em idosos²⁷. Por outro lado, os idosos podem sofrer de múltiplas patologias e tantas mais quanto mais velhos. Além da possibilidade de ter diferentes reumatismos associados, essas patologias podem interagir entre si²⁸.

Dentre estas possibilidades evidencia-se a artrite reumatóide (AR) ou doença reumatóide, que é uma enfermidade inflamatória crônica que afeta 0,5 a 1% da população mundial, atingindo 4,5% na faixa etária de 55 a 75 anos. Acomete todas as raças, com discretas variações em gravidade e manifestações clínicas. De maneira geral, a artrite reumatóide parece ser menos comum na África e Ásia do que nos Estados Unidos e Europa e também existem dados sugerindo uma incidência decrescente nos países

norte-europeus em relação àqueles mais ao sul. É mais freqüente em mulheres sendo a proporção de três mulheres para cada homem²⁶.

O processo inflamatório sistêmico que a caracteriza pode se manifestar pelo acometimento de múltiplos órgãos como serosas, pulmões e vasos sanguíneos entretanto, o principal alvo é a membrana sinovial. As articulações são afetadas de maneira simétrica e aditiva, particularmente as pequenas juntas de mãos e pés, embora qualquer articulação sinovial possa ser comprometida²⁶. Quando envolve outros órgãos, a morbidade e a gravidade da doença são maiores, podendo diminuir a expectativa de vida em 5 a 10 anos²⁹.

Com a progressão da doença, os pacientes com AR desenvolvem incapacidade para realização de suas atividades tanto de vida diária como profissionais, com impacto econômico significativo para o paciente e para a sociedade²⁹.

Conforme os indivíduos envelhecem, as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo. As DCNT, enfermidades típicas da 3ª idade, são caras para os indivíduos, as famílias e o Estado.

Muitas DCNT podem ser evitadas ou pelo menos adiadas. Não prevenir ou controlar as DCNT de forma apropriada irá resultar em enormes custos humanos e sociais.

1.2 FARMACOECONOMIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ACESSO AOS MEDICAMENTOS

As drogas, seus mistérios e rituais despontaram sempre como sendo de importância ímpar para o homem, a tal ponto que William Osler, no início do século XX, chegou a dizer que “*o que diferencia o homem dos animais é o desejo dos primeiros de serem medicados*”. Cerca de 20.000 anos a.C., por meio de figura desenhada nas Cavernas de Cro-Magnon, na França, já se tinha notícia comprovada da existência de feiticeiros³⁰.

A ciência evoluiu muito, mas no século XXI ainda permanece intenso o elo milenar que associa doenças com efeitos de poções, magias, remédios, venenos, crenças e poder. Efeitos biológicos e psicológicos continuam se misturando a cada receita e ainda é freqüente que o médico, mesmo sem se aperceber disso, assuma a condição do “feiticeiro”. Parte do poder das drogas, outrora ligado à magia, foi convertido em poder econômico e domínio da obtenção, produção e do acesso aos medicamentos³⁰.

De acordo com Bermudez³¹, na história recente do Brasil, a questão dos medicamentos nunca esteve tão presente nas agendas do setor saúde das três esferas de governo que compõem o SUS. Tampouco esteve tão presente no dia-a-dia do cidadão, invadindo os orçamentos familiares, obrigando a decisões quanto à utilização de determinados medicamentos indispensáveis à preservação da saúde³¹.

Ainda segundo Bermudez³¹ assiste-se a reajustes vertiginosos de preços em medicamentos de uso contínuo, à instalação de mais uma CPI, a denúncias de falsificação de medicamentos, cartéis, monopólios, *dumping*, ao aumento da dependência do Brasil nos processos farmoquímicos, aos conflitos e aos jogos de interesse presentes nesse setor de tão elevada complexidade e interdisciplinaridade, com interesses cada vez mais distantes dos da população.

No entanto, os medicamentos são essenciais na maioria das ações em saúde, mas o gasto que a sociedade tem com os mesmos pode chegar a altos valores. Como consequência, escolhas de itens mais baratos são adotadas mesmo quando os resultados clínicos são inferiores ao desejável.

A disponibilidade de medicamentos nem sempre se deu da forma como se observa hoje. O acesso era limitado a poucas pessoas assim como os medicamentos eram restritos a uma centena ou duas. A partir da década de 40, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, verificou-se uma explosiva descoberta de novas drogas e de informações relevantes sobre o seu uso, aumentando rapidamente a complexidade do exercício da terapêutica medicamentosa³².

Na década de 70, com a finalidade de prover o embasamento teórico por meio da associação das ciências administrativas com a medicina, tentando entender as relações entre custos e benefícios das ações medicamentosas, iniciou-se a Farmacoeconomia. Os resultados advindos desse fato proporcionaram à sociedade a oportunidade de exigências no

sentido de demandas qualitativas e quantitativas de medicamentos assim como de eficácia e segurança em relação aos mesmos. Porém, essas exigências teriam como consequência custos mais e mais crescentes como resultado de pesquisas e desenvolvimento de novos fármacos, que muitas vezes não apresenta a qualidade proposta³².

A indústria farmacêutica trabalha com aproximadamente mil e quinhentos fármacos diferentes que resultam em mais de doze mil apresentações comerciais, em muitos casos, com vários produtos indicados para uma mesma doença. A diferença entre estes produtos pode estar no valor de aquisição ou na eficácia do tratamento³².

Os prescritores, em sua grande maioria médicos, recebem informações dos laboratórios fabricantes e optam por aqueles produtos que lhes parece o mais adequado, segundo as informações obtidas. Na maioria das vezes sem observar o custo do tratamento³².

O paciente, por sua vez, se não possuir poder aquisitivo para realizar o tratamento prescrito, pode não realizá-lo, o que contribui para a ineficácia da ação médica³².

Frente a este quadro, ao final da década de 1960 e início da década de 1970, nos países em desenvolvimento, a população mais pobre já não conseguia ter acesso a todos os medicamentos disponíveis. Foram iniciadas políticas governamentais de *racionalização de uso* (medicamentos essenciais e formulários), selecionando medicamentos com base em comparação entre preço e eficiência de tratamentos. Essa política de “lista de medicamentos essenciais”, necessárias para atendimento global da

população, tem caráter restritivo, na medida em que impede acesso aos medicamentos que não estão na lista³⁰. Mas esta era uma forma de equacionar o problema dos riscos e custos comparados aos benefícios do tratamento.

Assim, o Brasil ao instituir uma política de medicamentos essenciais despontou como um dos países pioneiros na avaliação econômica da utilização de medicamentos³⁰.

A estruturação da Central de Medicamentos (CEME), em 1971, possibilitou que seus idealizadores iniciassem a seleção de alguns medicamentos para ser distribuídos entre as classes menos favorecidas. E foi através da CEME que se oficializou, em 1977 uma Relação de Medicamentos Básicos (RMB), obrigatória para todo o sistema previdenciário do Brasil. Em 1980, a lista teve a sua nomenclatura alterada para "Relação Nacional de Medicamentos – RENAME³³", nome utilizado até hoje³⁰.

MARCOURAKIS *et al*³⁰ destaca que a avaliação farmacoeconômica, fundamentada em estudos científicos bem planejados, foi marcada pela introdução de três ferramentas indispensáveis (1) *harmonização de nomenclatura*, iniciada nos Estados Unidos já no século XIX e, em nível internacional, liderada pela organização mundial de Saúde (OMS)...(2) *harmonização da classificação de medicamentos*, liderada pelos povos escandinavos na década de 70, como o uso de uma classificação anatômica terapêutica química (*Anatomic Therapeutic Chemical, ATC*); (3) *harmonização teórica de medida de uso*, por meio da Dose Diária Definida (*Defined Daily Dosage, DDD*), conceito também introduzido pelos povos escandinavos.

No Brasil, as harmonizações de nomenclatura e de classificação foram iniciadas apenas em 1981, surgindo posteriormente, em 1983, as Denominações Comuns Brasileiras (DCB).

No final do século XX, em diversos países, estudos comparativos de medicamentos, incluindo custos e resultados de tratamento, passaram a ser obrigatórios para o registro de novos medicamentos, condição que exige cada vez mais investimentos da indústria farmacêutica nesse tipo de pesquisa.

Modernamente, o desenvolvimento da medicina com base em evidências (MBE), facilitando estudos de caráter epidemiológico, aprimorou comparações entre tratamentos e deu maior fundamento para decisões de gestão de saúde.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o acesso à atenção de saúde é um direito fundamental, consagrado em tratados internacionais e reconhecido por governos de todo o mundo. Não obstante, sem um acesso equitativo aos medicamentos essenciais, necessários para tratar as enfermidades prioritárias, não é possível gozar do direito fundamental à saúde³⁴.

A definição da OMS de acesso aos medicamentos, citado por Luiza³⁵, expressa a “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 com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado”. Os medicamentos têm apresentado papel relevante na redução das taxas de mortalidade e de morbidade da população em diversos países, principalmente naqueles em que o acesso a esses insumos é uma realidade. Ademais, o acesso aos medicamentos é um componente essencial de inclusão social³⁶.

Uma pesquisa realizada pela Organização Mundial da Saúde – OMS (WHO, 1988) com 104 países em desenvolvimento mostra que em 24 destes países, menos de 30% da população tem acesso regular aos medicamentos essenciais; em 33 países, entre 30% e 60% da população e, apenas nos 47 países restantes, mais de 60%. Observa-se, portanto, que a necessidade da maioria da população em relação ao medicamento não é satisfeita. As diferenças na disponibilidade de medicamentos entre os países estão relacionadas a questões políticas referentes aos medicamentos essenciais, assim como às suas situações financeiras³⁷.

“Várias formas de financiamento dos tratamentos medicamentosos apontam para escolhas farmacoeconômicas também diferenciadas. São basicamente três os modelos de financiamento do tratamento disponíveis”:

- Os patrocinadores do tratamento medicamentoso (governo, empresa ou planos/seguros de saúde) assumem totalmente o custo dos medicamentos, viabilizando-lhe o acesso.
- Os patrocinadores assumem apenas parcialmente o custo dos medicamentos, em porcentagem fixa ou variável “conforme a necessidade do medicamento”, sendo o restante pago pelo paciente. Tenta-se, com isso, restringir uso ou receituário de medicamentos aos realmente necessários.
- O paciente ou seus familiares compram o medicamento, situação na qual o acesso ao tratamento fica totalmente dependente das condições financeiras do paciente³⁰.

“O Brasil mescla os três modelos, com claro predomínio da terceira situação. A maioria da população é obrigada a pagar por seus medicamentos e, quando tem baixa renda, o mais provável é conseguir manter o tratamento parcial ou tratamento algum. Para alguns programas como o de vacinação nacional e tratamento da AIDS, o governo oferece assistência reconhecida internacionalmente. Quanto ao financiamento por empresas privadas, embora seja um campo promissor, no momento apenas uma fração da população recebe algum benefício de seus empregadores na forma de co-participação em medicamentos”³⁰.

Dado o valor social do medicamento, políticas públicas relacionadas com preços de medicamentos freqüentemente são implementadas. Mas, para ser efetivo, o gerenciamento público (governamental ou por sociedades sem fins lucrativos) deve ser inteligente³⁷.

No entanto, o acesso a esses medicamentos é limitado em países pobres devido, principalmente, a duas razões: os preços destes produtos são altos para a média de rendimentos de suas populações e os medicamentos necessários ao tratamento das principais doenças não se encontram disponíveis³⁷.

Em 1987, a CEME lançou o programa Farmácia Básica, que foi uma proposta governamental, para racionalizar o fornecimento de medicamentos para a atenção primária de saúde³⁸. Foi idealizada como um módulo-padrão de suprimento de medicamentos selecionados da RENAME, que permitiam o tratamento das doenças mais comuns da população brasileira, especialmente aquelas voltadas para o nível ambulatorial. Os

módulos padrão foram planejados para atender as necessidades de três mil pessoas por um período de seis meses, constando de 48 medicamentos. Posteriormente, foram acrescentados à Farmácia Básica medicamentos de uso contínuo, totalizando 60 medicamentos considerados de maior demanda na rede pública de saúde³⁹. Em 1987, ano em que o programa foi implantado, apenas 3.370 dos 4.600 municípios brasileiros foram beneficiados com a Farmácia Básica. As discontinuidades nos fornecimentos nos anos posteriores impediram que este programa tivesse um desempenho mais satisfatório. Em 1989 o programa contemplou 50 milhões de pessoas³⁹ por intermédio de mais de 19.200 farmácias básicas implantadas⁴⁰.

Para Bermudez⁴¹ *“o módulo de Farmácia Básica pode ser identificado, em grande parte, como um instrumento de favorecimento do clientelismo político que contribuiu para a distorção da CEME de suas finalidades iniciais e para o quadro de esvaziamento político que caracterizou as consecutivas mudanças em sua vinculação institucional”*.

Embora na concepção da Farmácia Básica tenham sido consideradas as diversidades regionais, a sua implantação por um módulo-padrão em nível nacional não contemplou estas diversidades. O mesmo módulo-padrão era fornecido para todas as regiões do Brasil que apresentam perfis epidemiológicos totalmente diferenciados. Este fato teve como consequência a falta de alguns medicamentos e o excesso de outros, o que incorria em desperdício. A falta de planejamento na produção e distribuição dos medicamentos do programa fazia com que as unidades de

saúde recebessem muitos medicamentos com a data de validade próxima ao vencimento, o que promovia grandes perdas, pois todas as unidades encontravam-se abarrotadas destes produtos, impossibilitando inclusive seu remanejamento⁴¹.

Em 1988, com a promulgação da Nova Constituição Federal do Brasil, foi conferido ao Estado o papel de assegurar a saúde de forma universal, integral e equânime, incluindo a assistência farmacêutica. Apesar disso, no período compreendido entre 1991 e 1992, a CEME reduziu a 20% seus níveis históricos de cobertura da demanda de medicamentos para o SUS⁴¹.

A crise de medicamentos agravou-se no final do ano de 1992, devido a problemas de aumento dos preços de venda destes, decorrentes do fim do controle de preços por parte do governo. Estudos realizados durante o período de abril de 1992 a abril de 1993 mostram que, frente a uma inflação estimada em 1.608%, os preços de alguns medicamentos aumentaram em 2.600%⁴¹, na tentativa de recuperar a margem de lucro perdida durante o período com controle governamental. Isto dificultou ainda mais o acesso da população aos medicamentos

Para Pereira (1995) já *“a partir de 1990, com o advento do governo Collor, os problemas de indefinição dos objetivos da CEME se agravaram e a CEME passou por uma fase de agitação e mudanças caóticas. Sua estrutura administrativa foi desmontada usando-se como pretexto a modernização, sem na verdade ter nada de concreto para colocar*

*no lugar, denotando uma típica ação de sabotagem, que por sorte, veio à tona com os escândalos do governo Collor*³⁷.

Esta série de escândalos culminou com a desativação da CEME e o realinhamento estratégico das competências, planos, programas e projetos a cargo da mesma⁴². Desta forma, as suas atividades foram pulverizadas em diferentes órgãos do Ministério da Saúde, como Secretaria de Vigilância Sanitária, Secretaria de Políticas de Saúde, Secretaria Executiva e Secretaria de Projetos Especiais de Saúde, esta última posteriormente extinta.

Neste contexto e devido à inoperância do sistema CEME, os governos de três estados brasileiros – Paraná, São Paulo e Minas Gerais – elaboraram no âmbito da política de assistência farmacêutica, programas que incluem a distribuição de medicamentos essenciais para a atenção primária³⁷.

Estes programas apresentam como objetivo comum garantir o tratamento eficaz das doenças mais freqüentes em cada estado, expandindo o acesso e a resolubilidade da rede no atendimento das necessidades individuais e coletivas da população de baixa renda, integralizando a distribuição e dispensação de medicamentos às ações de saúde em nível básico³⁷.

Programa de Assistência Farmacêutica em São Paulo – “Dose Certa”

No Estado de São Paulo, o Programa de Assistência Farmacêutica iniciou-se em 1995 e foi planejado em um período de

aproximadamente oito meses. Nesse planejamento diagnosticou-se as necessidades de medicamentos para a Atenção Básica de Saúde (nível primário) e para a seleção do elenco de medicamentos essenciais a ser disponibilizado, baseou-se em alguns critérios:

- Série histórica da demanda de medicamentos, fornecida pelo município;
- Contemplação das doenças mais freqüentes, atendidas nas unidades básicas de saúde (UBS), como: a hipertensão arterial, as infecções e doenças respiratórias da infância, as parasitoses intestinais, desidratação infantil, entre outras; e
- A capacidade de produção de medicamentos pela Fundação para o Remédio Popular (FURP), no intuito de garantir a continuidade do fornecimento dos medicamentos e a qualidade dos mesmos³⁷.

Com esta proposta inicial o programa evoluiu e atende atualmente os seiscentos e quarenta e cinco municípios do Estado e garante o fornecimento de uma cesta composta por quarenta e um medicamentos básicos⁴³.

Até março de 1999, o programa foi mantido exclusivamente com recursos estaduais e a partir de então, o Ministério da Saúde (MS) passou a participar do financiamento do programa com o incentivo de R\$ 1,00 por hab/ano, e mais recentemente R\$ 2,00 por hab/ano para os municípios participantes do Programa Fome Zero; mas a maior parcela de recursos continua sendo de responsabilidade do Governo Estadual⁴³.

O programa inicial foi expandido e aperfeiçoado, com a inclusão do Programa Dose Certa de Saúde Mental, a partir de 1999.

Esse programa contribui para a política de desospitalização psiquiátrica, uma vez que assegura o tratamento integral em nível ambulatorial dos pacientes com distúrbios mentais. Os recursos financeiros para manutenção deste programa são provenientes, em maior proporção, do Governo Estadual e conta com um incentivo financeiro do Ministério da Saúde⁴³.

Vale enfatizar que, no Brasil, a concepção de saúde, como um direito universal de todos os cidadãos brasileiros, foi incorporada pela Constituição. Este princípio tem sido interpretado pelas diferentes esferas governamentais (federal, estadual e municipal), entre outros, como a necessidade de aumentar o acesso da população aos serviços de saúde e aos insumos terapêuticos, particularmente os medicamentos. Para isso, fez-se necessária a formulação de políticas públicas que assegurassem esses direitos constitucionais³⁷.

Entre as políticas desenvolvidas pelo governo Brasileiro, na área de assistência farmacêutica, cabe destacar a publicação, em 1998, da Política Nacional de Medicamentos; em 1999, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a regulamentação do mercado de medicamentos genéricos e a definição do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, a normalização, em 2000, do registro de fitoterápicos; e, em 2003, a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED)³⁷.

1.3 MEDICAMENTOS E OS IDOSOS

A utilização de medicamentos é um processo social controlado por numerosas forças; o desejo de um melhor cuidado com a saúde é apenas uma delas⁴⁵. O aspecto econômico do uso de medicamentos é relevante, pois eles se transformam em importante mercadoria, movimentando altas cifras anualmente. Em 2001, segundo a Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica (ABIFARMA), o mercado brasileiro movimentou US\$ 5,7 bilhões colocando o Brasil entre os 10 países de maior faturamento no varejo⁴⁶.

A insatisfação com a saúde, além de determinar o uso de medicamentos por fatores farmacológicos que se relacionam a uma necessidade real de utilização, também é motivadora de fatores culturais e comportamentais que resultam em um aumento desse uso⁴⁷.

Sabe-se que os pacientes idosos são os principais consumidores e os maiores beneficiários da farmacoterapia moderna e, este, é o mais poderoso processo de intervenção para melhorar o estado de saúde dos idosos.

Um dos fatores limitantes ao seguimento de prescrições, com visíveis danos para o estado geral do paciente está no custo. Este parece ser um problema que como já foi dito anteriormente, deve ser enfrentado e solucionado.

O governo federal, ciente dos crescentes custos na saúde, ao elaborar suas leis, buscou algumas possibilidades para amenizar o problema

e foi assim que a Constituição Federal de 1988⁴⁸, no seu artigo 196, inserido no capítulo de Seguridade Social dedicada à Saúde, estabelece (genericamente) que:

*Art. 196 – a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*⁴⁸.

A Saúde, nos termos do art. 6º da mesma Constituição é um Direito Social:

*Art. 6º - são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição*⁴⁸.

Sendo assim, saúde faz parte do rol dos direitos fundamentais, que são aqueles inerentes ao chamado princípio da dignidade da pessoa humana, isto é, um princípio que tem como objetivo garantir uma gama mínima de direitos sem os quais não se consegue levar uma vida digna, à altura do ser humano.

Os dispositivos legais citados anteriormente não especificam nem dão margem a especificar que esfera pública administrativa (União, Estado

ou Município) será obrigada a fornecer medicamentos (quer de uso continuado, de alto custo ou outros).

A responsabilidade da gestão pública é garantir “o acesso universal às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”⁴⁸; incluindo-se neste dispositivo, de forma genérica, a dispensação de medicamentos.

Acrescentado a isso, surge o Estatuto do Idoso – Lei 10.741/03⁴⁹, que dedicou alguns dispositivos a garantir, expressamente, o direito dos idosos ao fornecimento de medicamentos por parte do *Estado*. Mais uma vez a expressão foi usada genericamente, não especificando se a responsabilidade cabe à União, Estado ou Município:

*Art. 9º - É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade*⁴⁹.

*Art. 15º - É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos*⁴⁹.

§ 1º -

§ 2º - Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação⁴⁹.

Assim, cada vez mais se consagra o direito à saúde e, em consequência disto, o correspondente direito de acesso aos medicamentos indispensáveis à proteção e manutenção de condições de saúde dos idosos que deles dependem.

A importância dos medicamentos pode ser traduzida através das dimensões individual e coletiva, ou seja, a relevância dos medicamentos para o indivíduo reside no fato de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e redução de algumas incapacidades para o trabalho ou atividades da vida diária, diminuir a incidência ou reincidência da agudização de problemas crônicos e, com isso, muitas vezes evitar reinternações geradas, exclusivamente, pela falta de uso dos mesmos; bem como reduz o sofrimento individual e familiar.

Para o Sistema de Saúde, os medicamentos ampliam possibilidades de sucesso de programas de controle de doenças, com redução do número de óbitos, aumentando com isso a efetividade do serviço prestado. Reduz o gasto com outros tópicos de saúde e possibilita a ampliação do acesso da população aos medicamentos essenciais, melhorando com isso a capacidade de atendimento.

Deduz-se então, que medicamentos representam um dos itens mais importantes da atenção à saúde do idoso.

Ao analisar o perfil epidemiológico da população idosa, supõe-se um aumento na demanda por serviços de saúde e uso de terapêutica medicamentosa.

Aproximadamente 14% dos custos totais com saúde estão relacionados a medicamentos. Mais de um quarto dos medicamentos é prescrito para idosos, que representam menos de 12% da população⁵⁰.

Estes consomem, proporcionalmente, cerca de três vezes mais medicamentos que os indivíduos mais jovens, pois um grande número deles sofre de vários problemas de saúde ao mesmo tempo. Ao contrário dos jovens, estes medicamentos são, em sua maioria, de uso crônico e o gasto com medicamentos utilizados pela população idosa vem aumentando rapidamente devido a esse perfil epidemiológico com uma predominância das doenças crônico-degenerativas⁵¹.

O conhecimento do consumo e o acesso aos medicamentos utilizados pelos idosos é necessário ao planejamento e atendimento do Estatuto do Idoso, em vigor desde 01/01/2004 e que prevê a distribuição gratuita de medicamentos essenciais e de uso continuado a todos os cidadãos com 60 anos e mais, residentes no território brasileiro. É importante ressaltar que a lei não fala de idoso carente ou em estado de pobreza. Para Braga⁵² *todo* idoso tem direito de receber seus medicamentos gratuitamente. Não é preciso comprovação de renda ou qualquer outro tipo de cadastramento ou habilitação. Basta ter 60 anos ou mais de idade⁵².

No entanto, os resultados deste trabalho apontam em outra direção, a de que será necessário buscar alternativas para atender aqueles que realmente não possuem nenhum recurso e criar mecanismos que evitem a falência do sistema de saúde, caso em que ninguém receberá tratamento. Esta conclusão será objeto de discussão .

Ainda sob o ponto de vista de Braga⁵² esse direito pode parecer exagerado, porque o idoso com melhores condições econômicas também tem direito a receber estes recursos gratuitamente; mas vale explicar, que pelos critérios econômicos talvez menos de 1% da população idosa brasileira pode se enquadrar nesta categoria. A maioria dos idosos tem baixos rendimentos ao mesmo tempo em que os medicamentos têm alto custo, principalmente os medicamentos de uso continuado necessários em casos de doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial.

Novamente há um contraponto a ser considerado, levando-se em conta que se há muitos idosos com renda inadequada, há muitos que têm o apoio da rede familiar, que tem condições de suprir essa deficiência.

O conhecimento dos gastos com medicamentos utilizados pelos idosos é necessário ao planejamento de ações destinadas a aumentar o acesso aos mesmos.

Há uma necessidade urgente de apoio à pesquisa neste campo e na prevalência das doenças crônicas entre idosos, em países menos desenvolvidos. Atualmente, os países de baixa e média renda representam 85% da população mundial e 92% da carga de doença, mas contribuem com apenas 10% dos gastos mundiais em pesquisas na área de saúde⁵³.

A OPAS (Organização Pan Americana de Saúde), atendendo esta necessidade relatada pela OMS, desenvolveu um estudo na América Latina e Caribe para delinear o perfil do idoso dessa região. O estudo foi denominado **SABE** (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento), do qual o Brasil participou, representado pelo município de São Paulo.

1.4 O ESTUDO SABE

No período de 1997 a 2003 a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), coordenou um estudo multicêntrico denominado SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento - para traçar o perfil dos idosos na América Latina e no Caribe. Esse estudo foi planejado para colocar luz nas demandas de saúde que poderão emergir de uma população que se tornou rapidamente idosa e pela necessidade de antecipar o que se encontrará adiante, de modo que os países possam se planejar adequadamente para prevenir as conseqüências mais negativas do processo de envelhecimento na região⁵⁴.

No estudo SABE foram incluídos: Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, México e Uruguai. Esses países representavam uma combinação daqueles que trazem uma boa representação dos vários estágios do envelhecimento na região. Argentina, Barbados, Cuba e Uruguai estão em estágios muito avançados do processo de envelhecimento, enquanto Chile, México e Brasil estão ligeiramente atrás, mas a velocidade

com que esse processo ocorre em tais países pode fazê-los muito em breve, superar os primeiros.

Esse estudo caracterizado por ser transversal, simultâneo, bastante abrangente e construído de forma a ser rigorosamente comparável foi o primeiro desse tipo na região. Teve por finalidade recolher uma ampla quantidade de informações cujos resultados pudessem subsidiar tanto o desenvolvimento de outros estudos complementares, quanto a organização das políticas públicas destinadas a esse grupo etário na região.

Instrumento

Os dados foram obtidos em entrevista domiciliar, por meio de um questionário elaborado por um comitê regional composto pelos principais pesquisadores de cada país e por especialistas em temas específicos da pesquisa. Inicialmente o instrumento foi submetido a dois pré-testes até chegar à forma final, subdividido em onze seções, a saber (ANEXO A)*

Seção A – Dados pessoais

Ano e país de nascimento; local de residência durante os primeiros quinze anos de vida; local de residência durante os últimos cinco anos de vida e, onde fosse aplicável, razões para a mudança de residência;

* Também disponível em <http://www.fsp.usp.br/sabe>

história e estado marital; número de filhos; sobrevivência dos pais e, se não, a idade em que faleceram; escolaridade.

Seção B – Avaliação cognitiva

Auto avaliação da memória; avaliação da memória pelo teste minimalista modificado e validado no Chile para a realização do estudo. Para os que obtivessem escore igual ou inferior a 12 pontos, uma escala de desempenho funcional era administrada a um proxi-respondente (informante substituto) a partir da questão “é capaz de...”.

Seção C – Estado de saúde

Auto avaliação da saúde atual e comparativa ao ano anterior, bem como da saúde na infância, doenças referidas, considerando nove das condições crônicas mais prevalentes na população idosa e incluindo seu tratamento; hábitos, condições sensoriais, saúde reprodutiva, saúde bucal; ocorrência de quedas; escala de avaliação de depressão geriátrica e mini-screening nutricional.

Seção D – Estado Funcional

Avaliação do desempenho funcional e da ajuda recebida, quando necessário, nas atividades básicas e instrumentais da vida diária e identificação e caracterização do(s) cuidadores principais.

Seção E – Medicamentos

Terapêutica medicamentosa utilizada, incluindo indicação, tempo de uso, forma de utilização, obtenção e pagamento; gastos mensais com medicamento e motivos referidos para a não utilização dos medicamentos prescritos.

Seção F – Uso e acesso a serviços

Serviços de saúde utilizados, públicos ou privados, nos últimos 12 meses e ocorrência de hospitalização, atendimento ambiental, exames nos últimos quatro meses, bem como tempo de espera para atendimento, terapêutica prescrita e gastos relacionados.

Seção G- Rede de apoio familiar e social

Número e características de pessoas que vivem com o idoso no mesmo domicílio (sexo, parentesco, estado marital, idade, escolaridade e condição de trabalho); assistência prestada ao idoso e fornecida por ele referente a cada membro citado; tempo gasto na ajuda ao idoso. As mesmas perguntas foram feitas em relação aos irmãos e filhos que não vivem no mesmo domicílio, bem como a outros familiares e que, de alguma forma, fornecem ou recebem ajuda do/ao idoso; assistência recebida ou fornecida

nos últimos 12 meses de alguma instituição ou organização; participação do idoso em algum serviço voluntário ou organização comunitária.

Seção H – História laboral e fontes de renda

Trabalho atual (tipo, renda, razões para continuar trabalhando); caso não trabalhasse mais, por quê não o fazia, ocupação que teve durante o maior período de sua vida, horas trabalhadas, razões para mudar de atividade, aposentadoria, pensões, benefícios, outras fontes de renda, renda total pessoal e número de dependentes dessa renda; gastos pessoais (moradia, transporte, alimentação, vestimenta, saúde) e auto-avaliação de seu bem estar econômico.

Seção J - Característica de moradia

Tipo e propriedade da moradia, condições de habitação (saneamento básico, luz, número de cômodos, bens presentes).

Seção K – Antropometria

Altura do joelho, circunferência do braço, cintura, quadril, prega triptal, peso, circunferência da panturrilha, largura do punho e força da mão.

Seção L – Flexibilidade e Mobilidade

Provas de equilíbrio, mobilidade e flexibilidade.

Amostra

Em todos os países, fizeram parte da amostra pessoas com 60 e mais anos, com exceção do México, que ampliou sua amostra incluindo mulheres de 50 anos e mais.

Com exceção de Barbados, que utilizou o registro de eleitores, as amostras foram calculadas a partir do censo de cada país. Essas amostras foram probabilísticas e utilizaram o método de Amostragem por Conglomerados Polietápico, com estratificação das unidades primárias da amostra com exceção do Chile, que não aplicou a estratificação. Em seis dos países, o processo de amostragem contou com três etapas (Barbados contou com duas, aplicando os critérios probabilísticos em cada uma delas). Cinco dos países considera os estratos socioeconômico (com exceção de Chile e Cuba que fizeram isso posteriormente). México e Argentina também definiram estratos geográficos.

Em todos os países a distribuição da amostra foi realizada pelo método de Fixação Proporcional ao Tamanho. Inicialmente estavam previstas 1.800 entrevistas em cada país do estudo. No entanto, devido à disponibilidade ou a restrições no orçamento de cada local, essas metas foram ajustadas para mais ou menos da proposta original. A amostra final proposta foi de 13.023 idosos sendo que obtiveram-se 10.906 entrevistas,

correspondendo a uma taxa média de resposta de 80%, variando de 62,8% na Argentina, a 95,3% em Cuba. Em São Paulo (Brasil), a taxa de resposta foi de 84,6%. Esse total correspondeu a 92% da meta originalmente prevista, que é considerada satisfatória para estudos desse tipo.

Em quatro dos sete países, foi aplicado algum tipo de procedimento para sobredimensionar a seleção de idosos em velhice avançada (com 75 anos e mais).

Os métodos de estimação e ponderação aplicados correspondiam à utilização de estimadores simples, não viesados, e estimadores de Razão que consideraram, em todos os casos, o cálculo dos fatores de expansão do desenho amostral empregado, ou seja, as probabilidades de seleção aplicadas em cada etapa e as não-respostas. Foram, também, consideradas as variáveis sexo e grupos etários, dadas as diferenças de mortalidade entre sexos e o sobre dimensionamento da população igual e superior a 75 anos. Ao final, obteve-se um fator para cada indivíduo da amostra, que resumia todos os elementos mencionados no desenho amostral e os estratos considerados.

No Brasil, a população do estudo foi composta pelos idosos residentes, no ano de 2000, na área urbana do Município de São Paulo, cujo cálculo teve por base a contagem populacional da Fundação IBGE, de 1996. A amostra final foi composta pela somatória de uma amostra por sorteio e de uma amostra de composição livre para os grupos ampliados para complementar a amostra de idosos em velhice avançada. Para realização da amostra inicial, foi utilizado o cadastro permanente de 72

setores censitários existente na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, coordenadora do estudo no Município, selecionados sob o critério de probabilidade proporcional ao número de domicílio do cadastro da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) de 1995. Em seguida, foram sorteados sistematicamente os domicílios a serem visitados. A complementação da amostra de pessoas de 75 anos e mais foi realizada pela localização de moradias próximas aos setores selecionados ou, no máximo, dentro dos limites dos distritos aos quais pertenciam os setores sorteados.

Para a análise dos resultados, foi atribuído a cada questionário um peso relativo a sua representatividade na população.

Dessa forma, a amostra final, por país, foi assim composta:

- a) Argentina - 1.043 idosos
- b) Barbados – 1.812 idosos
- c) Brasil – 2.143 idosos
- d) Chile – 1.306 idosos
- e) Cuba – 1.905 idosos
- f) México – 1.247 idosos
- g) Uruguai – 1.450 idosos

Adicionalmente em quase todos os países, as unidades primárias de amostragem foram estratificadas e foram utilizados métodos não viesados de estimação. Foram consideradas a estratificação da amostra, as probabilidades de seleção aplicadas em cada etapa da amostra e as

técnicas de pós-estratificação por sexo e grupos etários, permitindo, assim, que os resultados obtidos nos países pudessem ser comparáveis entre si.

Procedimentos de coleta de dados

Após a seleção da amostra os idosos foram entrevistados em seus domicílios. A maior parte das entrevistas (88%) foi feita de forma direta. Nos restantes utilizou-se um proxi-respondente quando havia impossibilidade do idoso para responder às questões (problemas físicos ou cognitivos).

A coleta de dados ocorreu em duas etapas. Na primeira, foram preenchidas as seções de A a J e, na segunda, que ocorreu de um a seis meses após a primeira, as seções L e K. Isso ocorreu, em parte, pela extensão do questionário e, por outro lado, pelo fato de as seções L e K exigirem maior disponibilidade do idoso para a realização de alguns testes, além de material específico.

O estudo SABE foi submetido aos respectivos comitês de ética dos países envolvidos. No Brasil, o mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP (ANEXO B) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP (ANEXO C).

2. OBJETIVO GERAL

Estimar o gasto anual do Serviço Público de Saúde, do Município de São Paulo e Brasil, com aquisição de medicamentos de uso continuado utilizados pela população com 60 anos e mais, nas quatro doenças mais prevalentes, de acordo com o estudo SABE, que serão analisados e comparados com o uso de medicamentos descritos em protocolos e diretrizes terapêuticas estabelecidos por entidades oficiais e/ou idôneas na área de saúde.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar e comparar os medicamentos utilizados pelos idosos pesquisados com aqueles descritos em protocolos e diretrizes terapêuticas para as quatro doenças mais prevalentes;
- Estimar o gasto anual do Serviço Público de Saúde através da quantidade de medicamentos adquirida para cada doença e o preço por unidade;

3. MÉTODO

O presente estudo é transversal e baseia-se em dados coletados a partir do Projeto SABE – Saúde, Bem – Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe – inquérito populacional multicêntrico, elaborado

pela Organização Pan – Americana de Saúde em parceria com a Faculdade de Saúde Pública / Universidade de São Paulo que pesquisou adultos com 60 anos e mais no município de São Paulo no ano 2000.

A amostra utilizada pelo inquérito foi de 2.143 idosos, residentes no município de São Paulo. Para efeitos de estimativa de gasto do município de São Paulo, a amostra foi expandida, levando-se em conta os pesos respectivos

Os dados populacionais para Brasil, foram dados provenientes do Censo 2000, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Do universo de dados coletados na pesquisa foram selecionadas as seguintes variáveis para o presente estudo:

- Informações Pessoais - Seção A do questionário utilizado na entrevista :
 - Sexo,
 - Idade (A1b),
 - Estado conjugal (A13a, A13b, A16);
 - Escolaridade [A5, A6 (4 faixas)]
- Estado de Saúde - Seção C do questionário :
 - Estado de Saúde auto referida pelos entrevistados (C1),
 - Se possui hipertensão, confirmada por um profissional de saúde (C4)
 - Se usa medicamento para baixar sua pressão sangüínea (C4a)
 - Se para baixar sua pressão sangüínea perdeu peso ou seguiu dieta especial (C4b)
 - Se possui diabetes, confirmada por um profissional de saúde (C5)
 - Se usa medicamento oral para controlar seu diabetes (C5a)

- Se para controlar o diabetes, utiliza injeções de insulina (C5b)
- Se para tratar ou controlar seu diabetes perdeu peso ou seguiu uma dieta especial (C5c)
- Se possui algum problema cardíaco (infarto, doença coronária ou congestiva, angina ou outros problemas cardíacos) (C8)
- Se usa medicamento para seu problema cardíaco (C8c)
- Se possui artrite, reumatismo, artrose confirmada por um profissional de saúde (C10)
- Se toma medicamento ou faz algum tratamento para sua artrite, artrose ou reumatismo (C10b)
- Medicamentos - Seção E do questionário:
 - Se toma algum medicamento. Se toma, mostrar o que está usando (E1)
 - Se não mostrou o medicamento, se pode dizer o nome do medicamento que está usando (E2)
 - Quem receitou o medicamento que está usando (E3)
 - Como obteve ou quem pagou pelo medicamento na última vez que comprou (E5)
 - Se toma medicamentos naturais, homeopáticos ou outros, além dos que mostrou ou disse estar tomando (E6 e E7)
 - Quanto gastou com medicamentos no último mês (E8)
 - Se nos últimos 12 meses (antes da entrevista), em algum momento deixou de tomar, ou tomou menos de algum remédio que lhe foi receitado. Se resposta positiva, relatar o motivo de não usar de modo regular o medicamento (E9).

Da seção C foram extraídos dados referentes a morbidade entre idosos, onde verificou-se as doenças mais prevalentes que atinge os idosos. Destas, foram selecionadas as quatro primeiras classificadas por ordem decrescente.

Os grupos farmacológicos foram classificados de acordo com a Codificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Code), recomendado pelo Drug Utilization Research Group (DURG) da OMS para ser usado em estudos de utilização de medicamentos ⁵⁵(tab. 9)

A estimava do gasto com medicamentos, pelo Serviço Público de Saúde, foi realizado tomando por base o número de idosos acometidos pelas doenças mais prevalentes encontradas na pesquisa – hipertensão arterial, artrite/artrose/reumatismo, problemas cardíacos e diabetes. Foram elaboradas tabelas comparando protocolos clínicos e/ou diretrizes terapêuticas, com doses mínimas, máximas e dose diária definida (DDD) e os preços praticados junto a órgãos públicos de saúde, descritos no Banco de Preços de Saúde, do Ministério da Saúde multiplicado pelo número de dias ou semanas de uso, para um período de doze meses.

A análise foi realizada pressupondo-se ser o Serviço Público de Saúde a fornecer os medicamentos de uso continuado para toda população com 60 anos e mais diagnosticado para a doença estudada.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os números mostram que a população idosa do município de São Paulo é composta, principalmente, por idosos jovens, ou seja, aqueles indivíduos com até 74 anos, que correspondem a 77,9% do total de entrevistados. Os idosos mais idosos, pessoas com 75 anos e mais, representam apenas 22,1% desse total. A amostra conta com uma proporção maior de mulheres do que de homens, 58,6% e 41,4%, respectivamente. Além disso, a estrutura etária feminina é um pouco mais envelhecida do que a masculina: uma em cada quatro tem 75 anos e mais e no caso dos homens essa proporção é de um para cinco.

A tabela 1 mostra a distribuição dos idosos de acordo com o sexo, cor/raça e aspectos socio-demográficos como idade e situação conjugal .

Tabela 1 – Distribuição dos idosos segundo sexo, idade e estado conjugal, São Paulo, 2000

Características		Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
Idade				
De 60 – 74 anos	Entre sexos	57,0	43,0	100,0
	Por sexo	75,8	80,8	77,9
75 anos e mais	Entre sexos	64,1	35,9	100,0
	Por sexo	24,2	19,2	22,1
TOTAL	Entre sexos	58,6	41,4	100,0
	Por sexos	100,0	100,0	100,0
Estado Conjugal				
Casados		41,0	79,2	57,0
Viúvos		43,0	10,9	29,5
Divorciados/Separados		10,8	5,4	8,5
Solteiros		5,2	4,4	4,9
TOTAL		100,0	100,0	100,0
Cor/Raça	Branco	Mulato	Mestiço	Outros
TOTAL	70,2	12,9	8,2	8,7

Fonte: Projeto SABE

Dos respondentes, 70,2% se auto declara branca, 12,9% mulatos, 8,2% mestiços e o restante, negros, asiáticos e índios. O Censo de 2000 (IBGE, 2000) encontrou para o Estado de São Paulo, na zona urbana, para essa faixa etária, valores bem semelhantes: brancos 78,6% e mulatos, 13,6%.

A proporção de indivíduos casados ou em união é de 57,0%, sendo uma parcela significativa, viúva (29,5%). A proporção dos idosos divorciados ou separados é de 8,5% e apenas 4,9% entre os indivíduos pesquisados declarou-se solteiro. No entanto, desagregando por sexo, pode-se observar que a maior parte dos homens (79,2%), encontra-se casado ou em união, enquanto a maioria das mulheres, 59,0%, é solteira, viúva ou separada. Esse quadro pode ser reflexo tanto de uma maior sobrevivência das mulheres como de uma maior taxa de re-casamento dos homens⁵⁶.

Dos idosos pesquisados, a maior parte (59,9%) possui até 6 anos de estudo. Aqueles que possuem menos de 1 ano de estudo ou que são analfabetos contabilizam 21,0% dos entrevistados. Cerca de 13,1% possui de 7 a 11 anos de estudo e 6,0% apresentam 12 anos de estudo ou mais (Tabela 2).

A proporção de pessoas com até 6 anos de estudo entre homens e mulheres é de 58,4% e 61,5%, respectivamente. No entanto, a proporção de mulheres entre os analfabetos, 23,3% é maior do que a de homens, 18,1%. Além disso, a proporção de mulheres com 12 anos de estudo ou mais, 3,7%, corresponde a menos da metade da porcentagem de homens com esse nível de escolaridade, 8,2%. Esse padrão de escolaridade deve

estar refletindo o fato de que as mulheres que possuem hoje 60 anos e mais, por motivos culturais, tiveram menos chance de estudar do que os homens.

Tabela 2 - Distribuição (%) de idosos por faixa de escolaridade

Escolaridade	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
Menos de 01 ano	23,3	18,1	21,0
De 01 a 06 anos	61,5	58,4	59,9
De 07 a 11 anos	11,6	15,4	13,1
De 12 a 22 anos	3,7	8,2	6,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Fonte: Projeto SABE

Na pesquisa SABE, a análise à pergunta de como o entrevistado considerava a sua saúde – excelente, muito boa, boa, regular ou má – obteve-se o resultado de 53,8% para regular ou má e 46,2% para excelente, muito boa ou boa (Tabela 3).

Esses números, no entanto, variam de acordo com o sexo e a idade do entrevistado. Ao aumentar a idade, a auto - avaliação, quanto a ser muito boa ou boa, cai para 43,2% entre aqueles que têm 75 anos e mais. Entre os sexos, a mulher tem pior avaliação, sendo entre as de 75 anos e mais, a mais baixa – 42,9% de muito boa ou boa

Tabela 3 – Auto-avaliação de saúde segundo sexo e idade

Auto-Avaliação	Homens		Sub-Total	Mulheres		Sub-Total	Total
	60 a 74	75 e +		60 a 74	75 e +		
Muito boa/boa	49,6	43,8	48,5	44,7	42,9	44,3	46,0
Regular/má	50,4	56,2	51,5	55,0	57,0	55,4	54,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Projeto SABE

Em todos os países do Projeto SABE a proporção de homens que reportam boa saúde é mais alta que a proporção de mulheres que o fazem. As diferenças são acentuadas na maioria dos casos, com exceção do Brasil. Em Havana por exemplo, a diferença entre sexos é de 40,6% e em Santiago, 31,2%. Considerando-se que os resultados obtidos possam refletir diferenciais reais no estado de saúde, dever-se-ia esperar uma maior mortalidade em pessoas idosas. Uma interpretação alternativa é que as respostas das mulheres incluem uma consideração de limitações e condições não fatais que comprometem a validade das medidas baseadas nas proporções que reportam estar em boa saúde como indicador das condições que prognosticam a mortalidade a curto prazo⁵⁶.

Estudos sobre diferenças de gênero na saúde, em sociedades industrializadas, apontam que embora vivam mais do que os homens, as mulheres relatam mais morbidade e problemas psicológicos e utilizam mais serviços de saúde. Esta aparente contradição reduz-se quando se levam em consideração diferenças no padrão de doenças, em diferentes faixas etárias⁵⁷⁻⁵⁹.

De um modo geral, estudos norte-americanos revelam que os homens sofrem mais doenças crônicas fatais (doença isquêmica do coração, aterosclerose, enfisema, câncer, acidente vascular cerebral, cirrose, problemas de rins), e referem mais restrição de atividade e incapacidade de longa duração devido a problemas crônicos de saúde^{60,61}.

As mulheres apresentam mais freqüentemente doenças de curta duração, sintomas habituais, doenças agudas e transitórias (infecções das

vias respiratórias superiores, gastroenterite e doenças infecciosas de curta duração) e doenças crônicas não fatais (artrite, sinusite crônica, problemas digestivos, anemia, problemas de tireóide ou vesícula, enxaqueca, colite e eczema)⁵⁹. Estes últimos são problemas que, de modo geral, apresentam baixa letalidade, apesar de produzirem vários sintomas, serem em muitos casos incapacitantes e gerarem um grande volume de demanda aos serviços de saúde.

Para alguns autores, as diferenças de gênero no risco de adoecer seriam decorrentes de fatores genéticos ou hormonais⁶⁰. A dimensão biológica também é geralmente evocada para explicar o excesso de mortalidade entre os homens⁵⁷. O padrão de morbidade com maior prevalência de problemas de saúde de elevada letalidade poderia explicar o excesso de mortalidade entre os homens⁶¹. Existe ainda a teoria de maior fragilidade biológica entre os meninos, que apresentam maiores taxas de mortalidade, mesmo em fase intra-uterina⁶².

A presença de fatores de risco associados a problemas de saúde varia segundo sexo⁵⁹⁻⁶¹. Enquanto a obesidade, o *stress*, a infelicidade e as pressões ligadas aos papéis sociais exercidos pelas mulheres são apresentados como fatores que aumentam os riscos de doenças neste grupo, entre os homens há maior ocorrência de fumo, ingestão de álcool e desvantagens em situações relacionadas ao trabalho, acarretando aumento de riscos de problemas no longo prazo.

Uma outra dimensão citada na explicação de diferenças na saúde entre homens e mulheres refere-se aos aspectos psicológicos associados à

forma como as pessoas percebem os sintomas, avaliam a gravidade da doença e decidem o que fazer com respeito à saúde⁶⁰.

Nos inquéritos de saúde de base populacional, é comum o emprego de indicadores de morbidade referida, uma vez que a informação diagnóstica é difícil de ser coletada, requer padronização rigorosa e apresenta maior custo. Vários indicadores têm sido utilizados para medir as necessidades de saúde a partir de informações fornecidas (referidas) pelos próprios entrevistados ou por outros moradores do domicílio. Variáveis, tais como, auto - avaliação do estado de saúde, presença de doença crônica, referência a sinais e sintomas, e restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde retratam dimensões diferentes das condições de saúde de determinado grupo populacional. Estas variáveis são susceptíveis a vários tipos de erros de medida, com destaque para o viés de gênero no relato das informações. Estudos sugerem que homens são menos propensos a reportar problemas de saúde do que as mulheres^{61,58}.

A morbidade referida pode ser obtida através da simples informação sobre a ocorrência ou não de sintomas ou doenças (pergunta global), como a partir da resposta estimulada por uma lista de problemas de saúde a serem apontados pelo entrevistado. As duas formas de obtenção da informação podem produzir estimativas diferentes da morbidade, podendo ainda variar entre homens e mulheres.

A auto - avaliação do estado de saúde é geralmente medida em escala com quatro categorias, como nos inquéritos ingleses sobre saúde e estilo de vida entre adultos - HALS⁵⁷, ou cinco categorias^{63,64}.

A proporção de pessoas que define seu estado de saúde como regular ou ruim é um poderoso preditor do uso de serviços de saúde e já foi associado com a mortalidade em estudos longitudinais⁶⁵.

De um modo geral, o relato de condições crônicas é mais freqüente nas mulheres, mas quando se leva em conta a gravidade da enfermidade, os homens tendem a reportar mais doenças crônicas fatais^{59,61}. O relato de doenças crônicas de baixa letalidade (por exemplo, hipertensão, artrite, dor lombar crônica, dor de cabeça, sinusite e asma) é maior entre as mulheres, mesmo quando desagregado por variáveis socioeconômicas, como o percentual de contribuição na renda familiar, ser ou não chefe da família e posição no mercado de trabalho⁶⁶

A restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde também é um indicador de necessidades de saúde comumente usado em inquéritos populacionais⁶⁷.

Embora possa medir condições crônicas⁶⁸, comparado à auto-avaliação, apresenta maior objetividade e está mais associado a doenças agudas ou episódios agudos de enfermidades crônicas⁶⁹. A diferença de gênero, desfavorável às mulheres, na resposta à pergunta sobre restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde se reduz ao controlar-se a análise por fatores sociais, principalmente a posição no mercado de trabalho^{66,70}.

Outras condições podem alterar a percepção das pessoas em relação à sua saúde. A escolaridade é uma delas, pois os idosos sem escolaridade têm uma avaliação de regular ou má, 1,2 vezes maior do que aqueles com 7 a 12 anos de estudo (65,7% e 29,2%, respectivamente) e a

mulher sem escolaridade sobrepassa o homem, nas mesmas condições, em 6,7% (68,1% e 61,4%, respectivamente).

Ao se perguntar se o entrevistado “*considera ter dinheiro suficiente para suas necessidades diárias*”, encontra-se que, aproximadamente, dois terços deles (67,5%) referem não considerar ter o suficiente. Esse fato prejudica a avaliação da saúde, pois, dentre eles, a saúde regular ou má é referida por 59,9%, diferentemente dos 54% já anotados para os idosos em geral.

Para as mulheres, a limitação financeira tem um peso ainda maior do que para os homens, pois, encontram-se 62,0% e 56,8%, respectivamente, referindo saúde regular ou má. Se essa análise é ainda mais detalhada, verifica-se que a idade não altera essa avaliação, a não ser para os homens depois dos 75 anos, em que 62,0% passam a ter essa percepção.

Viver só favorece a auto-avaliação pois, dos que estão nessa condição, 51,8% consideram a sua saúde muito boa ou boa. Essa melhor avaliação se repete em todas as faixas etárias, exceto entre os homens de 75 anos e mais, em que essa situação se inverte, caindo para 44,8%. Isso pode ocorrer pelo fato de aqueles que vivem sós, realmente estarem em melhores condições.

Por outro lado, a presença de incapacidade parece ser um fator determinante na auto-avaliação de saúde pois, ter, pelo menos, uma incapacidade para as atividades básicas de vida diária, reduz à metade a disposição de considerar a sua saúde muito boa ou boa: 23,8%.

Os resultados obtidos reforçam a necessidade de se considerar as incapacidades, na avaliação das condições de saúde das pessoas em geral e dos idosos em especial, para o dimensionamento da atenção adequada a essas pessoas.

Uma proporção elevada dos entrevistados declarou sofrer de três ou mais doenças, sendo esse fato muito mais comum entre as mulheres (48%) do que entre os homens (33%). Levando em consideração o fato de que foi perguntado se *“algum profissional de saúde alguma vez lhe disse que tinha determinada doença”*, é necessário lembrar que estudos têm mostrado que as mulheres tendem a procurar mais os serviços de saúde e, portanto, têm mais informações a respeito de suas doenças.

Apenas 26,5% dos idosos realizaram atividade física regularmente nos últimos 12 meses, sendo mais freqüente no grupo de 60 a 75 anos do que no de 75 anos e mais (30,2 e 13,7%, respectivamente). É interessante notar que os homens, em qualquer idade, fazem mais exercícios do que as mulheres (Tabela 4).

Tabela 4 – Realização de atividades físicas segundo idade e sexo.

Sexo	Idade		Total
	60 a 75 anos	75 anos e +	
Masculino	32,6	16,4	29,5
Feminino	28,4	12,2	24,5
Total	30,2	13,7	26,6

Fonte: Projeto SABE

Na pesquisa SABE, a prevalência de doenças crônicas (DC) também se baseia na resposta às perguntas sobre se “*um médico ou outro profissional de saúde lhe disse que tem determinada doença?*” É preciso, portanto, ficar claro que as freqüências representam a ponta do *iceberg*, um mínimo, na realidade, visto que várias circunstâncias poderiam fazer com que não se tivesse o conhecimento do total dos casos, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou o não desejo de ir ao médico.

O questionário se limitou às oito condições crônicas que estão apresentadas na tabela 5: pressão alta; diabetes; problema cardíaco; tumor maligno; embolia/derrame; doença crônica pulmonar; artrite/reumatismo/artrose e osteoporose.

Tabela 5 – Respostas positivas à pergunta sobre doenças crônicas, segundo idade e sexo

DOENÇA CRÔNICA	60 – 74 anos	75 anos e +	Total
	%	%	%
Pressão Alta	52,8	55,1	53,3
Feminino	55,1	60,2	56,3
Masculino	49,8	45,9	49,1
Artrite/Artrose/Reumat.	30,5	36,0	31,7
Feminino	38,5	43,3	39,6
Masculino	20,0	23,2	20,6
Problema Cardíaco	18,2	24,3	19,5
Feminino	17,2	24,0	18,8
Masculino	19,5	24,7	20,5
Diabetes	18,3	16,3	17,9
Feminino	19,3	17,0	18,7
Masculino	17,2	14,9	16,8
Osteoporose	13,4	16,9	14,2
Feminino	21,8	23,8	22,3
Masculino	2,4	4,3	2,7
D. Crônica Pulmonar	12,0	12,7	12,2
Feminino	10,7	10,7	10,7
Masculino	13,8	16,4	14,3

Continua

Tabela 5 – Respostas positivas à pergunta sobre doenças crônicas, segundo idade e sexo

DOENÇA CRÔNICA	Continuação		Total
	60 – 74 anos	75 anos e +	
	%	%	%
Embolia/Derrame	6,9	8,2	7,2
Feminino	5,7	6,9	6,0
Masculino	8,6	10,5	8,9
Tumor Maligno	2,9	4,6	3,3
Feminino	3,0	5,0	3,5
Masculino	2,9	4,0	3,1

Fonte: Projeto SABE

Verifica-se haver consistência nos resultados pois, todas as doenças crônicas aumentam do grupo etário de 60 a 74 anos para 75 anos e mais, sendo que algumas, que se sabe predominar no sexo feminino, aparecem dessa maneira, particularmente a osteoporose com 22,3% e 2,7%, respectivamente nos sexos feminino e masculino. Da mesma maneira as artrites/reumatismo/artrose: 39,6% e 20,6%. Por outro lado, as doenças crônicas pulmonares predominam no sexo masculino.

A doença de maior prevalência foi a “pressão alta”, que chegou a 53,3%, sendo 56,3% e 49,0%, respectivamente, nos sexos feminino e masculino. Trata-se de uma freqüência realmente alta e, levando-se em conta o envelhecimento populacional, é de se prever o aumento de recursos necessários para o tratamento e prevenção das complicações dessa doença na população.

A existência da hipertensão pode aumentar a presença de sintomas e sinais como *dor no peito* (69,6% dos hipertensos contra 48,7% dos não hipertensos), *inchaço nos pés ou tornozelos e falta de ar*.

Chama a atenção a nítida diferença para alguns sintomas ou sinais que foram referidos com muito maior freqüência nos hipertensos. É claro que a existência de qualquer uma dessas manifestações não permite afirmar haver associação com hipertensão mas, tão somente estar presente. Entretanto, a diferença observada entre os hipertensos e os não hipertensos é bastante sugestiva de uma associação por meio da possível existência de cardiopatia hipertensiva, o que explicaria, por exemplo, a “dor no peito”, o “inchaço e a falta de ar”.

Vários estudos longitudinais e transversais confirmam que, mesmo nos idosos, hipertensão sistólica por si ou combinada com a pressão diastólica elevada segue sendo um importante fator preditivo da mortalidade ou morbidade cardiovascular⁷¹. Nos idosos, a incidência de doenças cardiovasculares se relaciona mais estreitamente com a pressão sistólica do que com a diastólica⁷² e não há dúvidas de que a pressão arterial elevada é o fator de risco mais importante para acidentes vasculares cerebrais, isquêmicos ou hemorrágicos⁷³.

Nos idosos, particularmente os mais idosos, é descrita uma relação inversa entre níveis da pressão arterial e a sobrevivência, o que, provavelmente, reflete um efeito de confusão devido à concomitância de outras doenças nessas idades^{74,75}. No município de São Paulo, atualmente, os acidentes vasculares cerebrais representam uma das principais causas de morte entre idosos, particularmente acima de 75 anos. Um antigo estudo feito na cidade de São Paulo⁷⁶ mostrou uma associação de hipertensão arterial e acidente vascular cerebral (todos os tipos); de fato, nos óbitos

estudados, em 66,1% dos casos com hipertensão arterial informada, havia também, acidente vascular cerebral. A associação com doença isquêmica do coração foi bem menor, 29,3%⁷⁶.

Existem poucos estudos no Brasil sobre prevalência de hipertensão arterial em idosos e os estudos geralmente atingem a população até 69 anos ou 74 anos.

No município de São Paulo, em 1987, na população de 15 a 59 anos, 15,8% e 7,8%, respectivamente homens e mulheres, eram hipertensos⁷⁷, em Pelotas, de 20 a 69 anos, 18,3% e 21,2%, homens e mulheres, eram hipertensos⁷⁸. Em Porto Alegre⁷⁹, para maiores de 18 anos essas proporções foram 13,1% e 12,1%; em Araraquara⁸⁰, para 15 a 74 anos, 32,0% e 25,3% e em Piracicaba⁸¹, acima de 15 anos, 33,0% e 32,0%. Estudos que mostrem especificamente os idosos acima de 60 ou de 65 anos não são referidos.

A hipertensão arterial é a mais freqüente das doenças crônicas não transmissíveis em todo o mundo. Nos idosos sua freqüência aumenta bastante, o que leva a uma grande demanda à assistência médica, diretamente ou pelas suas complicações, particularmente os acidentes vasculares cerebrais.

Segundo informe de um "Grupo de Estudo da OMS⁷¹" a prevenção das doenças cardiovasculares nos idosos (incluindo a hipertensão arterial) apresenta fatos e desafios diferentes do que em adultos mais jovens. Há maiores variações na saúde física e mental dos idosos mais jovens; entretanto, a idade, por si só, não deve constituir um obstáculo para

promover a saúde e prevenir e postergar as doenças, a incapacidade e a morte"... "O reconhecimento da importância da prevenção das doenças cardiovasculares em idosos, bem como da possibilidade de isso ser feito, é um fenômeno recente, ainda não aceito universalmente, a que nem é dada alta prioridade"... ..."A atitude dos idosos, bem como dos profissionais de saúde, do público em geral e dos responsáveis pelas políticas públicas pode constituir obstáculos para colocar em prática as medidas destinadas a prevenir as doenças cardiovasculares nas pessoas de idade".

Segue-se à hipertensão, quanto à magnitude de freqüência, a artrite/reumatismo/artrose, com 31,7%, predominando no sexo feminino – 39,6% contra 20,6% entre os homens (tabela 5). Quando desagregado por faixa etária, a freqüência é bem maior no grupo de 60 a 74 anos (74,8%) contra apenas 25,1% no grupo de 75 anos e mais. Ao juntar essas três condições a pesquisa pretendeu identificar a presença de dores articulares, muitas vezes incapacitantes.

Difícil identificar em morbidade referida tratar-se de artrite, artrose ou algum outro tipo específico de reumatismo. Infere-se a existência por meio de queixas como dores articulares, limitação de atividades ou, particularmente neste inquérito, pelo fato de ter sido um médico a fazer o diagnóstico. Em nosso meio, o leigo geralmente refere-se como tendo "reumatismo" ou, algumas vezes, "artrite".

Daqueles que referiram "artrite/reumatismo/artrose", 48,2% consultaram médico por esse problema nos últimos 12 meses e 39,9%

tomavam medicamentos. Apenas 1,1% dos homens e 4,6% das mulheres referiram ter feito algum tipo de cirurgia devido ao problema.

Quanto à limitação de atividades, 22,1% informaram ter muita limitação e 40,5% pouca limitação; o restante não referiu nenhuma limitação. A questão da limitação de atividades é bastante importante no idoso e o conjunto “artrite/reumatismo/artrose” é um dos principais responsáveis por esse quadro. A demanda aos serviços de saúde, particularmente aqueles de reabilitação, vem crescendo bastante nos países em desenvolvimento. Esse é um aspecto que chama a atenção e, cada vez mais, os profissionais desses serviços necessitam fazer avaliações dessa limitação para efeito de pagamento de benefícios. Nesse sentido a OMS aprovou em 2001 uma “Classificação de Funcionalidade, Incapacidades e Saúde” que se constituiu em importante instrumento para a avaliação das incapacidades⁸².

Perguntas específicas sobre “problemas cardíacos”, tais como “ataque do coração”, “angina”, “doença congestiva” ou outras tiveram respostas positivas de 19,5% dos idosos, sendo que esse valor foi de 18,2% naqueles com 60 a 74 anos, elevando-se para 24,3% a partir dos 75 anos de idade.

Quanto ao sexo, verificou-se aqui o que tem sido observado em outros estudos, isto é, maior frequência nos homens, 20,5% contra 18,8% nas mulheres. É interessante que essa ligeira predominância seja devida ao ocorrido no grupo 60-74 anos, pois a partir dos 74 anos não se verifica diferença: 24% em ambos os sexos.

A predominância de problemas cardíacos no homem tem sido observado ser muito maior no adulto, sendo que vai diminuindo e se equiparando com o evoluir da idade. Não chamou a atenção nas respostas a frequência de sintomas ou sinais como dor no peito, falta de ar, inchaço nas pernas ou vertigens.

Segue-se o diabetes, que foi referido em 17,8% da amostra, com ligeiro predomínio no sexo feminino. Chama bastante a atenção o fato de o diabetes ser a única doença crônica, aqui analisada, que teve a prevalência diminuída do grupo 60 – 74 anos para o de 75 anos e mais. Isso ocorreu no total e em ambos os sexos, e poder-se-ia pensar que as complicações da doença, em muitos casos, levariam à morte antes de os idosos completarem 75 anos. Entretanto, pode parecer paradoxal o fato de isso não acontecer com a hipertensão arterial.

A menção da presença do diabetes mellitus (DM) nos idosos apresentou-se em quarto lugar.

Dos que informaram ter DM, 64,3% referiram controle com medicação oral e 12,7% o faziam com insulino terapia. Verificou-se, também, que 61,7% dos que referiram ter DM perderam peso por orientação médica ou seguiram dieta especial, sendo que isso foi ligeiramente superior naqueles com idades entre 60-74 anos (62,3%) em relação aos de 75 anos e mais (59,4%).

Quanto ao fato de o DM estar, geralmente, controlado, foi afirmativo para 79,7% dos casos. Comparando com o que ocorria 12 meses antes da entrevista, 53,2%, 29,5% e 8,7% informaram que o DM estava,

respectivamente, melhor, igual ou pior (5,5% não sabiam informar e 0,4% não responderam).

É bastante conhecido o fato de o diabetes ser importante fator de risco para doenças cardiovasculares, sendo que sua prevalência se eleva abruptamente com a idade.

A forma predominante de diabetes nos idosos é a não insulino-dependente e a aterosclerose é a complicação mais comum e causa de 75% das mortes por essa doença⁷¹.

Estudo de mortalidade realizado no município de São Paulo (todas as idades) mostrou alguns tipos de associação de outras doenças com o DM⁷⁶. Assim, na amostra de óbitos estudada verificou-se que, quando havia diabetes declarada, existiam, concomitantemente, 33,7% dos casos com hipertensão arterial; 33,1%, doença isquêmica do coração; 42,8% com doenças cardiovasculares e 44,1% com doenças arteriais periféricas.

A prevalência do DM nos Estados Unidos e em vários países europeus é de, aproximadamente, 8%, para todas as idades. No Brasil foi feito um inquérito populacional em nove capitais de estados, tendo sido observada uma prevalência média de 7,6%, variando de 2,7% para aqueles de 30 a 39 anos até 17,4% para aqueles de 60 a 69 anos⁸³. Os resultados do projeto SABE para São Paulo se assemelham ao citado inquérito para a população de 60 a 69 anos.

Quanto às doenças crônicas pulmonares, a pergunta indicava ao entrevistado as doenças “asma, bronquite ou enfisema”. Verificou-se que 12,2% responderam afirmativamente e não houve diferenças nos dois

grupos etários: 60 a 74 anos e 75 anos e mais, quando se analisa no conjunto dos sexos.

A frequência no idoso (14,3%) foi maior do que na idosa (10,7%), e é interessante que no homem com 75 anos e mais a frequência é maior (16,4%) do que na mulher do mesmo grupo etário (10,7%).

Ainda que a frequência observada no sexo masculino tenha sido mais alta do que no sexo feminino, seria de se esperar que a diferença fosse bem maior. Isso porque o hábito de fumar, particularmente no nosso meio, é bem maior nos homens.

Verifica-se que, independentemente da idade, 70,4% das mulheres nunca fumaram contra apenas 26,1% dos homens, sendo que 22,6% destes são fumantes atualmente contra 11,0% das mulheres. Digno de nota é que 51,3% dos homens “já fumou e parou”, contra apenas 18,4% das mulheres. Portanto, a proporção de homens que fumam ou fumaram é bastante superior ao observado nas mulheres, o que poderia explicar a maior frequência de doenças crônicas pulmonares.

Dos entrevistados, 39,9% informaram que estavam recebendo tratamento para doença pulmonar e apenas 3,9% estavam recebendo oxigênio; 6,8% estavam com fisioterapia.

No entanto, apenas 17,7% informaram ter muita limitação de atividades, 27,6% pouca limitação e o restante informou que a doença não provocava limitação de atividades.

Verificou-se que 38,3% dos que apresentavam doenças pulmonares crônicas tiveram “dor no peito” (contra 19,6% daqueles sem

doença pulmonar); “inchaço” nas pernas 32,6% e 27,4%; 46,5% e 12,1% com “falta de ar”, fadiga, 39,3% e 19,7%. Tosse persistente foi referida por 56,6% dos portadores de doenças pulmonares contra 18,0% daqueles que não referiram essa doença.

As complicações circulatórias relativas aos acidentes vasculares cerebrais foram investigadas por meio da pergunta “*teve uma embolia, derrame, ataque, isquemia ou trombose cerebral?*” Em nosso meio a terminologia mais usada e conhecida pelo leigo é “derrame” e é sempre facilmente identificável na morbidade referida.

Foi verificado que 7,2% dos inquiridos responderam afirmativamente, sendo um pouco maior naqueles com 75 anos e mais, 8,2%, contra 6,9% dos 60 aos 74 anos. A freqüência também foi um pouco maior nos homens (8,9%) do que nas mulheres (6,0%) e em ambos os sexos aumenta com a idade, chegando nos homens a ser 10,5%, acima dos 75 anos (na mulher, neste grupo etário, a freqüência foi 6,9%).

Foi observado, ainda, que 68,9% dos que apresentaram “derrame” consultaram médico nos doze meses precedentes à entrevista, sendo um pouco mais freqüente nas mulheres (71,5%) do que nos homens (66,4%). 75,3% dos que tiveram “derrame” apresentaram seqüelas, valor pouco maior no homem (78,2%) do que na mulher (72,4%).

A freqüência referida de “derrame” é relativamente baixa quando comparada à hipertensão arterial, diabetes e problemas cardíacos. Entretanto, é mais que o dobro do observado para tumores malignos. Isso é compreensível tendo-se em vista que a alta letalidade para os derrames é

apenas para os acidentes vasculares hemorrágicos, sendo muito menor para as embolias e trombozes, e estes, na prática, são muito mais freqüentes, levando assim a uma maior sobrevida para o conjunto dos derrames.

A pergunta sobre “tumores malignos” excluía tumores ou cânceres de pele. De todas as doenças crônicas inquiridas foi essa a que apresentou a menor proporção de respostas positivas: 3,3%, não havendo, praticamente, diferenças entre homens e mulheres. Em relação à idade, mesmo sendo baixa a freqüência após os 75 anos (5,0%) ela foi 66,6% maior do que aquela observada entre 60 a 74 anos (3,0%).

Essa baixa freqüência da morbidade referida para câncer contrasta com a mortalidade por esse grupo de doenças, bem como a morbidade hospitalar ou mesmo inquérito com outra metodologia, que apresentaram taxas muito elevadas nos idosos. Entretanto, isso é compreensível visto que, sendo alta a letalidade, a duração da doença é relativamente curta, não dando oportunidade de aparecer em inquéritos de morbidade. Por outro lado é preciso lembrar que, por fator cultural, nem sempre a pessoa é informada de ter câncer.

Em suma, pode-se dizer que é preocupante a avaliação do estado de saúde nos níveis encontrados pois isso provavelmente, está diretamente relacionado a uma baixa qualidade de vida, influenciada pelo gênero, escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidade. Além disso, a presença de três ou mais doenças crônicas, principalmente nas mulheres, associada à baixa avaliação da sua saúde, levará a um provável aumento na demanda aos serviços de saúde e consumo de medicamentos,

não sendo desprezível a cifra de algumas doenças específicas, tal como a hipertensão em 55,1% das pessoas de 75 anos e mais.

Com relação ao uso de medicamentos, foi perguntado (questão E1) se tomava algum medicamento; se toma, mostrar o que está usando. Os resultados obtidos podem ser verificados nas tabelas 6 e 7.

Tabela 6 - Distribuição do nº de medicamentos segundo freqüência e % de uso pelos idosos, São Paulo, 2000

Nº Medicamentos utilizados	Freqüência	%	Freq. Acumulada
0	132.563	15,9	15,9
1	123.073	14,7	30,6
2	131.643	15,7	46,3
3	133.964	16,0	62,3
4	110.970	13,3	75,6
5	82.843	9,9	85,5
6	45.622	5,5	91,0
7	37.014	4,4	95,4
8	21.927	2,6	98,0
9	6.174	0,7	98,8
10	4.414	0,5	99,3
11	3.223	0,4	99,7
12	1.082	0,1	99,8
13	740	0,1	99,9
14	570	0,1	100,0
16	141	0,0	100,0
17	241	0,0	100,0
TOTAL	836.204	100,0	

Fonte: Projeto SABE

O uso de medicamentos varia conforme a idade, o sexo, as condições de saúde e outros fatores de natureza social, econômica ou demográficas⁸⁴.

O consumo, segundo as classes terapêuticas, altera-se ao longo do tempo e da geografia⁸⁴.

A proporção de idosos que não usa qualquer medicação é de 4 a 10%, mas pode chegar a 20% ou mais⁸⁴. O número médio de produtos utilizados pelos idosos está entre dois e cinco conforme estudos de consumo de medicamentos e parece aumentar às custas dos medicamentos de venda livre⁸⁴.

No presente estudo, a pesquisa SABE revelou dados semelhantes aos encontrados na literatura; dos idosos entrevistados 15,9% não fazia uso de nenhuma medicação; os que utilizavam até 3 medicamentos eram 46,4% e 37,7% de indivíduos faziam uso de polifarmácia, conforme pode ser observado na tabela 6.

A tabela 7, foi construída com base nas informações obtidas dos entrevistados a cerca da classe de medicamentos em uso.

Tabela 7 - Distribuição do número e % de idosos por uso de medicamentos, classificados em grupos farmacológicos, de acordo com a ATC, São Paulo, 2000.

MEDICAMENTOS UTILIZADOS	TOTAL	TOTAL
	Nº ABS *	% *
Antihipertensivos	319.030	45,5
Ervas Medicinais	276.985	39,5
Diuréticos	225.322	32,1
Analgésicos	148.434	21,2
Antiinflamatórios	135.338	19,3
Antitrombóticos	112.701	16,1
Antidiabéticos	105.529	15,1
Vasodilatadores Periféricos	100.942	14,4
Vitaminas	87.465	12,5
Ansiolítico	73.518	10,5
Suplementos minerais	66.192	9,4
Vasodilatadores Coronarianos	59.479	8,5
Tosse e Resfriados	51.021	7,3
Antiasmáticos	48.638	6,9

Continua

Tabela 7 - Distribuição do número e % de idosos por uso de medicamentos, classificados em grupos farmacológicos, de acordo com a ATC, São Paulo, 2000.

Continuação

MEDICAMENTOS UTILIZADOS	TOTAL	
	Nº ABS *	% *
Antiulcerosos	46.387	6,6
Laxantes	44.985	6,4
Antiácido e Antiflatulentes	42.181	6,4
Relaxantes Musculares	42.181	6,0
Glucosídeos Cardíacos	38.242	5,5
Oftalmológicos	37.642	5,4
Lipídios Séricos	33.569	4,8
Antidepressivos	31.436	4,5
Hormônios Sexuais	30.002	4,3
Antiarrítmicos	25.575	3,6
Antibacterianos Sistêmicos	25.413	3,6
Hormônios Tiroideus	20.595	2,9
Anabólicos	18.637	2,7
Antiepiléticos	18.151	2,6
Antiespasmódicos	18.151	2,6
Suplementos Alimentares	17.952	2,6
Corticóides	17.549	2,5
Preparados anti-encefalopatia	17.254	2,5
Urológicos	16.581	2,4
Vasoprotetores	15.750	2,2
Outros Preparados Dermatológicos	14.761	2,1
Homeopáticos	13.150	1,9
Antipsicóticos	11.577	1,7
Antigotosos	10.454	1,5
Anti-histamínicos para uso sistêmico	9.426	1,3
Antianêmicos	9.142	1,3
Outros Psicotrópicos	8.101	1,2
Antimicóticos Dermatológicos	7.029	1,0
Corticosteróides Dermatológicos	6.446	0,9
Emolientes Cicatrizantes	6.318	0,6
Outros Antiinfeciosos	5.626	0,8
Preparados para uso nasal	5.350	0,8
Antidiarreicos, Antiinfeciosos	5.138	0,7
Antiparkinsonianos	5.121	0,7
Agentes Antineoplásicos	4.844	0,7
Antieméticos	4.416	0,6
Outros produtos para Ap. Respiratório	3.508	0,5
Outros medicamentos do Sist. Nerv.	3.503	0,5
Hipnóticos e Sedativos	3.079	0,4
Estimulantes de apetite	2.839	0,4
Antimicóticos Sistêmicos	2.423	0,3

Continua

Tabela 7 - Distribuição do número e % de idosos por uso de medicamentos, classificados em grupos farmacológicos, de acordo com a ATC, São Paulo, 2000.

Continuação

MEDICAMENTOS UTILIZADOS	TOTAL	
	Nº ABS *	% *
Antisépticos	2.217	0,3
Outros prod. P/ Órgãos dos Sentidos	1.493	0,2
Antivirais Sistêmicos	1.465	0,2
Homeostasia do cálcio	1.117	0,2
Outros Hormônios	541	0,1
Otológicos e Oftalmológicos	122	0,0

Fonte: Projeto SABE

Foi analisado também, que das doenças estudadas, nem todos os portadores faziam uso de medicamentos:

- Hipertensos (53,3%), os que faziam uso de algum medicamento, correspondia a 80,6%;
- Diabéticos (17,8%), utilizavam hipoglicemiantes orais 64,3% e tomavam injeções de insulina 12,7%;
- Problemas Cardíacos (19,5%), tomavam algum medicamento 71,3% e 11,1% foi internado por um dia ou mais em consequência do problema apresentado, no ano que antecedeu à entrevista;
- Artrite/Artrose/Reumatismo (31,7%), usavam algum medicamento ou recebiam algum tratamento 39,9% e 3,7% já tinham realizado alguma cirurgia em consequência da doença.

A idade é uma variável preditora do uso de medicamentos e seu efeito se produz mesmo antes dos 60 anos, pois a chance de usar medicamentos aumenta desde a quarta década de vida¹⁰⁹.

As classes terapêuticas mais usadas pelos idosos, nas grandes cidades, são similares. Em Campinas, Barros⁹⁵ encontrou que são as que

agem sobre o aparelho cardiovascular (28%); o sistema nervoso central (13,6%); os analgésicos e antitérmicos (10,4%); as que agem sobre o aparelho respiratório (8,4%), sobre o aparelho digestório (8,4%) e as vitaminas e anti-anêmicos (5,4%)⁸⁴. Miralles⁸⁵, no município do Rio de Janeiro, obteve que 24% dos idosos usam pelo menos um anti-hipertensivo e 24% pelo menos um diurético, vindo a seguir os produtos para insuficiência cardíaca congestiva (17,9%), os anti-reumáticos (14,2%) e os analgésicos e anti-piréticos (13,9%)⁸⁵. Os achados na pesquisa SABE, no município de São Paulo, assemelham-se aos dados obtidos no município do Rio de Janeiro, em relação às classes terapêuticas, mas com algumas alterações no percentual de uso. De acordo com a tabela , dos idosos que faziam uso de medicação, 45,5% utilizavam anti-hipertensivos, 32,1% faziam uso de diuréticos, 21,2% usavam analgésicos, 19,3% utilizavam antiinflamatórios e 15,1% de medicações antidiabéticas, dentre o uso de outros medicamentos.

As taxas de auto-medicação, entre idosos, parecem ser menores do que as da população em geral e segundo Miralles⁸⁵, apresentam-se em torno de 18%. No presente estudo, dentre os 84,1% de usuários de medicamentos, apenas 10,1% referiram auto-medicação. É possível haver, por parte da sociedade, maior observância de critérios técnicos no cuidado da saúde dos mais frágeis. Essa atitude é, em si mesma, positiva, seja ela resultado da consciência dos riscos maiores a que estão sujeitos os idosos (tendências a apresentar reações adversas mais freqüentes e mais graves), seja consequência da própria gravidade dos quadros mórbidos a requerer

assistência especializada. Achados em estudos de Franco *et al.* e Haak^{86,87}, confirmam tais pressupostos: os idosos e as crianças apresentam as menores proporções de auto-medicação. Há outros fatores a contribuir para desestimular a aquisição de produtos supérfluos pelos idosos: os baixos valores das aposentadorias e pensões e as dificuldades de adesão aos tratamentos para as doenças crônicas (por complexidade dos mesmos, falhas de memória, etc.).

De acordo com a literatura, a proporção de usuários de múltiplos medicamentos é um indicador de qualidade da prescrição e da assistência médico-sanitária, embora a exposição a múltiplos fármacos não seja sinônimo de prescrição inapropriada. Os idosos são passíveis de acometimentos simultâneos de disfunções em diferentes órgãos ou sistemas e, portanto candidatos à polifarmacoterapia. Mas sabe-se que há, quase sempre, um elenco variado de medidas não farmacológicas⁸⁸, dirigidas a um estilo de vida mais saudável. Infelizmente, as substâncias farmacologicamente ativas têm sido seus sucedâneos, nem sempre mais eficazes.

Os desdobramentos adversos da polifarmacoterapia favorecem sinergismos e antagonismos não desejados, descumprimento das prescrições dos produtos clinicamente essenciais e gastos excedentes com os de uso supérfluo⁸⁴.

Atualmente, o uso de medicamentos pelos idosos tem gerado preocupação quanto aos gastos excessivos e aos possíveis efeitos benéficos ou indesejáveis⁸⁴. Em muitos casos, a estratégia terapêutica para

a recuperação do paciente ou para redução dos riscos da doença e agravos somente é possível a partir da utilização de algum tipo de medicamento. Em tais situações, o medicamento é elemento essencial para efetividade do processo de atenção à saúde. Nesse contexto, o direito constitucional à saúde assegurado à população brasileira só se materializa em sua plenitude mediante o acesso do paciente ao medicamento.

Vive-se, hoje, um período de consolidação do SUS em que a organização da atenção e assistência à saúde e a ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços constituem o principal desafio para seus gestores, nas três esferas de governo⁸⁹.

É na área de assistência farmacêutica, no entanto, que o sistema de saúde brasileiro ainda se depara com grandes problemas e dificuldades. É nela que mais se evidenciam as distorções e problemas gerados pelas grandes desigualdades sociais e econômicas ainda existentes no país e que determinam restrições ao pleno acesso a medicamentos. Essa situação é particularmente dramática em se tratando de medicamentos de uso ambulatorial continuado, quando o tratamento de doenças crônicas, muitas vezes com duração por toda a vida, se torna inacessível para a maioria da população, quer pelo alto custo do medicamento quer pelo custo total do tratamento. Neste particular, é fundamental a ação do poder público no combate à iniquidade no acesso, na formulação de políticas de assistência farmacêutica, na garantia do financiamento, na distribuição gratuita de medicamentos e na ampliação do acesso da população a estes tratamentos⁸⁹.

A **tabela 8** foi construída, considerando a amostra expandida, para as quatro doenças selecionadas para este estudo.

Tabela 8 – Distribuição de idosos por faixa etária e sexo (nº abs. e %), para as doenças de maior prevalência

Doença Crônica	60 – 74 anos		75 anos e +		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pressão Alta	344.007	52,8	101.877	55,1	445.884	53,3
Feminino	204.532	55,1	71.399	60,2	275.931	56,3
Masculino	139.475	49,8	30.478	45,9	169.953	49,1
Artrite/Artrose/Reumat.	198.741	30,5	66.643	36,0	265.384	31,7
Feminino	142.805	38,5	51.292	43,3	194.097	39,6
Masculino	55.936	20,0	15.351	23,2	71.287	20,6
Problema Cardíaco	118.319	18,2	44.858	24,3	163.187	19,5
Feminino	63.831	17,2	28.486	24,0	92.317	18,8
Masculino	54.498	19,5	16.372	24,7	70.870	20,5
Diabetes	119.441	18,3	29.947	16,3	149.388	17,9
Feminino	71.272	19,3	20.040	17,0	91.312	18,7
Masculino	48.169	17,2	9.907	14,9	58.076	16,8

Fonte: Pesquisa Sabe

Ao mesmo tempo em que o medicamento é um importante insumo no processo de atenção à saúde, pode também se constituir em fator de risco quando utilizado de maneira inadequada. Não se trata, portanto, de promover o acesso a qualquer medicamento ou de qualquer forma mas, sim, de promover o uso racional e seguro desses produtos. O escopo da ação estatal abrange medidas que assegurem oferta adequada de medicamentos em termos de quantidade, qualidade e eficácia. O escopo da ação estatal abrange medidas que assegurem oferta adequada de medicamentos em termos de quantidade, qualidade e eficácia⁸⁹.

Assim, em plena conformidade com a Política Nacional de Medicamentos, a necessidade de gerenciar adequadamente o Programa de Medicamentos Excepcionais e de promover o uso racional de medicamentos, é que o Ministério da Saúde lançou-se ao desafio de formular, para os medicamentos de alto custo, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas⁸⁹.

Os protocolos têm o objetivo de, ao estabelecer claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle e a verificação de resultados, e a racionalização da prescrição e o fornecimento dos medicamentos.

Ao desenvolver o trabalho de construção dos Protocolos, O Ministério da Saúde incorpora-se ao movimento internacional da Medicina Baseada em Evidências e passa a disseminar o conhecimento, assume responsabilidades antes não expressa e constrói uma nova dimensão de gestão em medicamentos⁸⁹.

Neste trabalho foram utilizados as Diretrizes Terapêuticas para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, estabelecidas pelo Ministério da Saúde, que adotou como padrão de tratamento, os medicamentos essenciais preconizados pela OMS, referendados pelo Comitê Técnico Assessor do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, que estão (ou deveriam estar) disponibilizados em toda rede pública de saúde do SUS. Este programa é denominado de HIPERDIA.

Tabela 9 – Estimativa de gasto com medicamentos para os idosos hipertensos do município de São Paulo, de acordo com diretrizes do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (HIPERDIA) – MS

MEDICAMENTOS	Apresentação	Dosagem	QTD/DIA	VALOR UNITÁRIO (forma apres.) R\$	Nº Hipertensos	TOTAL em R\$
					445.884	
CAPTOPRIL (IECA)	Comprimido	25 mg		0,0100		
HIDROCLOROTIAZIDA (Diurético)	Comprimido	25 mg		0,0114		
Dose máxima			150,0 mg			9.764.859,60
Dose Diária Definida			50,0 mg			3.254.953,20
Dose mínima			12,5 mg			813.738,30
Dose máxima			50,0 mg			3.710.646,65
Dose Diária Definida			25,0 mg			1.855.323,32
Dose mínima			12,5 mg			927.661,66
PROPRANOLOL (Beta-Bloqueador)	Comprimido	40 mg		0,0100		
Dose máxima			240,0 mg			9.764.859,60
Dose Diária Definida			160,0 mg			6.509.906,40
Dose mínima			120,0 mg			4.882.429,80

Fonte: Elaboração própria – dados extraídos do Projeto Sabe - Rename, 2002 PT SAS/MS 865/02

Tabela 10 – Estimativa de gasto com medicamentos para os idosos diabéticos do município de São Paulo, de acordo com diretrizes do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (HIPERDIA) – MS

MEDICAMENTOS	Apresentação	Dosagem	Qtd/Dia	VALOR UNITÁRIO R\$	Nº Diabéticos	TOTAL
					149.388	
GLIBENCLAMIDA 5,0 MG	Comprimido	5,0 mg		0,0124		
Dose máxima			20,0 mg			2.704.520,35
Dose Diária Definida			10,0 mg			1.352.260,18
Dose mínima			1,25 mg			169.032,52
METFORMINA	Comprimido	850 mg		0,0200		
Dose máxima			2550,0 mg			3.271.597,20
Dose Diária Definida			2000,0 mg			2.562.751,14
Dose mínima			1700,0 mg			2.181.064,80
<i>Dose Recom. P/ Idosos</i>		<i>DDD - 33%</i>	1340,0 mg			1.723.041,19
INSULINA NPH	Fr./amp. c/ 10ml	100UI/ml		17,3500		
Dose máxima						
Dose Diária Definida	(FR.= 25 doses de 40 UI)		40,0 UI			37.841.474,28
Dose mínima						

Fonte: Fonte: Elaboração própria – dados extraídos do Projeto Sabe – Rename, 2002 Hiperdia, MS 2005

Outras sociedades brasileiras de medicina especializadas também assumiram o compromisso e montaram seus protocolos e diretrizes terapêuticas que foram utilizadas neste trabalho, a saber:

- Protocolos e Diretrizes Terapêuticas para a Artrite Reumatóide – Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Reumatologia, 2002;
- Protocolos e Diretrizes Terapêuticas em Cardiologia - Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2004;

Os percentuais foram calculados considerando o total de indivíduos por faixa etária.

As tabelas 11 e 12 foram construídas, utilizando como referência estes Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Tabela 11 – Estimativa de gasto com medicamentos para os idosos com artrite, do município de São Paulo, de acordo com diretrizes terapêuticas para Artrite Reumatóide

MEDICAMENTOS	Apresentação	Dosagem	QTD/DIA	VALOR UNITÁRIO R\$	Nº idosos "diagnosticados"	TOTAL em R\$
Antiinflamatórios Esteróides					265.384	
Prednisona	Comprimido	5,0 mg		0,0194		
Dose máxima						0,00
Dose Diária Definida			10,0 mg			3.758.368,21
Dose mínima			2,5 mg			939.592,05
Antiinflamatórios Não Esteróides (AINE)					265.384	
Ácido Acetil Salicílico (AAS)	Comprimido	500,0 mg		0,0250		
Dose máxima						
Dose Diária Definida			3,0 g			14.529.774,00
Dose mínima						

continua

Tabela 11 – Estimativa de gasto com medicamentos para os idosos com artrite, do município de São Paulo, de acordo com diretrizes terapêuticas para Artrite Reumatóide

Continuação

MEDICAMENTOS	Apresentação	Dosagem	QTD/DIA	VALOR UNITÁRIO R\$	Nº idosos "diagnosticados"	TOTAL em R\$
Ibuprofeno	Comprimido	300,0 mg		0,0350		
Dose máxima						
Dose Diária Definida			1,2 g			13.561.122,40
Dose mínima						
Drogas Modificadoras do Curso da Doença - DMCD					265.384	
Cloroquina (fosfato)	Comprimido	150,0 mg		0,0410		
Dose máxima		-				
Dose Diária Definida			500,0 mg			8.160.576,58
Dose mínima			125,0 mg			3.296.321,39
Hidroxicloroquina (sulfato)	Comprimido	400,0 mg		0,7800		
Dose máxima		-				
Dose Diária Definida			400,0 mg			46.471.392,24
Dose mínima						
Azatioprina	Comprimido	50,0 mg		0,1750		
Dose máxima			(2,5mg/kg/dia) 156,25mg			52.973.134,38
Dose Diária Definida			150 mg			46.302.873,40
Dose mínima			(1,5mg/kg/ dia) 62,5mg			21.189.253,75
Ciclosporina	Comprimido	50,0 mg		1,4900		
Dose máxima			4,0 mg /kg/dia			721.645.442,00
Dose Diária Definida			3,0 mg /kg/dia			541.234.081,50
Dose mínima			2,5mg/kg/ dia			450.306.755,81
Infliximab*	Frasco/Amp	100,0 mg		2027,8600		
Dose máxima						
Dose Diária Definida			3,0 mg /kg/dia		**	8.072.423.973,60
Dose mínima					se 1% utilizar	80.724.239,74
* Deve ser associado ao metotrexato						
Leflunomida	Comprimido	20,0 mg		6,0200		
Dose máxima						
Dose Diária Definida			20,0 mg			583.128.263,20
Dose mínima			10,0 mg			291.564.131,60

Continua

Tabela 11 – Estimativa de gasto com medicamentos para os idosos com artrite, do município de São Paulo, de acordo com diretrizes terapêuticas para Artrite Reumatóide

Continuação

MEDICAMENTOS	Apresentação	Dosagem	QTD/DIA	VALOR UNITÁRIO R\$	Nº idosos "diagnosticados"	TOTAL em R\$
Metotrexato	Comprimido	2,5 mg		0,2100		
Dose máxima						
Dose Diária Definida			7,5 mg/Sem			8.693.979,84
Dose mínima			7,5 mg/2Sem			4.346.989,92
Sulfasalazina	Comprimido	500,0 mg		0,4496		
Dose máxima			4,0 g			348.404.607,49
Dose Diária Definida			2,0 g			174.202.303,74
Dose mínima			1,0 g			87.101.151,87

Fonte: Elaboração própria – dados extraídos do Projeto Sabe - Rename, 2002 PT SAS/MS 865/02

**** Calculado para uso em 08 semanas do ano**

OBS: para medicamentos que utiliza peso ponderal para definir dosagem, foi utilizado a média de 62,5 Kg

Tabela 12 - Estimativa de gasto com medicamentos para os idosos com problemas cardíacos do município de São Paulo, de acordo com diretrizes terapêuticas para problemas cardíacos

MEDICAMENTOS	Apresentação	Dosagem	QTD/DIA	VALOR UNITÁRIO (R\$)	Nº Cardíacos	TOTAL em R\$
					163.187	
Amiodarona	Comprimido	200,0 mg		0,1000		
Dose máxima						
Dose Diária Definida			200 mg			5.956.325,50
Dose mínima						
Digoxina	Comprimido	0,25 mg		0,0183		
Dose máxima			0,25 mg			1.090.007,57
Dose Diária Definida			0,10 mg			436.003,03
Dose mínima						
Enalapril	Comprimido	20,0 mg		0,0259		
Dose máxima			20,0 mg			1.542.688,30
Dose Diária Definida			10,0 mg			771.344,15
Dose mínima						
Furosemida	Comprimido	40,0 mg		0,0184	163.187	
Dose máxima						
Dose Diária Definida			40,0 mg			1.095.963,89
Dose mínima			20,0 mg			547.981,95

Continua

Tabela 12 - Estimativa de gasto com medicamentos para os idosos com problemas cardíacos do município de São Paulo, de acordo com diretrizes terapêuticas para problemas cardíacos

Continuação

MEDICAMENTOS	Apresentação	Dosagem	QTD/DIA	VALOR UNITÁRIO (R\$)	Nº Cardíacos	TOTAL em R\$
Hidralazina	Comprimido	25,0 mg		0,1000		
Dose máxima			300,0 mg			71.475.906,00
Dose Diária Definida			100,0 mg			23.825.302,00
Dose mínima						
Hidroclorotiazida	Comprimido	25,0 mg		0,0114		
Dose máxima						
Dose Diária Definida			25,0 mg			679.021,11
Dose mínima						
Isossorbida	Comprimido	5,0 mg		0,0200	163.187	
Dose máxima						
Dose Diária Definida			20,0 mg			4.765.060,40
Dose mínima						
Metoprolol	Comprimido	100,0 mg		1,0500		
Dose máxima			200,0 mg			125.082.835,50
Dose Diária Definida			150,0 mg			93.812.126,63
Dose mínima						
Propranolol	Comprimido	40,0 mg		0,0100		
Dose máxima						
Dose Diária Definida			160 mg			2.382.530,20
Dose mínima						
Sinvastatina	Comprimido	20,0 mg		0,0480	163.187	
Dose máxima						
Dose Diária Definida			15,0 mg			2.144.277,18
Dose mínima						
Verapamil	Drágea	80,0 mg		0,0493		
Dose máxima						
Dose Diária Definida			240 mg			8.809.405,41
Dose mínima						

Tabela 13 – Resumo da estimativa de gasto com medicamentos para os idosos nas quatro doenças de maior prevalência, encontrados no Projeto SABE, município de São Paulo e de acordo com protocolos, diretrizes terapêuticas e consenso para problemas elencados.

	PROJETO SABE - Mun. S. Paulo			CENSO 2000 - Brasil		
	Nº *	%	MÉDIA R\$ de Gastos com Medicamentos	Nº *	%	MÉDIA R\$ de Gastos com Medicamentos
IDOSOS	836.204	1000		14.536.09	100,0	
HIPERTENSOS	445.884	53,3		7.747.703	53,3	
<i>Captopril</i>			3.254.953,20			56.558.235,24
<i>Hidroclotiazida</i>			1.855.323,32			32.238.194,02
<i>Propranolol</i>			6.509.906,40			113.116.470,47
Média de Gastos- Hipertensão			3.873.394,31			67.304.299,91
DIABÉTICOS	149.388	17,9		2.596.864	17,9	
<i>Glibenclamida</i>			1.352.260,18			23.506.815,55
<i>Metformina (na dose recomenda para idoso)</i>			1.723.041,19			29.952.232,60
<i>Insulina NPH</i>			37.841.474,28			657.811.691,33
Média de Gastos- Diabetes			13.638.925,22			237.090.246,49
Reumáticos (Artrite/Artrose)	265.384	31,7		4.613.264	31,7	
Antiinflamatórios Esteróides						
<i>Prednisona</i>			3.758.368,21			65.333.039,90
Média de Gasto			3.758.368,21			65.333.039,90
Antiinflamatórios Não Esteróides						
AINE						
<i>Acido Acetil Salicílico (AAS)</i>			14.529.774,00			252.576.185,03
<i>Ibuprofeno</i>			13.561.122,40			235.737.772,70
Média de Gasto - AINE			14.045.448,20			244.156.978,86
Drogas Modificadoras do Curso da Doença - DMCD						
<i>Hidroxicloroquina - sulfato</i>			46.471.392,24			807.828.598,37
<i>Cloriquina - fosfato</i>			8.160.576,58			141.858.180,33
<i>Azatioprina</i>			43.051.919,40			748.386.696,19
<i>Ciclosporina</i>			541.234.081,50			9.408.462.892,40
<i>Leflunomida</i>			583.128.263,20			10.136.724.225,90
<i>Sulfasalazina</i>			174.202.303,74			3.028.220.074,33
<i>Metotrexato</i>			8.693.979,84			151.130.517,29
Média de Gasto - DMCD			200.706.073,79			3.488.944.454,97
<i>Infliximab</i>			8.093.950.437,53			140.699.994.600,00
<i>Infliximab + metotrexato (recomendado)</i>			8.102.644.417,37			140.851.125.117,29
Média de Gasto - Infliximab			8.098.297.427,45			140.775.559.858,65
Média de Gastos- Artrite/Artrose			2.079.201.829,41			36.143.498.583,09
Média de Gastos- Artrite/Artrose (sem considerar Infliximab)			72.836.630,07			1.266.144.824,58
Idosos com Problemas Cardíacos	163.187	19,5		2.834.526	19,5	
<i>Amiodarona</i>			5.956.325,50			103.460.186,41
<i>Digoxina</i>			436.003,03			7.573.285,70
<i>Enalapril</i>			771.344,15			13.398.094,10
<i>Furosemida</i>			1.095.963,89			19.036.674,26

Continua

Tabela 13 – Resumo da estimativa de gasto com medicamentos para os idosos nas quatro doenças de maior prevalência, encontrados no Projeto SABE, município de São Paulo e de acordo com protocolos, diretrizes terapêuticas e consenso para problemas elencados.

Continuação

	PROJETO SABE - Mun. S. Paulo			CENSO 2000 - Brasil		
	Nº *	%	MÉDIA R\$ de Gastos com Medicamentos	Nº *	%	MÉDIA R\$ de Gastos com Medicamentos
IDOSOS	836.204	1000		14.536.09	100,0	
Idosos com Problemas Cardíacos	163.187	19,5		2.834.526	19,5	
<i>Hidralazina</i>			23.825.302,00			413.840.745,63
<i>Hidroclorotiazida</i>			679.021,11			11.794.461,30
<i>Isossorbida</i>			4.765.060,40			82.768.149,13
<i>Metoprolol</i>			93.812.126,63			1.629.497.936,00
<i>Propranolol</i>			2.382.530,20			41.384.074,56
<i>Sinvastina</i>			2.144.277,18			37.245.667,11
<i>Verapamil</i>			8.809.405,41			153.017.615,62
			13.152.487,23			228.456.080,89
<i>Na melhor Hipótese a média de gasto seria de:</i>			103.501.436,82			1.798.995.451,87
<i>Na pior Hipótese a média de gasto seria de:</i>			2.109.866.636,16			36.676.349.210,39

Fonte: Elaboração própria, utilizando dados de projeto SABE e do IBGE.

* O nº de idosos da pesquisa foi expandido a partir de uma amostra de 2.143 idosos, o ajuste para Brasil foi realizado utilizando valores do Censo IBGE ano 2000.

Como pode ser observado nas tabelas anteriores, o cálculo do gasto de medicamentos é muito complexo, dada a quantidade de variáveis a serem equacionadas, tais como: o grau de acometimento da doença, a existência de comorbidades, as peculiaridades inerentes a cada indivíduo e suas condições clínicas, entre outras. Então, de maneira generalizada, utilizando-se de dosagem média padrão, a Dose Diária Definida (DDD), considerando que apesar de alguns medicamentos só serem utilizados em casos extremos e mesmo nas diretrizes e consensos existe a possibilidade de dispor da variabilidade de classes farmacológicas que podem ser indicadas, estimou-se o gasto para Brasil.

Estimando-se o menor gasto, isto é, na melhor hipótese, o valor seria de R\$ 1.798.995.451,87 e a estimativa do maior gasto, na pior hipótese

seria de R\$ 36.676.349.210,39, o que inviabilizaria outros procedimentos na área de saúde. E há de se ressaltar que foi analisada apenas uma pequena parcela das doenças que acometem os idosos.

Entretanto, há leis que estabelecem esse benefício e que se requeridas por seus beneficiários pode comprometer seriamente todo o Sistema de Saúde.

Deixar de cumpri-las é, no mínimo, negligenciar o idoso ou relegá-lo à exclusão social. E a questão é justamente esta: de que idoso está-se falando? De todos os idosos? De uma grande parcela? Qual é esse contingente de indivíduos que consumiria uma boa parcela dos recursos da saúde?

Ao se estabelecer legislação que implica em recuperar a saúde, os gestores deveriam avaliar cuidadosamente as conseqüências dos itens aí colocados.

O Senado dos Estados Unidos, em 2003, fez uma proposta de reestruturação do Medicare, onde o governo subsidiaria uma parcela dos medicamentos controlados a 40 milhões de idosos. A princípio a proposta agradou republicanos e democratas, que viam nesse projeto não uma face paternalista do governo, mas apenas um benefício decente. Entretanto, após análise da proposta, por um comitê econômico, chegou-se a conclusão que seria inviável responsabilizar-se por este subsídios, pois o problema todo é que não havia dinheiro suficiente para uma cobertura tão generosa e abrangente, como a cobertura dos medicamentos. Essa atitude poderia por em risco o Sistema de Saúde.

Em cinco de abril de dois mil e seis (2006), foi noticiado em jornais, rádio e sites portugueses⁹⁶, pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia o resultado de uma pesquisa (CESAR - Custo Económico e Social da Artrite Reumatóide). A pesquisa revelou que a Artrite Reumatóide é uma doença que atinge vinte mil portugueses e tem custado ao Estado cerca de 333 milhões de euros por ano (cerca de metade em custos diretos e outra metade em custos indiretos). Em custos indiretos o Estado terá pago, nesse ano, 3.362 Euros por doente e neste ritmo ficará inviável arcar com os custos dessa doença.

Ora, se os Estados Unidos, considerado um dos países com maior estabilidade econômica do planeta, e Portugal, também economicamente estável, fazem ressalvas para adotar propostas de cobertura para seus cidadãos, como o Brasil espera cumprir o que já foi promulgado como lei e encontra-se em vigor, no papel, até hoje?

Os legisladores precisam tomar ciência que a cobertura universal é para todos e não para tudo. Deve haver regras mais rigorosas que permitam à população de baixa renda usufruir de seus direitos, sem ter de competir com outra parcela da população que poderia arcar com as suas despesas ou pelo menos uma parte dela.

Até a década de 1980, as políticas do governo federal para a população idosa brasileira consistiam no provimento de renda para esses idosos que trabalharam de alguma forma e de assistência social para idosos necessitados e dependentes. A visão que parece ter predominado nas políticas é a da vulnerabilidade e dependência do segmento. Mudanças

paulatinas nessa visão foram tomando corpo ao longo dos anos 1980 por influência do debate internacional.

O grande avanço em políticas de proteção social aos idosos brasileiros foi dado pela Constituição de 1988, que levou em consideração algumas orientações da Assembléia de Viena (1982) que introduziu o conceito de seguridade social, fazendo com que a rede de proteção social deixasse de estar vinculada apenas ao contexto estritamente social-trabalhista e assistencialista e passasse a adquirir uma conotação de direito de cidadania.

Embora a Constituição de 1988 tenha feito um grande avanço no que diz respeito ao papel do Estado na proteção do idoso, a família continuou sendo a principal responsável pelo cuidado da população idosa, podendo ser criminalizada caso não o faça.

Dando prosseguimento às diretrizes lançadas pela Constituição e fortemente influenciadas pelo avanço dos debates internacionais sobre a questão do envelhecimento, foi aprovada em 1994 (Lei 8.842) a Política Nacional do Idoso (PNI). Essa política consiste em um conjunto de ações governamentais com o objetivo de assegurar os direitos sociais dos idosos, partindo do princípio fundamental de que o "idoso é um sujeito de direitos e deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma das suas necessidades: físicas, sociais, econômicas e políticas".

No plano de atenção à saúde, apenas em 1999 o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria GM 1.395/99 do MS). Esta política foi consequência do entendimento de que os

altos custos envolvidos no tratamento médico dos pacientes idosos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não estavam resultando no real atendimento das suas necessidades específicas.

Até recentemente, a legislação relativa à atenção dos idosos permaneceu fragmentada em ordenamentos jurídicos setoriais ou em instrumentos de gestão política. Após sete anos de tramitação no Congresso Nacional, em 2003, foi sancionado o Estatuto do Idoso. Este apresenta em uma única e ampla peça legal muita das leis e políticas já aprovadas. Incorpora novos elementos e enfoques, dando um tratamento integral e com uma visão de longo prazo ao estabelecimento de medidas que visam proporcionar o bem-estar dos idosos.

A legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa é bastante avançada. No entanto, a prática tem se mostrado pouco satisfatória.

Os padrões de morbidade da população idosa diferem radicalmente dos observados para o restante da população. Caracterizam-se, primordialmente, por enfermidades crônicas, que resultam em um consumo maior de consultas médicas, internações hospitalares (número e tempo de permanência), exames periódicos, medicamentos etc. Por outro lado, a OMS tem recomendado que os programas de envelhecimento e saúde considerem o envelhecimento como uma parte do ciclo vital, o que implica não considerar os idosos como um grupo estático, separado do resto da população⁹⁰.

O crescimento nas despesas com saúde provocados pelo envelhecimento e a necessidade de promoção da saúde com vistas ao envelhecimento ativo coloca um desafio para as autoridades sanitárias, especialmente no que tange à implantação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados⁹¹.

Os legisladores ainda possuem equívocos, elaboram leis avançadas, como o Estatuto do Idoso, mas não gerenciam sua efetivação. Os custos de se financiar uma população idosa com alta incidência de doenças crônico-degenerativas serão muito maiores do que financiar uma população ativa e saudável. Quer dizer, a forma como os serviços de saúde são organizados numa sociedade é um determinante importante desses custos⁹². Medidas preventivas na área da saúde, como por exemplo, as voltadas para o envelhecimento saudável e para a manutenção da capacidade funcional (utilizando os medicamentos e outros processos não farmacológicos para controlar as doenças incapacitantes, como a artrite, o diabetes e os problemas cardíacos), podem melhorar a qualidade de vida da população idosa e postergar a demanda pelos cuidados de longa permanência.

Mas para efetivar estas medidas é necessário avaliar a eficiência com que o dinheiro público tem sido gasto em hospitais, postos de saúde, na distribuição de medicamentos, dentre outros.

Independente do debate sobre o volume de recursos, é imperioso aumentar a eficiência nesses gastos. E para isso é necessário planejamento.

O Estatuto do Idoso, em vigor desde 01/01/2004, estabelece uma série de benefícios aos idosos, mas não houve programação orçamentária para atender esta demanda, e o que se vê hoje são filas intermináveis de idosos para conseguir seus medicamentos essenciais; que em muitos casos, não estão disponíveis no momento em que eles necessitam. Pois a falta de planejamento deixou de contemplar os locais de maior demanda de atendimento, por distribuição equivocada. No entanto, em outros locais, há estoques que já estão por vencer, devido a ineficiência e o preparo inadequado de recursos humanos para isso.

Se os Órgão Públicos, responsáveis pela saúde não solucionarem estes problemas, será muito difícil ampliar e melhorar a qualidade dos serviços básicos de saúde, estabelecidos em lei, mas não efetivados na prática.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações obtidas pelo projeto SABE cumprem com o propósito de identificar as características demográficas, sociais, econômicas, as condições de saúde, uso e acesso aos serviços, dentre outras, dos idosos brasileiros.

Verificou-se neste estudo que as mulheres idosas têm uma situação de aparente desvantagem, por apresentarem piores indicadores de renda pessoal e escolaridade; e na saúde, os resultados confirmam

observações de estudos realizados em outros países que apontam uma pior condição de saúde entre as mulheres^{93,94}.

A pior condição de saúde das idosas, identificadas neste trabalho, indica uma maior vulnerabilidade e dependência destas na velhice. A saúde é uma questão central para os idosos. Ela é o determinante chave da possibilidade destes manterem-se independentes e autônomos. A dependência é considerada por muitos como uma ameaça a valores, como o respeito próprio e a dignidade humana, além de criar barreiras para obter satisfações na vida⁹⁴.

Com relação ao uso de medicamentos, era óbvio esperar uma maior frequência de uso pelos idosos, dado que esta população apresenta uma maior demanda de uso pela elevada prevalência das doenças crônicas degenerativas.

Essa elevada prevalência e o conjunto de sintomas que as acompanha justifica e conduz a uma prática médica que coloca em um plano secundário os tratamentos fisioterápicos ou de reabilitação frente a prescrição de medicamentos. E nesse sentido, o presente trabalho descreve as principais características do uso, acesso e formas de obtenção de medicamentos.

Não obstante, se reconhece que a maior parte dos usuários que procuram um médico demandam a prescrição de medicamentos, e os médicos geralmente respondem a esta pressão, como uma maneira de satisfazer a demanda do cliente; se for no serviço público, para agilizar a

consulta e se for no serviço privado como forma de manter e gerar nova clientela.

Foi possível analisar informações a respeito da quantidade e tipo de medicamentos utilizados pelos entrevistados; quem pagou por estes medicamentos e os motivos que levaram uma parcela significativa de idosos (16,8%) a descontinuar o seu uso. Destes, 54,0% alegaram como motivo de interrupção do tratamento pelo custo do medicamento.

Por outro lado, o acesso e gasto com medicamentos por parte da população idosa tem se constituído em um dos elementos principais para avaliar a organização e o funcionamento dos serviços públicos de saúde e as políticas que garantem este direito aos idosos.

Os resultados deste trabalho mostram importantes diferenças nas formas de acesso a medicamentos e estimativa da magnitude dos gastos com medicamentos de acordo com as características socio-demográficas e epidemiológicas da população estudada.

Apesar do Sistema Único de Saúde (SUS) oferecer cobertura universal, e ser responsável por programas de dispensação de medicamentos essenciais e de uso continuado, que fazem parte de seus protocolos e diretrizes clínicas, a maioria dos idosos obtiveram seus medicamentos por pagamento direto, isto é, com recursos próprios.

Talvez a falta de conhecimento de seus direitos, assegurados pela Constituição e pelo Estatuto do idoso, os impeça de exigir que se cumpra a lei que está vigorando no papel, mas que em termos práticos ainda deixa muito a desejar; pois foi instituída sem planejamento e hoje o usuário

paga pela ineficiência dos governantes, que utilizam-se destes expedientes para promoverem-se junto à população.

O objetivo deste trabalho foi o de estimar o impacto financeiro do gasto com medicamentos de uso continuado por idosos, selecionando-se apenas quatro patologias do grande elenco que está distribuído entre a população de indivíduos com 60 anos e mais, de onde concluiu-se que na melhor hipótese o Serviço Público de Saúde gastaria para o Município de São Paulo, em média, para as quatro enfermidades selecionadas o valor de R\$ 103.501.436,82/ano e na pior hipótese R\$ 2.109.866.636,16/ano. Se extrapolar este gasto para Brasil, considerando o dados do censo 2000, na melhor hipótese o gasto, em média, seria de R\$ 1.798.995.451,87/ano e na pior hipótese seria 36.676.349.210,39/ano.

Se for levado em consideração, que o Brasil ainda vive uma transição epidemiológica, que a mortalidade infantil ainda é alta em nosso país, e que as doenças parasitárias e infecto-contagiosas, emergentes e re-emergentes (por exemplo a AIDS e Tuberculose) necessitam do apoio do governos para serem controladas, vê-se que a falta de planejamento pode comprometer o orçamento da Saúde, que hoje já é insuficiente e desvirtuado.

Nesta condições, o uso de fitoterápicos, que na pesquisa SABE demonstrou ser o segundo medicamento mais utilizado por idosos (39,5% dos entrevistados fazem uso de ervas medicinais) e a interrupção ou não adesão aos tratamentos propostos poderiam ser considerados como uma resposta desta população aos problemas de acesso e obtenção dos

medicamentos necessários, estabelecidos em lei mas não efetivado na prática.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lima-Costa MF, Veras RP 2003. Saúde Pública e Envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3):700-701
2. Beltrão KI, Camarano AA, Kanso S 2004. *Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, (Texto para Discussão,1034)
3. Camarano AA, et al. 1999. *Como vive o idoso brasileiro*. In: Camarano AA (org). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros* IPEA
4. Camarano AA 2002. *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. IPEA, 2002 (Texto para Discussão, 858)
5. Omram AR 2001. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (2): 161-70
6. Santos-Preciado JI, et al 2003. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. 45 (supl 1): 140-52
7. Schramm JMA, et al 2001. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciências e Saúde Coletiva*, 9(4): 897-908
8. Frenk J 1991. La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín Oficina Sanitaria Pan-Americana*, 111 (6): 485-96
9. World Health Organization 2002. *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Tradução Susana Gontijo – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005, 61p. il.
10. Ramos LR, Saad PM 1990. *Morbidade da População Idosa*. In: Fundação SEADE (org.). *O idoso na Grande São Paulo*. Fundação SEADE
11. Camarano AA 2004. Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica. *Guia Serasa de orientação ao cidadão [série on-line]*. Disponível em <URL:<http://www.serasa.com.br/guiaidoso/06.htm>>
12. Lessa I, 2004. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(4): 931-43.

13. Rosenberg HM, Chevarley F, Powell-Griner E, Kochanek K, Feinleib M, 1991. Causes of death among the elderly: information from the death certificate. *Vital and Health Statistics ; Proceedings of 1988 International Symposium on data on aging, NCHS, n. 6, p. 35-58. (Series 5).*
14. Beaglehole R. International trends in coronary heart disease mortality, morbidity, and risk factors. *Epidemiol Rev* 1990; 12: 1-15.
15. Mathias TAF, Jorge MHPM, Laurenti R. 2004. Doenças Cardiovasculares na População Idosa. Análise de Comportamento da Mortalidade em Município da Região Sul do Brasil no período de 1979 a 1998. *Arq Bras Cardiol, 82(6): 533-41.*
16. Lessa I. 1994. Doenças não-transmissíveis. In: Rouquayrol MZ. *Epidemiologia e saúde. 4ª ed. São Paulo: MEDSI; p. 269-79.*
17. Ministério da Saúde. 1993 Doenças cardiovasculares no Brasil - Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília-DF: Coordenação de doenças cardiovasculares; 36 p.
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. 2001. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*: hipertensão arterial e diabetes *mellitus* / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde. 102 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 59)
19. Firmo JOA, Uchoa E, Lima-Costa MF. 2004. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. *Cad. Saúde Pública. 20(2):512-21.*
20. Lima - Costa MFF, Uchôa E, Guerra HL, Firmo JOA , Vidigal PG, Barreto SM. The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS). Methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2000; 34:126-35.
21. Rudd P. Clinicians and patients with hypertension: unsettled issues about compliance. *J Am Heart Assoc* 1995; 130:572-9.
22. National High Blood Pressure Education Program Working Group. National High Blood Pressure Education Program Working Group in the Elderly. *Hypertension* 1994; 23:275-85.
23. Oparil S. 2001. Hipertensão no Idoso. 2002. *Hum Hipertens. Supl1:S44-7.* Disponível em:
http://www.cardionews.org/jornal/2002/volume_46/volume_46.07.htm
24. Rosa EC. Hipertensão arterial em Idosos. Boletim do centro de Estudos do Hospital Samaritano. Disponível em:

- http://www.hospitalsamaritano.com.br/boletimcentroestudos/1/hipertensao_idosos.htm
25. Saydah SH, Eberhardt MS, Loria CM, Brancati FL. 2002. Age and burden of death attributable to diabetes in the United States. *American Journal of Epidemiology*. 156 (8): 714-19
 26. Seda H. 2006. *Abordagem do doente reumático*. In: Lopes AC (ed.) Tratado de Clínica Médica. Roca: 109: 1570-71
 27. Kaye JJ. 1993. Radiologia assessment of osteoarthritis. *Rheum. Dis. Clin. North Am.* 19: 659-72
 28. Punzi L, Pianon M, Rossini P, *et al.* 1999. Clinical and laboratory manifestations of elderly onset psoriatic arthritis: a comparison with younger onset disease. *Ann. Rheum. Dis.* 58: 226-29.
 29. ACR Clinical Guidelines Committee: Guidelines for the management of rheumatoid arthritis, 1996. *Arthritis Rheum* 39:713-722.
 30. Marcourakis T, Sertié JAA, Carvalho MF, Zanini AC, Oga S. 2006. *Noções Básicas de Farmacologia*. In: Lopes AC (ed.) Tratado de Clínica Médica. Roca: 32: 324-31
 31. Bermudez JAZ. 2000. Prefácio. In: Castro CGSO (ccord.) Estudos de Utilização de Medicamentos – Noções Básicas. Fiocruz: Prefácio: 09-11.
 32. Pfizer Lab.©, 2003. Princípios básicos da farmacologia. Disponível em: <http://www.pfizer.com.br/pdf/farmacoeconomia.pdf>
 33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. 2002. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME – Brasília (DF)*. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sctie/portal_daf/publicacoes/Rename2002INTERNET.pdf
 34. OMS. Estrategia farmacéutica de la OMS 2004-2007. Lo esencial son los paises. Disponível em: <http://www.femeba.org.ar/fundacion/quienessomos/Novidades/estrafarmom20042007.pdf>
 35. Luiza VL. 2002. Acceso a medicamentos: conceptos, polémica y indicadores. [Apresentado ao 3º Seminário Internacional de Acceso a Medicamentos: Derecho Fundamental – Papel do Estado; 2002 out 22; Rio de Janeiro (BR)]

36. Ministério da Saúde. 2003. *Forum de Competitividade da Cadeia Produtiva Farmacêutica: Acesso aos Medicamentos, Compras Governamentais e Inclusão Social*. Brasília (DF).
37. Cosendey MAE, Bermudez JAC, Reis ALA, Silva HF, Oliveira MA, Luiza VL. 2000 Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde:: a experiência de três estados brasileiros - *Caderno de Saúde Pública*, 16(1):171-82
38. Bermudez JAZ. 1992. *Remédios: Saúde ou Indústria? A produção de medicamentos no Brasil*. RJ: Ed. Relume Dumará
39. Medici AC, Oliveira F & Beltrão KI. 1991. *A política de Medicamentos no Brasil*. Escola Nacional de Ciências Estatísticas/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Rio de Janeiro.
40. Castelo A, Colombo AL & Holbrook AM. 1991. Production and marketing of drugs in Brasil. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44 (Sup. 2): 21S-28S.
41. Bermudez JAZ, Possas CA. 1995. Análisis critico de la política de medicamentos en el Brasil – *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 119:270-77.
42. Bermudez JAZ, Rosenfeld S & Portela MC. 1997. Avaliação do Programa Farmácia Básica – Brasil, 1997 – 1998. Projeto submetido ao Ministério da Saúde. RJ: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (mimeo).
43. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Programa Dose Certa. Disponível em:
<http://www.saude.sp.gov.br/portal/15219437c89b06a70174d93a50c66abb.htm>
45. Vance M, Millington W. Principles of irrational drug therapy. *Int J Health Serv* 1986;16:355-61 apud Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Revista de Saúde Pública* 2004 ; 38(2):1-11
46. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Revista de Saúde Pública* 2004 ; 38(2):1-11
47. Matheson I. Drug utilization in non-hospitalized newborns, infants, and children. In: Yaffe SJ, Aranda JV, editors. *Pediatric pharmacology: therapeutic principles and practice*. Philadelphia: WB Saunders; 1992. p. 557-65.

48. Brasil. 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: IMESP.
49. Brasil. 2003. Estatuto do Idoso – Lei 10.741/03. Brasília (DF).
50. São Paulo, Prefeitura Municipal de São Paulo. 2003. Centro de Informações sobre Medicamentos - CIM. *Uso de Medicamento pelo idoso.PMSP*.
51. Lima MG, Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, Arcucio FA. 2005. Fatores Associados ao gasto com medicamentos utilizados por idosos em Belo Horizonte, Brasil. *9ª Conferência Nacional de Economia da Saúde*. Coimbra: 2005
52. Braga PMV. 2005. O idoso tem direito a receber gratuitamente seus medicamentos. Disponível em: http://direitodoidoso.braslink.com/pdf/artigo_5direitogratiudedemedicamentos.pdf.
53. OMS. 2000. *Global Forum for Health Research: The 10/90 Report on Health Research*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
54. Palloni A, Peláez M, 2003. Histórico e Natureza do Estudo (SABE). In: Lebrão ML & Duarte YAO, *O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem Inicial*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde.
55. Capela D, Laporte JR. 1989. Métodos empregados em estudos de utilização de medicamentos. In: Laporte JR, Tognoni G, Rozenfeld S, *Epidemiologia do Medicamento: princípios gerais*. São Paulo: Hucitec-ABRASCO: 95 – 144.
56. Lebrão ML, Laurenti R, 2003. Condições de Saúde. In: Lebrão ML & Duarte YAO (org.), *O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde: 255p: il.
57. Macintyre S, Hunt K & Sweeting H. 1996. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social Science and Medicine* 42(4):617-624.
58. Macintyre S, Ford G & Hund K. 1999. Do women "over-report" morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Social Science and Medicine* 48:89-98.

59. Bird CE & Rieker PP 1999. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's. *Social Science and Medicine* 4:745-755.
60. Verbrugge LM 1989. The Twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behaviour* 30:282-304.
61. Verbrugge LM & Wingard DL 1987. Sex differentials in health and mortality. *Women & Health*, 12(2):103-145.
62. Doyal L 2000. Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science & Medicine* 51(6):931-939.
63. NCHS-National Center for Health Statistics 1996. *Health, United States, 1995*. Public Health Service, Hyattsville, Maryland.
64. IBGE 2000. *Acesso e utilização de serviços de saúde: 1998*. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro, IBGE/CDDI.
65. Mackenbach JP, van den Bois J, Joung IMA, van den Mheen H, Stronks K 1994. The determinants of excellent health: different from the determinants of ill-health? *International Journal of Epidemiology* 23(6):1.273-1.281.
66. Marcus AC & Seeman TE 1981. Sex differences in reports of illness and disability: a preliminary test of the "fixed role obligations" hypothesis. *Journal of Health and Social Behaviour* 22(June):174-182.
67. Bruin A, Picavet HSJ & Nossikov A 1996. *Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments*. WHO Regional Publications Europeans Series No. 58.
68. NCHS-National Center for Health Statistics 1995. Current estimates from the National Health Interview Survey, 1994. *Vital and Health Statistics*, series 10, No. 193.
69. Gijsbers van Wijk CMT, Vliet KP van, Kolk AM, Everaerd WTAM 1991. Symptom sensitivity and sex differences in physical morbidity: a review of health surveys in the United States and the Netherlands. *Women & Health* 17(1): 91-124.
70. Pinheiro RJ, Viacava F, Travassos C, Brito AS. 2002. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, 2002, 7(4): p.687-707.

71. Organización Mundial de la Salud. Epidemiología y prevención de las enfermedades cardiovasculares en los ancianos. Ginebra, 1995. (*Série de Informes Técnicos, 853*)
72. Menotti A, Keys A, Aravanis C, Blackburn H, Dontas A, Fidanza F. *et al.* 1989. The predictive role of systolic and mean pressure on cardiovascular and all causes of death. *J Hypertens* 7(7): 595-99
73. Ueda K, Omae T. 1993. Risk factors for stroke and transient ischemic attack. In: Whisnand J, editor. *Stroke: populations, cohorts and clinical trials*. Oxford: Butterworth Heinemann.
74. Bulpitt CJ, Fletsher AE. 1992. Aging, blood pressure and mortality. *J Hipertens* 10(7): S45-9
75. Taylor JO, Cornoni-Huntley J, Curb JD, Manton KG, Ostfeld AM, Scherr P. *et al.* 1999. Blood pressure and mortality risk in the elderly. *Am J Epidemiol.* 134: 489-501.
76. Laurenti R, 1973. *Causas múltiplas de morte*. [livre docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP
77. Rego RA, Bernardo FA, Rodrigues SS, Oliveira ZM, Oliveira MB, Vasconcellos C, *et al.*, 1990. Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito domiciliar no Município de São Paulo (Brasil): metodologia e resultados preliminares. *Rev. Saúde Pública*, 24:277-85.
78. Piccini RX, Victora CG. 1994. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. *Rev. Saúde Pública*, 28: 261-7.
79. Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS *et al.* 1994. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre: estudo de base populacional. *Arq Bras Cardiol*, 63(6): 473-79.
80. Lolio CA. 1990. Prevalência da hipertensão arterial em Araraquara. *Arq. Bras. Cardiol*, 55: 167-73
81. Ayres JEM. 1991. Prevalência da hipertensão arterial na cidade de Piracicaba. *Arq Bras Cardiol*, 57:33-6.
82. Organización Mundial de la Salud. 2001. Resolução WHA 54.21, aprovada pela Quinquagésima-Quarta Assembléia Mundial de Saúde.

83. Malerbi DA, Franco LJ. 1992. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban. Brazilian population aged 30-69 years. The Brazilian Cooperative Group on the study of Diabetes Prevalence *Diabetes Care*, 15(11): 1509-16.
84. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19:717-24.
85. Miralles, M. A., 1992. Access to Care and Medication Use Among the Ambulatory Elderly in Rio de Janeiro, \ Brazil. Ph.D. Thesis, Gainesville: University of Florida.
86. Franco RCS, Carvalho Neto JÁ, Khouri MA, Nunes MO, Santos Jr. JW, Marques Neto J, Santana VS & Almeida Filho NM. 1986/1987. Consumo de medicamentos em grupo populacional da área urbana de Salvador-BA. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 13/14:113-121.
87. Haak H.1989. Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia. *Revista de Saúde Pública*, 23:143-151
88. Fuchs FD & Wannmacher L. (org.), 1998. Farmacologia Clínica. Fundamentos da Terapêutica *Racional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
89. Ministério da Saúde. 2002. Protocolos Clínicos e Diretrizes terapêuticas: Medicamentos Excepcionais – Artrite Reumatóide – Brasília (DF). Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/pcdt/>
90. Sayeg MA, Mesquita RAV,2002. Políticas públicas de saúde para o envelhecimento. In: Freitas EV, et al. (orgs) *Tratado de Geriatria e Gerontologia: 1083-89*
91. Veras R, 2003. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cadernos de Saúde Pública:19(3):705-15*.
92. Lloyd-Sherlock P, 2002. Ageing, development and social protection: a research agenda. UNRISD Meeting on Ageing, Development and Social Protection.
93. Banks I. No man's land: men, illness, and the NHS. *British Medical Journal*. 2001; 323: 1058-61.
94. Arber S & Ginn J. Gender and inequalities in health in later life. *Social Sciences & Medicine*. 1993; 36: 33-4

95. Barros MBA, 1983. *Saúde e Classe Social: Um Estudo sobre Morbidade e Consumo de Medicamentos*. Tese de Doutorado, Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

ANEXO A – PARECER COEP 67/99

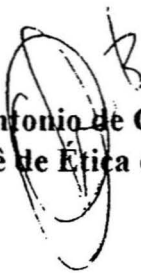
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FSP/USP - COEP
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil
Telefones: (55-11) 3066 7742 - fax (55-11) 3064 7314

Of.COEP/67/99

24 de maio de 1999

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa, **aprovou**, em sua 3.ª/99, Sessão Ordinária, de 19.05.99, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o Projeto de Pesquisa “AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS NA AMÉRICA DO SUL E CARIBE”, apresentado pelo pesquisador Ruy Laurenti, devendo ser remetido à CONEP conforme as normas da Resolução 196/96.

Atenciosamente,


Prof.Dr. Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

ANEXO B – PARECER CONEP 315/99



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER Nº 315/99

Processo nº 25000.024350/99-60 Registro CONEP = 675 (Protocolo CEP :118)
Projeto de Pesquisa: "As condições de saúde dos idosos na América do Sul e Caribe".
Pesquisador Responsável: Dr. Ruy Laurenti
Instituição: Faculdade de Saúde Pública / USP
Área Temática Especial: Pesquisa com cooperação estrangeira.

Ao se proceder à análise do protocolo em questão, cabem as seguintes considerações:

a) as informações enviadas atendem aos aspectos fundamentais das Res CNS 196/96 e 251/97, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos;

b) o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da instituição.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições da Res. CNS 196/96, manifesta – se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto, com a seguinte recomendação a ser acompanhada pelo CEP:

1) Orçamento financeiro detalhado, especificando a remuneração do pesquisador (Res. CNS 196/96, VI;"J").

Situação : Projeto aprovado com recomendação.

Brasília, 17 de junho de 1999.


WILLIAM SAAD HOSSNE
Coordenador da CONEP-MS

ANEXO C – QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO

**ENCONTRA-SEM NA CONTRA-CAPA DA PUBLICAÇÃO O CD-ROM
CONTENDO O QUESTIONÁRIO DO PROJETO SABE – SAÚDE BEM-
ESTAR E ENVELHECIMENTO**