

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ERIKA APARECIDA MARQUESINI

**AUTOMEDICAÇÃO EM IDOSOS:
ESTUDO SABE**

**SÃO PAULO
2011**

ERIKA APARECIDA MARQUESINI

**AUTOMEDICAÇÃO EM IDOSOS:
ESTUDO SABE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Silvia Regina Secoli

**SÃO PAULO
2011**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catlogação na publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Marquesini, Erika Aparecida
Automedicação em idosos: Estudo SABE/
Erika Aparecida Marquesini. -- São Paulo, 2011.
75p.

Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^aDr^a Silvia Regina Secoli

1. Automedicação
 2. Idosos
 3. Estatísticas de saúde
 4. População - Estudo
 5. Uso de medicamentos
- I. Título

Título: AUTOMEDICAÇÃO EM IDOSOS: ESTUDO SABE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

A Deus por me dar força para continuar nos momentos difíceis.

A minha Mãe Sonia por sempre estar ao meu lado. Acreditar, apoiar e me ajudar sempre que precisei. Pelo seu amor e carinho.

Ao meu esposo Jair por me incentivar e compreender minha dedicação a esta pesquisa.

A minha família pelo apoio e compreensão nos momentos que não pude estar com eles.

Agradecimento

À Prof^a Dr^a Silvia Regina Secoli pela oportunidade de desenvolver esta pesquisa, por acreditar no meu potencial, pelas orientações e dedicação. Meu sincero e especial agradecimento.

À Prof^o Yeda Duarte, Prof^a Nicolina e Prof^o Loyola-Filho pela contribuição no exame de qualificação.

À Prof^a Maria Lucia Lebrão por permitir a utilização do Estudo SÁBE para o desenvolvimento desta dissertação.

À Bibliotecária Lenir pela revisão bibliográfica.

A todos os funcionários da Escola de Enfermagem da USP, secretaria, biblioteca, em especial a Silvana e Isabel pela cooperação e apoio.

A enfermeira e amiga Viviane por me apresentar a Prof^a Silvia e me incentivar a desenvolver o mestrado.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa Manejo na Terapia farmacológica na Prática Clínica do Enfermeiro pelas contribuições no projeto e defesa. Em especial aos alunos da pós graduação Adriano, Karina, Juliana e Tatiane e a Mestre Aparecida pelas experiências compartilhadas.

À Coordenação de Enfermagem do Instituto do Coração pelo apoio e incentivo, em especial a Fernanda e Luci.

À Equipe de Enfermagem da Unidade de Internação 8º Impar, em especial as auxiliares de enfermagem Fabiola e Sabrina por conduzirem o Hospital Dia na minha ausência.

Marquesini, EA. Automedicação em idosos: Estudo SABE [dissertação] São Paulo (SP) Escola de Enfermagem da USP; 2011.

RESUMO

A automedicação retrata o princípio do próprio indivíduo buscar espontaneamente por algum medicamento, que considere adequado para resolver um problema de saúde. Esta prática, ainda, é pouco explorada em idosos, principalmente a partir de dados populacionais. Desse modo, o objetivo do presente estudo foi analisar a prática de automedicação em idosos no Município de São Paulo. Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, cujos dados foram obtidos do Estudo SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. A amostra foi constituída de 1.257 idosos que utilizaram medicamentos com idade de 60 anos e mais. Para coleta de informações utilizaram-se as seções do questionário sobre Informações pessoais (A), Estado de saúde (C), Medicamento (E), Uso e Acesso a serviços (F) e História de trabalho e fontes de renda (H). Os medicamentos consumidos na automedicação foram classificados de acordo com a *Anatomical Therapeutical Chemical Classification System* (ATC). Na análise dos dados utilizou-se o pacote estatístico STATA com realização de regressão logística. Considerou-se nível de significância de $p < 0,05$. A prevalência de automedicação foi de 42,3%. Entre os medicamentos mais usados estão os analgésicos/antiinflamatórios (40,0%) e vitaminas (8,7%). No grupo de idosos que usou automedicação 45,0% pertenciam ao sexo feminino, 44,4% apresentaram 60 a 74 anos, 46,2% utilizaram o serviço público de saúde, 50,8% não consultaram o médico nos últimos 12 meses, 48,4% consumiram cinco ou mais medicamentos e 50,7% relataram não possuir doenças crônicas. O idoso foi o principal responsável pela indicação da automedicação (65%). Na análise múltipla, observou-se que empregar cinco ou mais medicamentos (OR=1,75) e possuir baixa escolaridade aumentou a chance dos idosos usarem a automedicação e possuir plano de saúde privado (OR=0,72), ter uma e mais doenças (OR=0,57) e idade igual ou superior a 75 anos (OR=0,69) diminuiu a chance de usar a automedicação. As intervenções educativas com o objetivo de reduzir a automedicação na população geriátrica devem contemplar, especialmente os usuários de polifarmácia, aqueles com baixa escolaridade e indivíduos na faixa etária dos 60 – 74 anos, tendo em vista que o próprio idoso é o principal responsável pela decisão de praticar a automedicação.

Palavras-chave: Automedicação, Idoso, Estatísticas de saúde, População-Estudo, Uso de Medicamentos.

Marquesini, EA. Self-medication in the elderly: SABE study [dissertation] São Paulo (SP) Escola de Enfermagem da USP; 2011.

ABSTRACT

Self-medication depicts the principle of the individual seeking spontaneously by some drug, which it deems appropriate to resolve a health problem. This practice, though, is little explored in the elderly, primarily using population data. Thus, the objective of this study was to analyze self-medication in the elderly in São Paulo. It is a cross-sectional, population-based, whose data were obtained from the SABE Study - Health, Welfare and Ageing. The sample consisted of 1,257 seniors who used drugs at the age of 60 years and more. To collect the information we used sections of the questionnaire on personal information (A) Health status (C), drug (E), Use and Access to services (F) and work history and income sources (H). The drugs used in self-medication were classified according to the Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC). In the data analysis used the STATA statistical package with performance of logistic regression. It was considered a significance level of $p < 0.05$. The prevalence of self-medication was 42,3%. Among the most commonly used drugs are analgesics, anti-inflammatory drugs (40.0%) and vitamins (8.7%). In the elderly group that used self-medication 45.5% were female, 44.4% had 60 to 74 years, 50.8% did not consult the doctor in the last twelve months, 46.2% used public insurance, 48,4% used five or more drugs and 50.7% reported not having chronic diseases. The senior was the main responsible for the appointment of self-medication (65%). In the multivariate analysis, we observed that employ five or more medications (OR = 1.75) and have low education increased the likelihood of using self-medication and the elderly have private health insurance (OR = 0.72), and have a more diseases (OR = 0.57) and age less than 75 years (OR = 0.69) decreased the chance of using self-medication. Educational interventions aimed at reducing self-medication should include in the geriatric population, especially those using polypharmacy, those with low education and individuals aged 60 to 74 years, given that the elderly person is mainly responsible for the decision to practice self-medication.

Keywords: Self-medication, Aged, Health statistics, Population Study, Use of Drugs.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição proporcional dos idosos segundo a modalidade de consumo de medicamentos. São Paulo, 2006.....	37
Figura 2 - Distribuição dos idosos segundo indicação da prática da automedicação. São Paulo, 2006.	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Seções e perguntas utilizadas para atingir os objetivos propostos. Estudo SABE. Município de São Paulo, 2006.....	32
Quadro 2 - Grupos da classificação Anatômico - Terapêutico- Químico-Farmacológico (nível 1).....	33
Quadro 3 - Seções do questionário SABE e variáveis independentes.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Situação dos idosos do Estudo SABE 2000. São Paulo, 2006.	25
Tabela 2 - Distribuição proporcional dos idosos segundo grupo analisado e variáveis sócio-demográficas. São Paulo, 2006.	38
Tabela 3 - Média de idade dos idosos segundo grupo analisado. São Paulo, 2006.	39
Tabela 4 - Distribuição proporcional dos medicamentos segundo grupo analisado e utilização de recursos financeiros. São Paulo, 2006.	39
Tabela 5 - Distribuição proporcional dos idosos segundo grupo analisado e condições de saúde. São Paulo, 2006.	40
Tabela 6 - Média do número de medicamentos consumidos segundo grupo analisado. São Paulo, 2006.	41
Tabela 7 - Distribuição dos medicamentos consumidos segundo grupo anatômico principal (Nível 1) e grupo analisado. São Paulo, 2006.	41
Tabela 8 - Distribuição dos dez grupos terapêuticos (Nível 4) mais consumidos no grupo dos prescritos. São Paulo, 2006.....	42
Tabela 9 - Distribuição proporcional dos idosos que utilizaram automedicação segundo variáveis sócio-demográficas e gênero. São Paulo, 2006.	43
Tabela 10 - Distribuição proporcional dos idosos que utilizaram automedicação segundo condições de saúde e gênero. São Paulo, 2006.	44
Tabela 11 - Distribuição dos grupos terapêuticos (Nível 4) consumidos no grupo automedicação. São Paulo, 2006.....	45
Tabela 12 - Distribuição dos medicamentos (Nível 5) consumidos na automedicação segundo gênero. São Paulo, 2006.	46
Tabela 13 - Variáveis associadas à utilização de automedicação em idosos. São Paulo, 2006.	48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 AUTOMEDICAÇÃO: DEFINIÇÃO, PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS.	11
1.2 CLASSES TERAPEUTICAS E IMPACTO DA AUTOMEDICAÇÃO.....	17
1.3 ESTUDO SABE: SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO.....	20
1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	26
2 OBJETIVOS	29
2.1 GERAL.....	29
2.2 ESPECÍFICOS.....	29
3 MÉTODO	31
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	31
3.2 AMOSTRA	31
3.3 COLETA DE DADOS.....	31
3.4 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	32
3.4.1 Classificação dos medicamentos	32
3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO	33
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	35
4 RESULTADOS	37
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS ANALISADOS: MEDICAMENTOS PRESCRITOS E AUTOMEDICAÇÃO.....	37
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO AUTOMEDICAÇÃO	42
5 DISCUSSÃO	51
6 CONCLUSÕES	60
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS	64
ANEXOS	73

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 AUTOMEDICAÇÃO: DEFINIÇÃO, PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS.

O crescimento da população de pessoas idosas é uma realidade vivenciada nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, aspecto demográfico que veio acompanhado pela larga utilização de medicamentos, e dos efeitos deletérios associados ao mau uso desses insumos ^(1,2). Nos Estados Unidos da América (EUA), para cada dólar gasto em medicamento são gastos US\$ 1,33 para tratar toxicidades relacionadas a eles ⁽³⁾.

O consumo de medicamentos nesse grupo etário constitui um problema de saúde pública, cuja ocorrência apresenta como pano de fundo, o aumento da prevalência de doenças crônicas e das seqüelas que acompanham o avançar da idade; a medicalização existente na formação médica; a falta de continuidade na assistência ao idoso; o marketing dos medicamentos, o grande número de medicamentos disponíveis no mercado, incluindo os de venda livre e a prática da automedicação ⁽⁴⁻⁶⁾.

Segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DECS), automedicação representa a “*autoadministração de medicação que não tenha sido prescrita por um médico, ou de maneira não supervisionada por um médico*” ⁽⁷⁾. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Federação Internacional dos Farmacêuticos conceituam automedicação como a prática pela qual os indivíduos selecionam e usam medicamentos para tratar sintomas ou pequenos problemas de saúde ⁽⁸⁾. Esse termo é ainda definido como um procedimento caracterizado fundamentalmente pela iniciativa de um doente ou de seu responsável, em obter ou utilizar um produto que trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas ⁽⁹⁻¹²⁾.

Independente do conceito, a automedicação retrata o princípio do próprio indivíduo buscar espontaneamente por algum medicamento, que

considere adequado para resolver um problema de saúde. Tal prática pode ser decorrente do compartilhamento dos medicamentos com familiares, vizinhos ou amigos; utilização das sobras de medicamentos provenientes de outras prescrições, reutilização de antigas receitas, prolongamento do tratamento medicamentoso indicado na receita, além de sua aquisição sem prescrição médica ^(10,11,13,14).

A prevalência da automedicação pode ser considerada importante, independentemente do cenário do estudo e da população analisada.

Pesquisas conduzidas com indivíduos adultos e idosos apresentam dados bastante diversificados no que tange a prevalência, que varia de 18,1% a 56,0% em adultos e 17,7% a 31,2% em idosos, nos países desenvolvidos e de 28,8% a 76,1% em adultos e 6,4% a 80,5% em idosos, nos países em desenvolvimento, e a associação do fenômeno com variáveis sócio-demográficas ^(11,12,15-27). Essas diferenças parecem estar mais relacionadas ao método (amostra, local do estudo, avaliação da automedicação, tipo de análise) do que ao evento da automedicação.

Em Portugal, estudo com o objetivo de identificar a prática da automedicação nos adultos da zona urbana, apontou prevalência de 26,2%. Os participantes relataram que recorreram ao farmacêutico para a resolução dos problemas de saúde menos graves. Dentre os medicamentos dispensados sem receita médica, 50% foram por aconselhamento do farmacêutico e 30,1% por indicação do próprio usuário ⁽¹⁶⁾. Neste mesmo País, pesquisa realizada com adultos da região rural, mostrou que 21,5% da amostra praticava automedicação, e cujos medicamentos foram indicados pelo farmacêutico (47,2%), pelo próprio indivíduo (32,9%), familiares e amigos (8,6%) e profissionais da saúde não habilitados a prescrever 5,5% ⁽¹⁷⁾.

Em investigação realizada no Chile com indivíduos adultos (n=909), que procuraram a farmácia para aquisição do medicamento, constatou-se que 75% deles usou automedicação, e que o principal motivo para tal prática era o alívio de sintomas como cefaléia (19,0%), tosse (8,8%) e dores musculares (6,7%). Os responsáveis pela indicação dos medicamentos

adquiridos foram uso de prescrições anteriores (46,0%), influência da mídia (7,0%), indicação de familiares (6,4%)⁽¹⁹⁾.

Na Bélgica, estudo conduzido em 72 farmácias, com indivíduos adultos (n=288) identificou prevalência de 56% de automedicação, sendo os analgésicos (8,6%), os antiinflamatórios não-esteroidais (AINE) (6,9%) e os descongestionantes nasais (6,7%) os mais utilizados⁽¹⁸⁾.

No Brasil, semelhante aos países desenvolvidos, o consumo de medicamentos não prescritos, selecionados segundo o critério do usuário, é uma prática relativamente freqüente na população, independente da faixa etária^(10-12, 20-24,26,27).

Estudo de base populacional realizado com adultos da região urbana no interior de Minas Gerais (n=775) apontou a prevalência de automedicação de 28,8%, sendo essa prática associada ao sexo feminino, à idade ≥ 41 anos, a realização de consulta médica ou farmacêutica e ter tido gastos financeiros com medicamentos nos últimos 12 meses⁽¹²⁾.

Pesquisa realizada na Região Sudeste com adultos (n=1973) moradores de favelas e não favelas, com o objetivo de estimar a prevalência de automedicação e seus fatores associados, observou a prevalência de 27% e 32%, respectivamente, e entre os fatores associados: doenças agudas, consumo de 1 a 3 medicamentos, uso de medicamentos para sistema nervoso central e idade entre 40 e 47 anos⁽²¹⁾.

Pesquisa realizada com população da zona urbana da região Sul encontrou prevalência de 76,1% de automedicação, sendo essa prática mais frequente entre as mulheres e os indivíduos com maior nível educacional⁽¹¹⁾.

Na região Sul do país, estudo realizado com adultos (n=360), observou-se que 74,7% deles praticava automedicação, com a finalidade de aliviar dores (51,8%), melhorar afecções respiratórias (12,2%) e problemas digestivos (8,5%). A seleção dos medicamentos nessas situações era feita segundo a autoprescrição (52,0%), a indicação do farmacêutico e ou balconista (28,2%) e de familiares (12,3%)⁽²⁰⁾.

Apesar do consumo de medicamento não criterioso aparentemente apresenta maior risco no idoso, o fenômeno da automedicação nesse grupo etário, ainda, é pouco explorado.

Na Espanha, estudo realizado com idosos (n=240) residentes na comunidade, com média de idade de 81,4 anos, observou-se prevalência de automedicação de 31,2%. Essa prática foi mais freqüente entre as mulheres (62,7%) e os principais envolvidos na indicação dos medicamentos foram os funcionários da farmácia (49,3%), amigos e familiares do usuário (18,7%)⁽²⁸⁾.

Pesquisa feita com idosos hispânicos residentes na comunidade, nos EUA, com média de idade de 70 anos, mostrou que 50% da amostra relatou ao menos uma prática de automedicação que poderia acarretar efeitos adversos. Os responsáveis pela indicação do medicamento foram: o próprio idoso (19%), enfermeiro (18%) e o farmacêutico (17%)⁽²⁹⁾.

Entre idosos mexicanos (n=245), com média de idade 73,4 anos, observou-se que 53,5% praticaram a automedicação, sendo essa prática mais freqüente entre os idosos que viviam sozinhos (61%), que não sabiam ler ou com baixa escolaridade (57,6%) e de menor renda (56%). Os motivos que levaram os idosos a consumir medicamentos sem prescrição médica foram alívio da dor (19,9%), tratamento de problemas respiratórios (15,9%) e da tosse (7,3%). A automedicação foi induzida por familiares (30,5%), farmacêutico ou enfermeiro (27,5%), prescrição anterior (25,2%) e iniciativa própria (9,2%)⁽²⁵⁾.

Estudo longitudinal realizado com idosos australianos residentes na comunidade e residências de apoio (n=2087), cujo objetivo foi verificar as práticas de automedicação com medicamentos de venda livre e produtos alternativos e complementares encontrou um aumento na prevalência de uso destes de 17,7% para 35%, do período de 2000-2001 para 2003-2004. As variáveis associadas a prática de automedicação com produtos alternativos foi sexo feminino e idosos com idade entre 65 e 79 anos⁽³⁰⁾.

No Brasil, numa cidade do interior de Santa Catarina, uma análise de idosos pertencentes a um grupo da “terceira idade” (n=77), com média de

idade de 69,9 anos, mostrou que 80,5% deles consumiam medicamentos sem prescrição médica. Cerca de um terço (36,5%) usava cinco ou mais medicamentos, 66,2% apresentava baixa escolaridade e 57,1% não possuía plano de saúde. Em relação aos motivos que levaram a automedicação, destacaram-se a praticidade (45,3%) e a resolução de problemas considerados simples (33,6%). A indicação do medicamento, em 55,9% dos casos foi de familiares, amigos e vizinhos e em 16,9% devido à própria experiência ⁽²⁷⁾.

Estudo transversal realizado com idosos (n=355) residentes na zona urbana na região Nordeste mostrou que 60% se automedicaram, relatando como motivos dessa prática presença de dor (38,3%), febre (24,4%), diarreia (8,0%), pressão alta (8,0%) e tosse (5,2%). Os fatores associados observados foram: consulta médica, compreender a prescrição medicamentosa e ausência de atividade física ⁽²⁶⁾.

Outra investigação transversal desenvolvida no Distrito Federal em unidades ambulatoriais com mulheres idosas (n=169) identificou prevalência de 26% de automedicação, sendo que a maioria apresentava baixa escolaridade (67%) e um terço delas, baixa renda (32,9%). Os autores verificaram que dentre os medicamentos, pelo menos 40% deles necessitavam prescrição médica, dada a finalidade terapêutica ⁽²⁴⁾.

Inquérito feito com idosos (n=140) atendidos em ambulatório (região Sudeste) com a finalidade de conhecer o padrão da automedicação mostrou que tal prática ocorreu em 23% da amostra. Destes idosos 51% pertenciam a faixa etária de 70- 79 anos, apresentava baixa escolaridade (74%), relataram duas doenças (38,4%), sendo as doenças circulatórias as prevalentes (70%). As fontes de indicação de automedicação foram os parentes e amigos (6,4%) e o próprio usuário (3,6%) ⁽²³⁾.

Estudo populacional realizado na Região Sudeste (n=1.606) com objetivo de descrever o consumo de medicamentos prescritos e não prescritos em idosos residentes na comunidade, identificou prevalência 6,4% de automedicação exclusiva e de 10,7% de automedicação associada ao uso de medicamentos prescritos. Em ambos os grupos, a maioria dos idosos

encontrava-se na faixa etária 60-69 anos. O uso de medicamentos não prescritos apresentou associação negativa com consulta médica e associação positiva com sexo (feminino) e consulta a um farmacêutico ⁽²²⁾.

Os principais envolvidos na decisão ou indicação da automedicação são o próprio indivíduo (autoprescrição)^(16,20,29), o qual baseia-se em experiências anteriores do uso do medicamento para resolução do problema de saúde; e os amigos e ou familiares^(10,11,17,25,27,28,31,32). Neste caso, a indicação por terceiros ocorre quando informalmente as pessoas comentam seus problemas de saúde e os amigos ou familiares indicam algum medicamento que usaram e obtiveram sucesso. Entretanto, na maioria das vezes, o medicamento foi prescrito com a indicação adequada, considerando a avaliação clínica, podendo não ser o mais adequado para outro indivíduo.

Os estudos acerca da automedicação realizados com adultos e idosos têm mostrado que essa prática encontra-se relacionada a alguns fatores de natureza sociodemográfica (sexo, o fato de viver sozinho e escolaridade) e de condições de saúde (consulta ao farmacêutico e saúde percebida).

Parte expressiva dos estudos, independente da faixa etária – adulto ou idoso, aponta que as mulheres são as principais envolvidas na automedicação ^(11,12,22,25-27). As mulheres, geralmente, vivem mais tempo, e podem apresentar maior número de problemas de saúde, que julgam ser de fácil resolução. Além disso, buscam com mais freqüência os serviços de saúde e por serem as maiores consumidoras de medicamentos, considerem-se aptas a reutilizar medicamentos que já usaram em outras situações ^(11,12,22,25-27,33-35).

O fato do idoso viver sozinho pode acarretar uma maior prática da automedicação⁽²⁵⁾, pode ser que a ausência de outra pessoa para orientá-lo e quando necessário conduzi-lo a uma consulta médica faz aumentar a procura pelos medicamentos sem prescrição para resolução de sinais e sintomas.

A variável escolaridade apresenta dados conflitantes, independentemente da região do estudo ou nível de desenvolvimento do país. A automedicação encontra-se associada a baixa escolaridade ^(22-27,32) e também ao alto nível

de educação ^(15, 19,31). Essas divergências demonstram que tal prática, entre idosos ou adultos, pode estar mais relacionada ao conhecimento adquirido pela experiência de vida do que pela educação formal.

As pesquisas consultadas apresentam dados referentes aos idosos de baixa renda ^(25,32) serem os maiores usuários da automedicação. Talvez esta situação possa ser explicada devido à falta de recursos para buscar orientação médica, direcionando os gastos para a aquisição do próprio medicamento.

A automedicação também se encontra associada à percepção do paciente acerca da sua saúde. Geralmente para pequenos problemas de saúde há a busca espontânea pela farmácia e não atendimento especializado. No caso de doenças crônicas, os indivíduos tendem a procurar atendimento médico e utilizam, na maioria das vezes, medicamentos prescritos ^(12,21,26). Entretanto, a reutilização de receitas antigas é utilizada, muitas vezes, para busca do medicamento a ser consumido na automedicação, desta forma, tem o médico como prescritor indireto. Tal fato ocorre, pois em algumas situações o indivíduo apresenta recidiva dos sintomas e recorre ao uso dessas receitas para resolução do problema ^(11,19,20,25,27,32).

Pesquisa realizada em Bambuí ^(12,22) observou que o fato do indivíduo procurar pela atenção farmacêutica para indicação de medicamentos para resolução de seus problemas de saúde pode ser um indicativo de substituição a atenção formal à saúde.

1.2 CLASSES TERAPEUTICAS E IMPACTO DA AUTOMEDICAÇÃO

Estudos prévios sugerem que idosos que vivem na comunidade freqüentemente utilizam medicamentos sem prescrição para resolver problemas comuns como febre, dor, alergia, indigestão, constipação e insônia ^(36,37).

De modo geral, os medicamentos envolvidos na automedicação pertencem a determinados grupos terapêuticos, quais sejam: analgésicos, antipiréticos, antiinflamatórios, medicamentos com ação no sistema digestório, sistema respiratório e antibióticos. É importante notar, que muitos destes requerem receita médica e podem ocasionar sérios problemas a saúde.

Os analgésicos, antipiréticos e antiinflamatórios ocupam o primeiro lugar dentre os medicamentos mais consumidos na automedicação (12,10,20,26,24,38,19,25,30, 28,39). Esse uso elevado ocorre devido, especialmente ao fato de serem produtos vendidos sem receita médica, apresentarem, geralmente, baixo custo e fazerem parte da “caixinha” de medicamentos doméstica. Além disso, há motivos relacionados às condições de saúde, particularmente dos idosos. Esse grupo etário representa o principal consumidor. O avançar da idade geralmente é acompanhado do aparecimento de dores musculares, ósseas e viscerais, sintomas que podem ser aliviados com os analgésicos.

Os medicamentos com ação no sistema digestório, que incluem laxantes, antiácidos e antiflatulentos também foram largamente utilizados, independente do local do estudo e muitos são, ainda hoje, de venda livre no Brasil (10,12,19,20,24-26,30,38). Entre os idosos a principal finalidade da utilização desses agentes é a resolução de problemas prevalentes nesta população como constipação intestinal, má digestão e presença de flatulência (40,41).

Apesar de não integrar o rol de medicamentos de venda livre, os produtos de ação no sistema respiratório, como xaropes, antialérgicos, broncodilatadores, mucolíticos foram consumidos, por adultos e idosos, na modalidade de automedicação (10,15,19,26,28,30,38). A justificativa dada por muitos usuários é que problemas simples como resfriado e tosse não demandam consulta médica, podendo ser tratados com agentes divulgados pela mídia.

Estudos internacionais realizados em adultos têm se preocupado com o uso de antibióticos na automedicação, cuja prevalência variou de 36,2% a 41% (42-45). Neste caso em particular, o problema do uso, sem a avaliação do

prescritor, é mais grave. Muitos antibióticos apresentam reações adversas graves, podem interagir com outros agentes consumidos pelo indivíduo e aumentar a resistência antimicrobiana ⁽⁴²⁾.

Tendo em vista que nenhum medicamento é 100% eficaz e totalmente seguro, a automedicação pode ser considerada uma prática potencialmente nociva à saúde, e um problema relacionado aos medicamentos ⁽¹¹⁾. O uso indevido sem avaliação criteriosa do profissional habilitado pode ocasionar reações adversas, aparecimento de sintomas inespecíficos e piora da condição de saúde ⁽²⁴⁾. Estudo apontou que a automedicação foi responsável pelo aumento do número de atendimentos na sala de emergência e necessidade de internações hospitalares entre os idosos ⁽⁴⁶⁾.

A autoprescrição pode levar a demora no atendimento adequado, ocasionando agravamento dos problemas de saúde como, por exemplo, nos casos de doenças infectocontagiosas, nas quais a carência de tratamento adequado possibilita a transmissão. O desconhecimento dos leigos a respeito das interações medicamentosas pode resultar no aparecimento de outras manifestações clínicas, algumas de difícil diagnóstico, especialmente quando envolvem fitoterápicos ⁽⁴⁷⁾. Além disso, há o problema da seleção equivocada do medicamento considerado “apropriado” e o abuso do consumo de produtos de venda livre considerados supostamente inócuos ⁽⁴⁸⁾.

Apesar dos aspectos adversos da automedicação, alguns autores relatam essa prática como uma necessidade da população, sobretudo nos países pobres, em que indivíduos menos abastados precisam de cuidados e não contam com profissionais de saúde ⁽¹⁰⁾.

A automedicação quando praticada de forma responsável e consciente pode contribuir para a economia de recursos financeiros, tempo e diminuição da procura pelos serviços de saúde. A partir desse enfoque, a OMS permite a prática da automedicação, na qual o indivíduo pode tratar sintomas e males menores com medicamentos aprovados e disponíveis sem prescrição médica ⁽⁴⁹⁾. Todavia há que considerar que a prática responsável encontra-se atrelada à disponibilidade de sistemas de informações de

medicamentos que incluam aconselhamento de médicos ou farmacêuticos, etiquetas e bulas com linguagem compreensível, e não apenas recorrer a um medicamento autorizado para venda sem prescrição ⁽⁴⁹⁾.

1.3 ESTUDO SABE: SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO

O Estudo SABE foi, originalmente, um estudo multicêntrico, coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), sendo planejado com o intuito de conhecer as necessidades de saúde da população que envelheceu rapidamente, para que haja um preparo dos países na prevenção de consequências negativas advindas do processo de envelhecimento ⁽⁵⁰⁾.

Caracteriza-se por ser um estudo transversal, simultâneo e bastante abrangente. Com a finalidade de recolher uma ampla quantidade de informações cujos, resultados pudessem subsidiar tanto o desenvolvimento de outros estudos complementares como a organização de políticas públicas destinadas a esse grupo etário ⁽⁵⁰⁾.

No Estudo SABE, foram incluídos: Argentina, Barbados, Cuba e Uruguai que estão em estágios avançados do processo de envelhecimento e, Chile, México e Brasil que estão ligeiramente atrás, mas este processo ocorre de forma tão rápida que pode fazê-los superar os primeiros ⁽⁵⁰⁾.

No Brasil, a população do estudo compôs-se de 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 pelo somatório de uma amostra probabilística (sorteio) e de uma composição livre para os grupos ampliados para complementar a amostra de idosos em velhice avançada. Para realização da amostra probabilística, foi usado o cadastro permanente de 72 setores censitários existentes 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 ⁽⁵¹⁾.

Os dados foram armazenados em um banco de dados, construído com base no software EPINFO. Após a digitação dos dados, o banco foi convertido para o software STATA ⁽⁵²⁾.

Para a análise dos resultados, atribuiu-se a cada questionário um peso relativo à sua representatividade na população.

Em São Paulo (Brasil), a taxa de resposta foi de 84,6% representando 2.143 idosos. Este total correspondeu a 92% da meta originalmente prevista, que é considerada satisfatória para estudo desse tipo.

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. O questionário utilizado em 2000, disponível em <http://hygeia.fsp.usp.br/sabe>, inicialmente foi composta de dois pré-testes até chegar à forma final, subdividido em 11 seções:

Seção A - Dados pessoais

Ano e país de nascimento, local de residência durante os primeiros 15 anos de vida; local de residência durante os últimos 5 anos de vida e, onde fosse aplicável, razões para a mudança de residência; história e estado marital; número de filhos; sobrevivência dos pais e, se não, a idade em que faleceram; escolaridade.

Seção B - Avaliação cognitiva

Autoavaliação da memória; avaliação da memória pelo Mini exame do Estado Mental modificado e validado no Chile para realização do estudo. Para os que obtivessem escore igual ou inferior a 12 pontos, uma escala de desempenho funcional, o QPAF (Questionário de Pfeffer para atividades funcionais), era administrada a um informante substituto apoiado na questão “é capaz de ...”.

Seção C - Estado de saúde

Autoavaliação 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 medicamentos e motivos referidos para o não emprego dos medicamentos prescritos.

Seção F- Uso e acesso a serviços

Os serviços de saúde utilizados, públicos ou privados, nos últimos 12 meses e ocorrência de hospitalização, atendimento ambulatorial, exames nos últimos 4 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 que 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 autoavaliação de seu bem-estar econômico.

Seção J- Características 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 triquetral, peso, circunferência da panturrilha, largura do punho e força da mão.

Seção L- Flexibilidade e Mobilidade

Provas de equilíbrio, mobilidade e flexibilidade.

Em 2006, o estudo SABE passou a ser longitudinal, apresentando como finalidade estudar as alterações nas condições de vida e de saúde dos idosos no Município de São Paulo. As pessoas idosas que fizeram parte do estudo, em 2000, foram procuradas e convidadas a participar da segunda fase do estudo.

O questionário base foi mantido, todavia foi acrescido de instrumentos para medida de independência funcional (MIF), avaliação da qualidade de vida, avaliação da funcionalidade familiar (APGAR de Família), avaliação da sobrecarga dos cuidadores familiares, avaliação dos óbitos por meio de autópsia verbal e avaliação de institucionalização. Também foi incluído o exame da cavidade bucal para verificar a situação dentária e as possíveis lesões de partes moles (Anexo A). **Seções incluídas em 2006:**

Sexualidade

Identifica a importância dada à vida sexual, se o idoso tem vida sexual ativa, com que frequência, sua satisfação com o nível de atividade sexual, se é portador do vírus da AIDS-HIV positivo (autorreferido), idade que foi diagnosticado, se faz uso de medicamento para o problema e frequência que procura os serviços de saúde.

Seção M- Maus tratos

Avaliação se o idoso sofreu alguma agressão verbal ou física, algum tipo de ameaça e se alguma pessoa usou seu dinheiro sem sua autorização ou se sofreu roubo.

Seção N-Sobrecarga dos cuidadores

Avaliação de como as pessoas podem se sentir quando cuidam de outra pessoa.

APGAR de Família

Avaliação do relacionamento do idoso com a família, busca de ajuda quando necessário, satisfação do apoio familiar, quando o idoso procura novas atividades e tempo disponíveis com parentes. Considerou-se família como aquelas pessoas com as quais se têm atualmente os laços emocionais mais fortes.

Na segunda fase do Estudo SABE, foram localizados e re-entrevistados 1.115 idosos. A diferença foi composta por óbitos, mudanças para outros municípios, institucionalizações, recusas e não localização. Os dados da Tabela 1 demonstram a distribuição da amostra original (2000) em 2006.

Tabela 1 - Situação dos idosos do Estudo SABE 2000. São Paulo, 2006.

2006	N	%
Localizados e reentrevistados	1.115	52,0
Óbitos	649	30,3
Recusa	178	8,3
Não localizados	139	6,5
Mudanças para outros municípios	51	2,4
Institucionalização	11	0,5
Total	2.143	100,0

Em 2006, uma nova amostra probabilística foi realizada com a inclusão de 298 idosos de 60 a 64 anos.

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 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 1 a 6 meses, após a primeira, as seções L e K. Isso foi, em parte, pela extensão do questionário e, por outro lado, pelo fato de as seções L e K exigirem maior disponibilidade do idoso para realização de alguns testes, além do material específico. A coleta de dados foi realizada por entrevistadores, previamente treinados, cujo perfil foi sexo feminino e média de idade de 40 anos. Tais características facilitaram o acesso aos domicílios, a aceitação e o diálogo com os idosos.

O Estudo SABE foi submetido aos respectivos Comitês de Ética dos países envolvidos. No Brasil, o mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP o Parecer nº 315/99 para o ano de 2000 (Anexo B) e Protocolo nº1345 de 14/03/2006 para o ano de 2006 (Anexo C).

Os sujeitos que participaram da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que foi assegurado o sigilo das informações, anonimato e o direito da desistência de participação no estudo a qualquer momento, conforme postulado pela Resolução CNS 196/96.

1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Pessoas idosas são os maiores usuários dos serviços de saúde, incluindo o uso de medicamentos. Nos EUA, os idosos acima de 65 anos representam cerca de 12,5% do total da população e consomem,

aproximadamente, 35% das prescrições realizadas no país ⁽⁵³⁾. No Reino Unido, cerca de dois terços dos idosos consomem medicamentos, e um terço de todas as prescrições emitidas, é destinada a eles ^(54,55). O interesse acerca do uso de medicamentos neste grupo etário deriva não somente do custo relativo as prescrições emitidas, mas também por causa das características específicas inerentes ao envelhecimento, como mudanças fisiológicas e na função cognitiva, e a co-existência de doenças ⁽⁴⁾. Tais características tornam os idosos particularmente vulneráveis aos problemas advindos do uso de medicamentos, especialmente quando utilizados sem indicação de profissional prescritor. Um entendimento do padrão de uso da automedicação, especialmente com dados oriundos de estudo de base populacional, é fundamental para planejar e implementar ações focadas nos idosos e nos serviços de saúde.

Diante do exposto, o presente estudo justifica-se pelo fato de haver ainda uma lacuna no tema automedicação em idosos, com base em dados populacionais de grandes metrópoles como São Paulo. Estudos observacionais como este de prevalência são úteis para retratar o fenômeno estudado e podem ajudar a propor medidas educativas acerca da prática de automedicação, sobretudo no contexto do domicílio, quando os idosos ficam mais sujeitos aos problemas decorrentes do uso indevido dos medicamentos.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a automedicação em idosos residentes no Município de São Paulo, em 2006.

2.2 ESPECÍFICOS

- Verificar a prevalência de automedicação desse grupo etário;
- Identificar as classes terapêuticas mais consumidas nessa modalidade;
- Investigar os fatores sócio-demográficos e clínicos associados à automedicação.

Método

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Esta pesquisa faz parte do Estudo SABE. Caracteriza-se como um estudo observacional e transversal, que fornece informações sobre prevalência, isto é, a proporção de determinada condição clínica ou de doença em certo momento, podendo revelar associações entre exposição e uma condição relacionada à saúde ⁽⁵⁶⁾.

3.2 AMOSTRA

Para o desenvolvimento deste estudo foram usados, os dados do ano de 2006 do Estudo SABE, composto de 1.413 idosos na faixa etária de 60 ou mais anos. Dentre estes, 1.257 idosos fizeram parte da pesquisa, pois usaram medicamentos.

3.3 COLETA DE DADOS

Foram usados dados do Estudo SABE, obtidos das seções e perguntas, conforme o Quadro 1:

Quadro 1 - Seções e perguntas utilizadas para atingir os objetivos propostos. Estudo SABE. Município de São Paulo, 2006.

Seção	Perguntas
A - Dados pessoais	<p>Sexo?</p> <p>A1b. Quantos anos completos o(a) Sr(a) tem?</p> <p>A5b. O(a) Sr(a) foi a escola?</p> <p>A6. Qual a última série(e de que grau) da escola em que o(a) Sr(a) obteve aprovação?</p> <p>A.7. Atualmente o(a) Sr(a) vive sozinho ou acompanhado?</p>
C - Estado de saúde	<p>C.1. Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde. O(a) Sr(a) diria que sua saúde é muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim?</p>
E - Medicamentos	<p>E.1. O(a) Sr(a) poderia me mostrar os remédios que atualmente esta usando ou tomando?</p> <p>E.2. O(a) Sr(a) poderia me dizer o nome dos remédios que esta usando ou tomando?</p> <p>E.3. Quem o receitou?</p> <p>E.5. Como obteve ou quem pagou pelo remédio, na última vez que o comprou?</p> <p>E.7. Além dos medicamentos citados, o(a) Sr(a) costuma tomar algum outro como, por exemplo, laxantes, vitaminas, medicamentos para gripe, aspirinas, medicamentos para dormir, suplemento alimentar, etc?</p>
F - Uso e acesso a serviços.	<p>F.1b. O(a) Sr(a) tem algum plano de saúde além do SUS?</p> <p>F.1c. Que tipo de seguro saúde o(a) Sr(a) têm?</p> <p>F.12a Quantas vezes, nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) procurou atendimento de saúde?</p>
H - Historia de trabalho e fontes de renda	<p>H-17. Quanto o(a) Sr(a) recebe por (benefícios)?</p>

Fonte: SABE. Questionário 2006. www.fsp.br/sabe.

3.4 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS

3.4.1 Classificação dos medicamentos

Na presente investigação, utilizou-se o banco de dados do Estudo SABE, relativo a 2006. Os medicamentos identificados nos questionários na seção E foram classificados por meio do sistema Anatomical-Therapeutical-Chemical Classification System (ATC), adotado pela Organização Mundial de Saúde e recomendado nos estudos de utilização de medicamentos ⁽⁵⁷⁾.

A estrutura da classificação ATC é dividida em cinco níveis, sendo o primeiro nível subdividido em 14 grupos anatômicos principais, codificado por letras. Os níveis dois e três correspondem aos subgrupos terapêuticos/farmacológicos. O nível quatro corresponde ao grupo terapêutico/farmacológico/químico e o último (nível cinco) aponta a substância química (Quadro 2).

Quadro 2 - Grupos da classificação Anatômico - Terapêutico- Químico- Farmacológico (nível 1).

A	Trato alimentar e metabolismo
B	Sangue e órgãos formadores de sangue
C	Sistema cardiovascular
D	Dermatológico
G	Sistema geniturinário e hormônios sexuais
H	Preparações do sistema hormonal excluindo hormônios sexuais e insulina
J	Antiinfeciosos para uso sistêmico
L	Agentes antineoplásicos e imunomoduladores
M	Sistema músculo esquelético
N	Sistema nervoso
P	Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes
R	Sistema respiratório
S	Órgãos sensoriais
V	Vários

Fonte: www.whooc.no/atcddd/indexdatabase/

3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Considerou-se como variável dependente automedicação, sendo avaliada de modo dicotômico: não e sim. Adotou-se como definição para automedicação: uso referido de, pelo menos, um medicamento sem prescrição do médico ou dentista e indicado pelo farmacêutico ou balconista da farmácia, enfermeiro ou auxiliar de enfermagem, o próprio idoso ou outros.

Este dado foi extraído da resposta para a pergunta:

E.3. *Quem o receitou?*

Resposta: médico, farmacêutico, enfermeiro, o(a) Sr(a) mesmo, outro.

Consideraram-se automedicação as respostas: farmacêutico, enfermeiro, o (a) Sr(a) mesmo, outro. Referente a cada medicamento listado nas questões E.1, E.2 e E.7 (Quadro1).

Para atingir os objetivos propostos foram selecionadas variáveis independentes apresentadas nos dados do Quadro 3.

Quadro 3 - **Seções do questionário SABE e variáveis independentes.**

Seção	Descrição	Variáveis	Categorização
A	INFORMAÇÕES PESSOAIS	Sexo	Masculino Feminino
		Idade em anos	60 a 74 anos 75 anos e mais
		Escolaridade	8 e mais 4 a 7 1 a 3 Nenhuma
		Companhia	Vive sozinho Acompanhado
C	ESTADO DE SAÚDE	Auto-percepção da saúde	Muito Boa/Boa Regular Ruim/Muito ruim
		Número de doenças*	Nenhuma 1 2 ou mais
E	MEDICAMENTOS	Como obteve o medicamento	Não pagou Pagou
		Número de medicamentos*	1 a 4 5 ou mais
F	USO DE ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE	Tipo de seguro saúde	Privado Público
		Consulta médica	Não Sim
H	HISTORIA DE TRABALHO E FONTES DE RENDA	Renda (quartil)	1 quintil 2 quintil 3 quintil 4 quintil 5 quintil

*Variáveis criadas para viabilizar a análise dos dados.

Algumas variáveis foram criadas para viabilizar a análise dos dados, quais sejam: número de doenças e número de medicamentos.

O número de doenças foi categorizado em nenhuma, 1, 2 ou mais e o número de medicamentos utilizados, agrupados em 1 a 4 e 5 ou mais (excluindo-se chás, homeopáticos e fitoterápicos).

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise foi realizada com a utilização do *software* STATA®, versão 11, utilizando o recurso do programa que permite análises populacionais, levando em conta os pesos amostrais.

Utilizou-se a estatística descritiva para análise da automedicação entre os gêneros masculino e feminino.

Para a verificação dos possíveis fatores associados à variável dependente, foram realizadas regressões logísticas univariadas e foram selecionadas para os modelos múltiplos aquelas que apresentaram significância de ao menos 20% ($p < 0,20$) no teste de qui-quadrado de Pearson com correção de segunda ordem proposta por Rao & Scott.⁽⁵⁶⁾

A entrada das variáveis nos modelos múltiplos seguiu o método *stepwise forward*, considerando a ordem crescente dos coeficientes de Pearson e mantendo-se aquelas com $p < 0,05$ ou $p > 0,05$, mas que ajustaram alguma outra independente em pelo menos 10%. Os missings (não-respostas) das variáveis foram excluídos das análises.

Resultados

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS ANALISADOS: MEDICAMENTOS PRESCRITOS E AUTOMEDICAÇÃO

A amostra de 1.413 idosos foi composta por 87,9% de indivíduos que consumiram medicamentos e 12,1% que não utilizaram. Dentre os 1.257 idosos usuários de medicamentos, que representaram 902.298 pessoas do Município de São Paulo, observou-se que 57,7% pertenciam ao grupo de consumidores de medicamentos prescritos e 42,3% eram praticantes da automedicação (Figura 1).

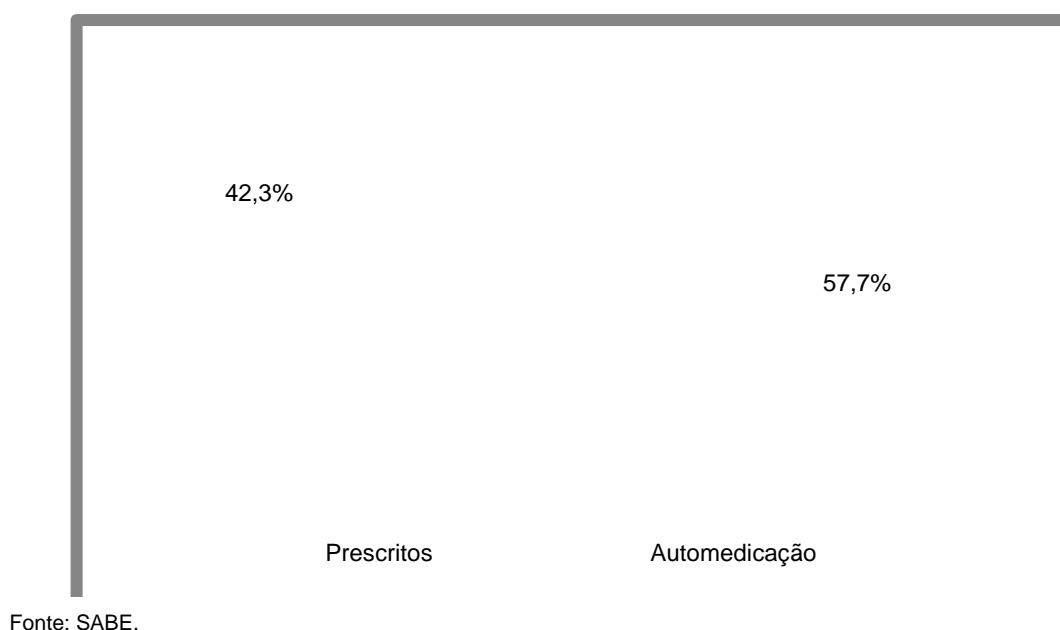


Figura 1 - Distribuição proporcional dos idosos segundo a modalidade de consumo de medicamentos. São Paulo, 2006.

No grupo automedicação verificou-se que 45,0% pertenciam ao sexo feminino, 44,4% apresentaram 60 a 74 anos, 47,5% informaram ter baixa escolaridade, 48,2% recebiam três quintis de renda, 43,2% viviam sozinhos

e 46,2% utilizaram o serviço público de saúde. Houve associação entre a prática de automedicação com o fato do idoso ter baixa escolaridade ($p=0,018$) e utilizar o serviço público de saúde ($p=0,012$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição proporcional dos idosos segundo grupo analisado e variáveis sócio-demográficas. São Paulo, 2006.

Variáveis demográficas	Prescritos (%)	Automedicação (%)	p-valor
Sexo			0,036
Masculino	62,3	37,7	
Feminino	55,0	45,0	
Idade			0,058
60 a 74 anos	56,0	44,0	
75 ou mais	62,7	37,3	
Escolaridade(anos)			0,018
8 e mais anos	65,3	34,7	
4 a 7 anos	60,5	39,5	
1 a 3 anos	52,5	47,5	
Nenhuma	52,5	47,5	
Renda (Quartil)			0,439
1 quintil (0,6SM)	56,0	44,0	
2 quintil (1,2SM)	57,3	42,7	
3 quintil (1,9SM)	51,8	48,2	
4 quintil (3,0SM)	60,3	39,7	
5 quintil (9,2SM)	60,7	39,3	
Companhia			0,831
Vive sozinho	56,8	43,2	
Acompanhado	57,7	42,3	
Plano de saúde			0,012
Público	53,8	46,2	
Privado	62,3	37,7	

Fonte : SABE.

SM- Salário mínimo da época- R\$350,00.

Verificou-se uma média de 69,7 anos de idade no grupo de automedicação (Tabela 3).

Tabela 3 - Média de idade dos idosos segundo grupo analisado. São Paulo, 2006.

Grupos	Média de idade	Desvio padrão	IC 95%
Prescrito	70,7	0,6	69,5- 71,9
Automedicação	69,7	0,7	68,3- 71,0

Na Tabela 4 observa-se que 67,5% dos idosos utilizaram recursos financeiros próprios e 32,5% utilizaram outros recursos (filhos pagaram, SUS, assistência ao servidor público, plano de saúde privado ou outras formas) para aquisição do medicamento utilizado na automedicação.

Tabela 4 - Distribuição proporcional dos medicamentos segundo grupo analisado e utilização de recursos financeiros. São Paulo, 2006.

Utilizou recursos próprios	Prescritos (%)	Automedicação (%)
Não	38,0	32,5
Sim	62,0	67,5

Fonte: SABE. Tabela multi-resposta

Quanto às condições de saúde, verificou-se entre os idosos do grupo automedicação que 50,8% não consultaram o médico nos últimos 12 meses 48,4% consumiram cinco ou mais medicamentos, 44,6% consideraram o estado de saúde regular, 50,7% citaram nenhuma doença, 51,2% referiram ter doença pulmonar e os seguintes sintomas: dor no peito (49,6%), falta de ar acordado (46,4%), vertigem ou tontura persistente (45,4%), fadiga ou cansaço grave (47,2%), tosse persistente ou catarro (44,7%), náusea persistente ou vômito (52,7%), tosse há mais de 3 semanas (49,0%). Houve associação entre automedicação e ter consumido cinco ou mais medicamentos ($p=0,008$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição proporcional dos idosos segundo grupo analisado e condições de saúde. São Paulo, 2006.

Condições de saúde	Prescritos (%)	Automedicação (%)	p-valor
Consulta médica			0,122
Não	49,2	50,8	
Sim	58,3	41,7	
Número de medicamentos			0,008
1 a 4	60,7	39,3	
5 ou mais	51,6	48,4	
Auto percepção de saúde			0,448
Muito boa/Boa	60,0	40,0	
Regular	55,4	44,6	
Ruim/Muito ruim	57,9	42,1	
Número de doenças			0,134
Nenhuma	49,3	50,7	
1	61,5	38,5	
2 e mais	57,7	42,3	
Hipertensão			0,961
Não	57,6	42,4	
Sim	57,7	42,3	
Diabetes			0,644
Não	57,2	42,8	
Sim	58,8	41,2	
Doença pulmonar			0,034
Não	58,8	41,2	
Sim	48,8	51,2	
Doença cardíaca			0,964
Não	57,5	42,5	
Sim	57,7	42,3	
Doença cerebrovascular			0,142
Não	57,0	43,0	
Sim	65,2	34,8	
Doença osteo-articular			0,754
Não	57,3	42,7	
Sim	58,2	41,8	
Dor no peito			0,055
Não	58,9	41,1	
Sim	50,4	49,6	
Inchaço persistente nos pés			0,375
Não	56,2	43,8	
Sim	59,5	40,5	
Falta de ar acordado			0,349
Não	58,2	41,8	
Sim	53,6	46,4	
Vertigem ou tontura persistente			0,531
Não	57,5	42,5	
Sim	54,6	45,4	
Fadiga ou cansaço grave			0,326
Não	58,0	42,0	
Sim	52,8	47,2	
Tosse persistente ou catarro			0,393
Não	58,4	41,6	
Sim	55,3	44,7	
Náusea persistente ou vômito			0,059
Não	58,6	41,4	
Sim	47,3	52,7	
Tosse há mais de três semanas			0,170
Não	58,2	41,8	
Sim	51,0	49,0	

Fonte: SABE.

O número médio de medicamentos consumidos no grupo automedicação foi de 4,16 (Tabela 6).

Tabela 6 - Média do número de medicamentos consumidos segundo grupo analisado. São Paulo, 2006.

Grupos	Média	Desvio padrão	IC 95%
Prescritos	3,61	0,09	3,42- 3,80
Automedicação	4,16	0,15	3,85- 4,46

Na Tabela 7, observam-se os medicamentos consumidos, conforme o sistema em que atua (nível 1 ATC) e grupo analisado. No grupo automedicação, destacam-se a classificação sistema nervoso (27,9%) e trato alimentar e metabólitos (25,5%). E entre os prescritos, os atuantes no sistema cardiovascular (42,7%).

Tabela 7 - Distribuição dos medicamentos consumidos segundo grupo anatômico principal (Nível 1) e grupo analisado. São Paulo, 2006.

Grupos anatômicos principais	Prescritos (n=4479)	Automedicação (n=333)
Trato alimentar e metabolismo	783 (17,6%)	85 (25,5%)
Sangue e órgãos formadores de sangue	383 (8,5%)	17 (5,1%)
Sistema cardiovascular	1912 (42,7%)	11 (3,4%)
Dermatológico	51 (1,1%)	13 (3,9%)
Sistema geniturinário e hormônios sexuais	42 (0,9%)	02 (0,6%)
Preparações do sistema hormonal excluindo hormônios sexuais	125 (2,8%)	02 (0,6%)
Antiinfeciosos para uso sistêmico	56 (1,2%)	05 (1,5%)
Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	9 (0,2%)	---
Sistema músculo esquelético	323 (7,2%)	50 (15,0%)
Sistema nervoso	516 (11,6%)	93 (27,9%)
Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes	8 (0,2%)	---
Sistema respiratório	149 (3,3%)	43 (12,9%)
Órgãos sensoriais	113 (2,5%)	07 (2,1%)
Vários	9 (0,2%)	05 (1,5%)

Na Tabela 8, observam-se os dez medicamentos mais consumidos entre os prescritos e destacam-se os com ação no sistema renina angiotensina (12,3%) e os diuréticos (10,8%).

Tabela 8 - Distribuição dos dez grupos terapêuticos (Nível 4) mais consumidos no grupo dos prescritos. São Paulo, 2006.

Grupos terapêuticos	Prescritos
Ação no sistema renina angiotensina	549 (12,3%)
Diuréticos	485 (10,8%)
Trombolítico	330 (7,4%)
Antidiabético	297 (6,6%)
Agentes que reduzem o lipídio sérico	237 (5,3%)
Beta- bloqueadores	217 (4,8%)
Vitaminas	189 (4,2%)
Antiácido	187 (4,2%)
Bloqueadores do canal de cálcio	167 (3,7%)
Antiinflamatório e antireumático	148 (3,3%)

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO AUTOMEDICAÇÃO

Na Tabela 9 observa-se que a maioria dos idosos do gênero masculino apresentaram idade entre 60 a 74 anos (82,7%), escolaridade entre 4 a 7 anos (34,2%), alta renda (47,0%), viviam acompanhados (92,2%) e utilizaram o serviço de saúde público (58,6%). Entre as mulheres verificou-se idade entre 60 a 74 anos (75,0%), escolaridade entre 4 a 7 anos (35,0%), baixa renda (46,4%), viviam acompanhadas (83,8%) e utilizaram o serviço de saúde público (59,4%).

Tabela 9 - Distribuição proporcional dos idosos que utilizaram automedicação segundo variáveis sócio-demográficas e gênero. São Paulo, 2006.

Variáveis demográficas	Gênero	
	Masculino (%)	Feminino (%)
Idade		
60 a 74 anos	82,7	75,0
75 ou mais	17,3	25,0
Escolaridade(anos)		
8 e mais anos	16,9	13,8
4 a 7 anos	34,2	35,0
1 a 3 anos	32,1	31,0
Nenhuma	16,8	20,2
Renda (Tercil)		
1 tercil	12,6	46,4
2 tercil	40,4	31,2
3 tercil	47,0	22,4
Companhia		
Vive sozinho	7,8	16,2
Acompanhado	92,2	83,8
Plano de saúde		
Público	58,6	59,4
Privado	41,4	40,6

Na Tabela 10 observa-se que entre os homens 58,9% relataram auto percepção de saúde regular, 51,4% referiram duas e mais doenças, 71,4% utilizaram de 1 a 4 medicamentos e 90,3% consultaram o médico nos últimos 12 meses. E entre as mulheres 48,5% referiram regular estado de saúde, 57,4% ter duas e mais doenças, 57,7% o uso de 1 a 4 medicamentos e 92,6% consultaram o médico nos últimos 12 meses.

Tabela 10 - Distribuição proporcional dos idosos que utilizaram automedicação segundo condições de saúde e gênero. São Paulo, 2006.

Condições de saúde	Gênero	
	Masculino (%)	Feminino (%)
Auto percepção de saúde		
Muito boa/Boa	35,2	39,6
Regular	58,9	48,5
Ruim/Muito ruim	5,9	11,9
Número de doenças		
Nenhuma	19,2	15,3
1	29,4	27,3
2 e mais	51,4	57,4
Número de medicamentos		
1 a 4	71,4	57,7
5 ou mais	28,6	42,3
Consulta médica		
Não	9,7	7,4
Sim	90,3	92,6

Observa-se na Tabela 11 que as classes mais consumidas foram os analgésicos/antiinflamatórios (40,0%) e as vitaminas (8,7%).

Tabela 11 - Distribuição dos grupos terapêuticos (Nível 4) consumidos no grupo automedicação. São Paulo, 2006.

Grupos terapêuticos	Automedicação (n=333)
Analgésicos/Antiinflamatório	132(40,0%)
Vitaminas	29 (8,7%)
Antihistamínico para uso sistêmico	22 (6,6%)
Laxantes	20 (6,0%)
Antiácido	19(5,7%)
Preparações para tosse/resfriado/garganta	15(4,5%)
Gastrointestinal	13(3,9%)
Trombolítico	13(3,9%)
Produtos dermatológicos	13(3,9%)
Oftalmológico/ Otológico	7(2,1%)
Medicamentos para DPOC	6(1,8%)
Vasoprotetores	6(1,8%)
Antibacteriano uso sistêmico	5(1,5%)
Medicamentos para tratamento cardíaco	5(1,5%)
Antidiarréicos	4(1,2%)
Psicolépticos	3(0,9%)
Outros medicamentos para sistema nervoso	3(0,9%)
Agentes hematológicos	3(0,9%)
Corticóide uso sistêmico	2(0,6%)
Antiepilépticos	2(0,6%)
Antídotos	2(0,6%)
Hormônio sexual/Urológico	2(0,6%)
Tratamento do fígado	1(0,3%)
Medicamentos para diabetes	1(0,3%)
Preparações antianêmicas	1(0,3%)
Anestésico local	1(0,3%)
Psicoanalépticos	1(0,3%)
Agentes não terapêuticos	1(0,3%)

Na Tabela 12 observa-se que entre os medicamentos mais consumidos, por ambos os sexos, foram dipirona (16,2%) e vitaminas (8,7%). Verifica-se ainda que 33% dos medicamentos são considerados inapropriados aos idosos segundo critério de Beers-Fick⁽⁷⁷⁾, sendo 36,0% utilizados pelos homens e 31,7% pelas mulheres.

Entre os inapropriados foram identificados os seguintes agentes: diclofenaco, dexclorferinamina, orfenadrina, bisacodil, ticlopidina,

escopolamina, carisoprodol, diazepam, naproxeno, óleo mineral, difenidramina, alcalóides da beladona, cimetidina, estrogênios, ferro e piroxicam.

Observou-se que apenas os homens utilizaram difenidramina (1,9%), alcalóides da beladona (1,9%) e piroxicam (1,0%). No sexo feminino foram o carisoprodol (1,7%), naproxeno (0,9%), óleo mineral (0,9%), cimetidina (0,4%), estrogênios (0,4%) e ferro (0,4%) (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição dos medicamentos (Nível 5) consumidos na automedicação segundo gênero. São Paulo, 2006.

Medicamento	Automedicação		
	Masculino(n=103)	Feminino (n=230)	Total(n=333)
Dipirona	15(14,6%)	39(17,0%)	54 (16,2%)
Vitaminas	10(9,8%)	19(8,4%)	29(8,7%)
Produtos tópicos	09(8,8%)	15(6,6%)	24(7,2%)
Diclofenaco	09(8,8%)	12(5,3%)	21(6,3%)
Dexclorferinamina	06(5,8%)	12(5,3%)	18(5,4%)
Orfenadrina	03(2,9%)	15(6,6%)	18(5,4%)
AAS	06(5,8%)	11(4,9%)	17(5,1%)
Bisacodil	06(5,8%)	10(4,3%)	16(4,8%)
Antiácido	06(5,8%)	08(3,5%)	14(4,2%)
Ticlopidina	06(5,8%)	07(3,0%)	13(3,9%)
Paracetamol	02(1,9%)	10(4,3%)	12(3,6%)
Outros nutrientes	-	07(3,0%)	07(2,1%)
Descongestionante nasal	02(1,9%)	05(2,2%)	07(2,1%)
Dimeticona	01(1,0%)	05(2,2%)	06(1,8%)
Supressores da tosse	03(2,9%)	03(1,3%)	06(1,8%)
Colírios	-	05(2,2%)	05(1,5%)
Agentes inalatorios	02(1,9%)	03(1,3%)	05(1,5%)
Escopolamina	02(1,9%)	03(1,3%)	05(1,5%)
Antivertigem	-	04(1,7%)	04(1,2%)
Carisoprodol	-	04(1,7%)	04(1,2%)
Omeprazol	03(2,9%)	01(0,4%)	04(1,2%)
Heparina tópica	-	03(1,3%)	03(0,9%)
Cefalexina	01(1,0%)	01(0,4%)	02(0,6%)

continua

continuação

Diazepam	-	02(0,9%)	02(0,6%)
Enema	-	02(0,9%)	02(0,6%)
Naproxeno	-	02(0,9%)	02(0,6%)
Nimesulida	-	02(0,9%)	02(0,6%)
Óleo mineral	-	02(0,9%)	02(0,6%)
Prednisona	01(1,0%)	01(0,4%)	02(0,6%)
Loperamida	01(1,0%)	01(0,4%)	02(0,6%)
Difenidramina	02(1,9%)	-	02(0,6%)
Aminofilina	02(1,9%)	-	02(0,6%)
Alcalóides da Beladona	02(1,9%)	-	02(0,6%)
Antiepiletico	-	01(0,4%)	01(0,3%)
Bioflavonoide	-	01(0,4%)	01(0,3%)
Butazolidona	-	01(0,4%)	01(0,3%)
Cimetidina	-	01(0,4%)	01(0,3%)
Ciprofloxacino	-	01(0,4%)	01(0,3%)
Estrogênios	-	01(0,4%)	01(0,3%)
Fenazopiridina	-	01(0,4%)	01(0,3%)
Ferro	-	01(0,4%)	01(0,3%)
Fibrinolítico	-	01(0,4%)	01(0,3%)
Furosemida	-	01(0,4%)	01(0,3%)
Hidroclorotiazida	-	01(0,4%)	01(0,3%)
Isossorbida	-	01(0,4%)	01(0,3%)
Metalanina	-	01(0,4%)	01(0,3%)
Metformina	-	01(0,4%)	01(0,3%)
Penicilina	-	01(0,4%)	01(0,3%)
Salbutamol	-	01(0,4%)	01(0,3%)
Antidiarreico	01(1,0%)	-	01(0,3%)
Piroxicam	01(1,0%)	-	01(0,3%)
Diltiazem	01(1,0%)	-	01(0,3%)

Na figura 2 observa-se que mais de 60% dos idosos foram os responsáveis pela indicação do próprio medicamento utilizado na automedicação.

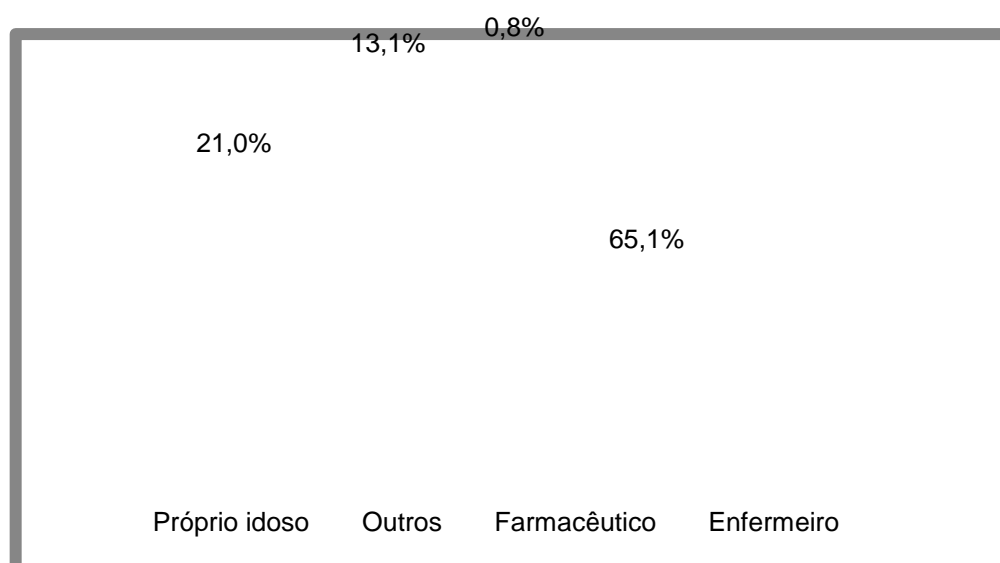


Figura 2 - Distribuição dos idosos segundo indicação da prática da automedicação. São Paulo, 2006.

Na análise univariada, as variáveis que apresentaram maior chance do idoso, utilizar a automedicação foram: uso de cinco ou mais medicamentos (OR=1,45), não ter frequentado a escola (OR=1,70) e escolaridade de 1 a 3 anos (OR=1,64) (Tabela 13).

Na análise múltipla, observou-se que as variáveis que apresentaram menor chance do idoso praticar a automedicação foram: possuir plano de saúde privado (OR=0,72), ter referido uma e mais doenças (OR=0,57) e ter idade igual ou superior a 75 anos (OR=0,69). As variáveis que aumentaram a chance dos idosos usarem a automedicação foram: uso de cinco ou mais medicamentos (OR=1,75) e referir baixa escolaridade (OR=1,54) (Tabela 13).

Tabela 13 - Variáveis associadas à utilização de automedicação em idosos. São Paulo, 2006.

Variáveis	OR bruto	IC 95%	p	OR ajustado*	IC 95%	P
Consulta médica*						
Não	1,00			1,00		
Sim	0,69	0,43- 1,11	0,124	0,66	0,42- 1,05	0,083
N. de medicamentos						
1 a 4	1,00			1,00		
5 e mais	1,45	1,10- 1,90	0,009	1,75	1,28- 2,41	0,001
Plano de saúde						
Público	1,00			1,00		
Privado	0,71	0,54- 0,93	0,012	0,72	0,54- 0,97	0,032
Número de doenças						
Nenhuma	1,00			1,00		
1	0,61	0,36- 1,03	0,062	0,57	0,34- 0,94	0,030
2 e mais	0,71	0,45- 1,13	0,419	0,57	0,36- 0,93	0,025
Escolaridade (anos)						
8 e mais anos	1,00			1,00		
4 a 7 anos	1,23	0,89- 1,70	0,212	1,11	0,78- 1,60	0,553
1 a 3 anos	1,64	1,14- 2,36	0,008	1,54	1,04- 2,30	0,032
Nenhuma	1,70	1,11- 2,60	0,015	1,54	0,98- 2,40	0,059
Idade						
60 a 74 anos	1,00			1,00		
75 e mais anos	0,76	0,56- 1,01	0,059	0,69	0,51- 0,91	0,011
Sexo						
Masculino	1,00			1,00		
Feminino	1,35	1,02- 1,79	0,036	1,32	0,98- 1,76	0,063

Fonte: SABE.

*ajustado por sexo e consulta médica. OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança.

Discussão

5 DISCUSSÃO

O presente estudo mostra estimativas representativas da prática de automedicação em idosos do SABE, com 60 anos e mais, da metrópole de São Paulo – Brasil. O padrão dessa prática variou de acordo a idade, a escolaridade, o número de medicamentos usados, co-morbidades referidas e plano de saúde do idoso. Os medicamentos mais consumidos nessa modalidade, em ambos os sexos, foram os analgésicos, antiinflamatórios e as vitaminas.

A automedicação é um fenômeno que tem crescido no mundo todo, especialmente entre as mulheres idosas, e independente do nível de desenvolvimento sócio-econômico da sociedade ⁽²⁶⁾. Essa prática, quando inapropriada, representa um problema de saúde pública, particularmente na população geriátrica. Pode mascarar sintomas ou doenças, atrasar o diagnóstico, aumentar a incidência de reações adversas e o risco de interações medicamentosas ^(4,58,59). No SABE, 42,3% dos 1.257 idosos entrevistados, no ano de 2006, relataram consumir pelo menos um medicamento sem prescrição médica.

No Brasil, apesar do envelhecimento da população ser considerado um fenômeno relativamente recente, a prevalência da automedicação identificada foi similar a encontrada em outros estudos, nesse mesmo grupo etário e independente do país. Em países desenvolvidos como a Espanha e Estados Unidos, que passaram pelo processo de envelhecimento prévio ao Brasil, observou-se que a automedicação ocorreu em 46% e 50% dos idosos residentes em área urbana, respectivamente ^(29,61). Em países latino-americanos verificou-se a prevalência de 41% ⁽⁷⁹⁾ em idosos cubanos e de 53,5% no México ⁽²⁵⁾. No Estudo realizado em Pernambuco ⁽²⁶⁾, apesar de haver diferença expressiva no tamanho populacional em comparação ao da cidade de São Paulo, o uso de pelo menos um medicamento sem prescrição médica ocorreu em 60% dos idosos.

No Brasil, dados da indústria farmacêutica apontam que, em média, quatro a cada dez pessoas adquirem medicamentos, sem prescrição médica, ao menos uma vez por mês ⁽⁸¹⁾. O consumo crescente de medicamentos de venda livre, especialmente nos grandes centros pode ser motivado por valores que predominam na sociedade moderna. Soluções imediatas para problemas de saúde (muitas vezes gerados pelo estilo de vida), para evitar interrupção das atividades do dia-a-dia ou simplesmente para retornar rapidamente a elas ⁽⁶²⁾, combinada a facilidade de acesso aos produtos de venda livre, a propaganda irrestrita nos meios de comunicação (televisão, rádio e revistas) e a ausência de legislação brasileira que limite a aquisição de medicamentos podem ter contribuído, em parte, para essa prática ^(62,63). Na época do inquérito, não havia ainda por parte da ANVISA a restrição da exposição dos medicamentos em gôndolas de farmácias, havendo livre acesso do consumidor aos produtos ⁽⁸²⁾.

Os estudos sobre automedicação são, praticamente, unânimes quanto a predominância das mulheres nessa prática e o SABE 2006 seguiu esse mesmo padrão, apesar de não haver associação entre o sexo e a automedicação ^(11,26,28,64). As mulheres utilizam mais os serviços de saúde, aspecto que favorece maior familiaridade com os medicamentos, e que muitas vezes facilita a seleção do medicamento independente da consulta ao médico. O fato de serem responsáveis pela saúde da família ⁽¹⁰⁾ pode fazer com que a mulher utilize a automedicação para resolução de pequenos problemas de saúde, inclusive como forma de autocuidado.

A prática da automedicação foi associada às pessoas idosas com baixa escolaridade (nenhuma e um a três anos), achado condizente com outras pesquisas realizadas em diferentes Estados brasileiros ^(23,24,27) e no México ⁽²⁵⁾. Indivíduos com baixa escolaridade podem ter subjacentes elementos como menor poder aquisitivo e menor acesso a serviços de saúde, havendo dependência exclusiva do plano público. A precariedade dos serviços públicos e o baixo poder aquisitivo dos idosos, contrastam com a facilidade de obtenção de medicamentos, sem pagamento de consulta e sem prescrição médica ⁽⁶²⁾. No SABE, semelhante ao Bambuí ⁽¹²⁾, a busca

pela automedicação pareceu substituir a atenção médica, nos indivíduos de baixa escolaridade.

Neste contexto, o risco de problemas relativos à automedicação pode derivar-se de dois aspectos: primeiro, por não ser acompanhado formalmente, o idoso desconhece sua condição clínica e a existência de alguma doença (potencial ou real), sendo assim, seleciona o medicamento que julga apropriado; segundo, a dificuldade de leitura e entendimento, decorrente da baixa escolaridade, pode ser piorada pela redução da acuidade visual, fazendo com que o idoso não compreenda a informação contida no rótulo do produto e seja incapaz de ler uma bula, podendo tomar o medicamento de modo equivocado. Estudo apontou que 19% dos idosos, que praticam automedicação com medicamentos de venda livre, têm dificuldade de entender a informação do rótulo, e 12% não podem lê-lo ⁽²⁹⁾.

Não foi ao acaso que o idoso ter ido a consultas médicas nos últimos doze meses e possuir um plano privado, parecem ter evitado a prática da automedicação. Essas variáveis também podem ser interpretadas conjuntamente. Idosos que possuem plano de saúde, geralmente, têm maior acesso aos serviços (consultórios, laboratórios e hospitais), podendo eleger seus médicos e agendar consultas na vigência de necessidade, com tempo de espera pelo atendimento menor, se comparado ao serviço público. Além disso, nos planos privados parece haver maior vínculo entre médico-paciente, fato que pode contribuir ao maior esclarecimento do paciente acerca da doença e terapia, e favorecer a adesão terapêutica. Esses elementos positivos, certamente, contribuem para a prevenção ou redução da prática de automedicação e dos riscos associados a ela. Antecedentes de eventos adversos relativos à automedicação envolvem inadequado conhecimento do paciente acerca de suas condições de saúde e medicamentos usados, baixa adesão terapêutica, pouca utilização de cuidados preventivos de saúde e baixa satisfação na relação médico-paciente ^(78,79).

No SABE, os mais jovens (60 a 74 anos) foram os principais praticantes da automedicação e a idade avançada pareceu proteger o

indivíduo dessa prática. Entretanto, várias pesquisas mostram que a idade não influencia a prática da automedicação ⁽⁸⁴⁻⁸⁵⁾ e em outras foi observado aumento ⁽⁸⁶⁾ ou diminuição ^(87,88) desta prática com o aumento da idade. Esse achado combinado ao fato do próprio idoso ser o principal responsável pela indicação da automedicação é sugestivo da busca pelo autocuidado, entendido nesse contexto, como o conjunto de ações realizadas pelo próprio indivíduo para estabelecer e manter a saúde ⁽⁸⁹⁾. Um dos aspectos que favorece a automedicação é o fato do idoso morar sozinho, sendo, muitas vezes, o único responsável pelo autocuidado, considerando-se apto a selecionar o medicamento adequado para a solução dos problemas de saúde “tidos” como pequenos. Nestes indivíduos, a busca pelo tratamento, principalmente de sintomas como dores, cansaço e indigestão, pode ser influenciada por experiências passadas, levando a utilização de receitas antigas, e pelos meios de comunicação. As propagandas constituem um estímulo a automedicação, pois as informações acerca dos medicamentos são incompletas, explorando o desconhecimento dos consumidores acerca dos efeitos adversos dos medicamentos ⁽⁶²⁾.

Tal como outros estudos nacionais ^(11,20,27,32), dentre os responsáveis pela indicação da automedicação, destacou-se também o item Outros, que pode incluir familiares/amigos/vizinhos. Aspectos que parecem favorecer a participação de terceiros na decisão do indivíduo é o convívio social, a troca de experiências vividas e o grau de dependência do idoso. Pode haver, também, o consumo compartilhado de medicamentos e utilização de sobras de tratamentos anteriores ⁽¹⁴⁾. Neste contexto é importante lembrar que aspectos mais técnicos relacionados aos medicamentos podem influenciar tais comportamentos. A comercialização de produtos em quantidades maiores do que o estabelecido na prescrição médica faz com que ao término do tratamento haja sobra de medicamentos. Este fato pode induzir a reutilização em situações nas quais os sintomas parecem ser iguais. Independente do envolvido na indicação da automedicação o uso de medicamentos sem a devida avaliação clínica do usuário é um risco.

O uso de cinco e mais medicamentos, denominado polifarmácia ^(55,65), foi associado a prática da automedicação. Ambos os fenômenos tendem a co-existir. O atendimento do idoso por vários prescritores, o tratamento inadequado, gerado pela falta de seguimento sistematizado e a facilidade de acesso a farmácias são elementos que podem contribuir para o maior consumo de medicamentos, sejam prescritos ou não. Na resolução de problemas frequentes como, por exemplo, dores articulares, má digestão e constipação, pode ser mais cômodo o idoso recorrer a “farmacinha” caseira, e utilizar medicamentos disponíveis, do que procurar por atendimento médico, particularmente quando ele depende da ajuda de terceiros (alto grau de dependência) ou tem baixo poder aquisitivo. É freqüente o idoso apresentar de duas a seis receitas médicas e utilizar a automedicação com dois ou mais medicamentos ⁽⁵³⁾.

Tanto a polifarmácia quanto a automedicação inapropriada são considerados problemas relacionados a medicamentos, que podem resultar em desfechos negativos como reações adversas, interações medicamentosas perigosas, erros de medicação e aumento da morbimortalidade do idoso ^(4,47,90). Estudo mostrou que em casas de repouso, para cada dólar americano (US\$) consumido com medicamentos foram necessários US\$ 1,33 para tratar as adversidades relativas a ele ⁽³⁾.

Neste contexto em que o uso de polifarmácia foi associado a automedicação era esperado que, também, a presença de doenças, estivesse envolvida, dado que a polifarmácia e as doenças frequentemente aparecem juntas no idoso. Entretanto, a presença de doença (uma ou mais) pareceu proteger o idoso do consumo de MIP. De certo modo esse padrão pode ser considerado positivo, uma vez que doenças ou condições crônicas mais graves levam ao uso de medicamentos prescritos ⁽¹²⁾. Idosos que apresentam doenças crônicas, ainda que auto-referidas, parecem visitar mais freqüentemente os consultórios médicos, ficando o direcionamento terapêutico a cargo do prescritor, havendo menos oportunidade para a automedicação. Adicionalmente, idosos com co-morbidades podem ter medo de usar agentes não receitados pelo médico, ou apresentar maior grau de

dependência e dificuldade de acessar um dado medicamento para alívio de desconfortos, ainda que seja necessário. Estudos conduzidos em diferentes países têm evidenciado que o hábito da automedicação está associado a presença de sinais e sintomas de características agudas (dor e febre) e considerados menores ^(11,12,22,25,30). No SABE, o perfil dos medicamentos identificado parece confirmar essa hipótese.

As classes terapêuticas predominantes na automedicação foram dos medicamentos com ação no sistema nervoso central (SNC), no trato alimentar e metabolismo, achado que assemelha-se a outros estudos ^(22,64). Muitos medicamentos pertencentes a essas classes integram o rol dos agentes MIP.

A alta prevalência de medicamentos com ação no SNC deve-se principalmente ao fato de os analgésicos como dipirona, ácido acetil salicílico (AAS) e paracetamol, serem incluídos nesse grupo, segundo a classificação ATC. Esses agentes por apresentarem ações farmacológicas abrangentes (redução da febre, alívio da dor e diminuição da inflamação) são úteis no tratamento de condições agudas e crônicas encontradas nos idosos ⁽³⁰⁾. De modo similar ao SABE, esses medicamentos foram os mais consumidos por idosos de áreas urbanas de diferentes países ^(6,15,24,26,29,30,36,39)

Tendo em vista que os idosos da amostra usaram em média 3,61 a 4,16 medicamentos pode-se supor que qualquer um destes analgésicos (prescritos ou automedicação), por inúmeras vezes, estivesse combinado, expondo o idoso ao risco de interações medicamentosas (IM). Estima-se que o risco de apresentar IM seja de 13% para idosos que usam dois medicamentos e de 58% para aqueles que recebem cinco ⁽⁹¹⁾. Ademais, o uso prolongado de qualquer um desses agentes, supostamente inócuos, na dose inadequada e o uso por pessoas que apresentam contra-indicação, pode ocasionar eventos adversos como hemorragia gastrointestinal, toxicidade renal ou hepática ^(39,68).

Consistente com estudos conduzidos em diferentes contextos, as vitaminas foram os medicamentos com ação no trato alimentar e metabolismo mais usados ^(12,22,22,25,30). No mundo todo, o consumo de

vitaminas foi crescente principalmente nos anos 70 com a crença popular de esses produtos seriam capazes de proporcionar vida longa e saudável. Por isso, entre os idosos, o consumo de vitaminas, ainda hoje, é maior do que outros estratos etários. Esse comportamento parece ser reforçado pela mídia e incentivo dos próprios familiares⁽⁶⁴⁾. Todavia como qualquer outro medicamento, os efeitos não são inócuos a saúde, podendo o uso indiscriminado acarretar intoxicação. Além disso, muitos idosos utilizam complexos vitamínicos, os quais são formulados com dose fixa de princípio ativo. Isso pode ser um problema. As necessidades individuais de um determinado componente (por exemplo, vitamina B6) podem variar de acordo com a condição física de cada indivíduo. Desse modo, o uso desses complexos pode levar o consumo de vitaminas desnecessárias e ingestão insuficiente daquelas que são, de fato, necessárias.

No SABE observou-se que 3,4 % dos medicamentos identificados na automedicação tais como furosemida, diltiazem, hidroclorotiazida, isossorbida, são usados para tratar doenças cardiovasculares, as quais requerem controle rigoroso, prescrição médica e são indicados inicialmente por especialista. Além disso, um terço dos medicamentos (33,0%) consumidos na automedicação são considerados inapropriados segundo critérios de Beers-Fick⁽⁷⁷⁾. Esses agentes tendem a causar mais dano do que benefícios⁽⁷⁷⁾. O uso de medicamentos inapropriados (prescritos ou automedicação) encontra-se associado ao aumento do risco de eventos adversos, morbimortalidade e utilização dos serviços de saúde⁽⁹²⁻⁹⁴⁾.

O presente estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos achados.

O estudo foi conduzido no ano de 2006, época em que não havia, ainda no Brasil, legislação específica acerca da comercialização de medicamentos nas farmácias, aspecto que poderia influenciar na prevalência da automedicação.

A coleta de informações acerca da automedicação não permitiu identificar o motivo que levou o idoso a se automedicar, assim como a dose e o tempo que foi utilizado o medicamento.

Quanto ao responsável pela indicação do medicamento, a categoria “Outros” não permitiu identificar, de fato, quem foi o responsável, limitando a comparação do SABE com outros estudos.

A pergunta referente à automedicação não foi realizada de forma direta, como ocorreu em outras pesquisas ^(25,29), e sim a cada medicamento referido pelo idoso. Desta forma, a resposta pode ter sido subestimada ou superestimada.

Na modalidade automedicação não foram analisadas as plantas medicinais, ainda que sejam reconhecidos os problemas relacionados a elas.

Conclusões

6 CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu extrair as seguintes conclusões:

- A prevalência de automedicação entre os idosos do Município de São Paulo foi de 42,3%.
- As classes terapêuticas mais utilizadas na automedicação foram dos medicamentos com ação no sistema nervoso central (27,9%) e no trato alimentar e metabolismo (25,5%), tendo como representantes mais freqüentes a dipirona (16,2%) e as vitaminas (8,7%).
- A análise múltipla indicou que usar cinco ou mais medicamentos (OR=1,75) e ter baixa escolaridade (OR=1,54) aumenta a chance do idoso utilizar a automedicação e as variáveis possuir plano de saúde privado (OR=0,72), ter referido uma e mais doenças (OR=0,57) e ter idade igual ou superior a 75 anos (OR=0,69) diminui a chance do idoso praticar a automedicação.

Considerações Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo indica que intervenções educativas com o objetivo de reduzir a automedicação entre a população geriátrica devem contemplar, especialmente os usuários de polifarmácia, aqueles com baixa escolaridade e indivíduos na faixa etária dos 60- 74 anos, tendo em vista que o próprio idoso é o principal responsável pela decisão de praticar a automedicação. É fundamental a inclusão de início e término do tratamento na prescrição médica ou então o retorno para reavaliação da receita como medida para evitar esse padrão de comportamento. Além disso, é importante que profissionais de diferentes formações contribuam na formulação de políticas de saúde, pois os idosos são atendidos em diferentes esferas dos serviços de saúde – domicílio, unidade básica de saúde e ambulatórios especializados, devendo haver uma avaliação da automedicação em todas, bem como orientação quanto às doses, reações adversas aos medicamentos e interações medicamentosas.

Referências

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). 25ª Conferencia Sanitária Pan-Americana; Washington DC; 1998. (Tema 4.6 da agenda provisória, CSP 25/12).
2. Rozenfelt S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19 (3): 717-724.
3. Bootman JL, Harrison DL, Cox E. The health care cost of drug-related morbidity and mortality in nursing facilities. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2089-96.
4. Secoli, SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev Bras Enferm* 2010 jan-fev; 63(1):136-40.
5. Haak H. Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia (Brasil). *Rev Saúde Pública*. 1989; 23:143-51.
6. Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(6):924-9.
7. Descritores em ciências da saúde (DECS). [acesso maio de 2011]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>
8. WHO –World Health Organization. The role of the pharmacist in self-care and self-medication. The Hague: World Health Organization; 1998. Federation International Pharmaceutical; The World Self-medication Industry. Joint Statement: Responsible Self-medication. 1999 [acesso em 2007 mar 15]. Disponível em: <http://www.wsmi.org/pdf/fip.pdf>
9. Paulo GL, Zanini AC. Automedicação no Brasil. *Rev Ass Med Brasil*. 1988; 34(2): 69-75.
10. Arrais PSD, Coelho HLL, Batista MCDS, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev. Saude Pública* 1997;31(1)71-7.
11. Vilarino JF, Soares IC, Silveira CM, Rodel APP, Bortoli R, Lemos RR. Perfil da automedicação em município do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1998; 32 (1): 43-9.
12. Loyola-Filho AL, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública* 2002; 36 (1) 55-62.

13. Beckerleg S, Lewando-Hundt G, Eddama M, Alem A, Shawa R, Abed Y. Purchasing a quick fix from private pharmacies in the Gaza strip. *Soc Sci Med* 1999; 49 (11):1489-500.
14. Segall A. A community survey of self-medication activities. *Med care* 1990; 28 (4):301-10.
15. Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Barrera VH, Gil de Miguel A. Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2008; 17 (2):193-9.
16. Martins AP, Miranda AC, Mendes Z, Soares MA, Ferreira P, Nogueira A. Self-medication in a Portuguese urban population: a prevalence study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2002;11(5):409-14.
17. Nunes de Melo M, Madureira B, Ferreira APN, Mendes Z, Miranda AC, Martins AP. Prevalence of self-medication in rural áreas of Portugal. *Pharm World Sci* 2006; 28 (1):19-25.
18. De Bolle L, Mehuys E, Adriaens E, Remon JP, Van Bortel L, Christiaens T. Home medication cabinets and self-medication: a source of potential health threats? *Ann Pharmacother* 2008;42(4):572-9.
19. Albarrán KF, Zapata LV. Analysis and quantification of self-medication patterns of customers in community pharmacies in southern Chile. *Pharm World Sci*. 2008; 30 (6):863-868.
20. Araujo-Junior JC, Vicentini GE. Automedicação em adultos na cidade de Guairaça-PR. *Arq Cienc Saude Unipar*. 2007; 11(2): 83-8.
21. Schmid B, Bernal R, Silva NN. Self-medication in low-income adults in Southeastern Brazil. *Rev. Saúde Pública* 2010;44(6):1039-45.
22. Loyola-Filho AL, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(2):545-53.
23. Sayd JD, Figueiredo MC, Vaena MLHT. Automedicação na população idosa do núcleo de atenção ao idoso da UnATI-UERJ. *Textos Envelhecimento Unati/UERJ* 2000; 3(3):21-34.
24. Bortolon PC, Medeiros EFF, Naves JOS, Karnikowski MGO, Nóbrega OT. Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. *Ciências & Saúde Coletiva* 2008; 13(4):219-26.
25. Balbuena FR, Aranda AB, Figueras A. Self-medication in older urban mexicans. *Drugs Aging* 2009; 26(1): 51-60.
26. Sá MB, Barros JAC, Sá MPBO. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro- PE. *Rev Bras Epidemiol* 2007;10(1):75-85.

27. Cascaes EA, Falchetti ML, Galato D. Perfil da automedicação em idosos participantes de grupos da terceira idade de uma cidade do sul do Brasil. *ACM Arq Catarin Med.* 2008; 37 (1): 63-9.
28. Vacas Rodilla E, Castellà Dagà I, Sánchez Giralt M, Pujol Algué A, Pallarés Comalada MC, Balagué Corbera M. Automedicación y ancianos. La realidade de um botiquín casero. *Aten Primaria.* 2009; 41(5): 269-74.
29. Neafsey PJ, Jarrín O, Luciano S, Coffman MJ. Self-medication practices of spanish-speaking older adults in Hartford, Connecticut. *Hispanic Health Care international* 2007; 5(4):169-79.
30. Goh LY, Vitry AI, Semple SJ, Esterman A, Luszcz MA. Self-medication with over-the-counter drugs and complementary medications in South Australia's elderly population. *BMC Complement Altern Med [Internet].* 2009 [cited 2011 aug 26]; 9:42 [10p.] . Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2778637/pdf/1472-6882-9-42.pdf>
31. Afolabi AO. Factors influencing the pattern of self-medication in an adult Nigerian population. *Annals of African Medicine.* 2008; 7 (3):120-27.
32. Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38(4): 557-64.
33. Bush PJ, Rabin DL. Who's using nonprescribed medicines? *Med Care* 1976; 14 (12):1014-23.
34. Bush PJ, Osterweins M. Pathways to medicine use. *J Health Soc Behav* 1978; 19 (2):179-89.
35. Johnson RE, Pope CR. Health status and social factors in nonprescribed drug use. *Med Care* .1983; 21(2):225-33.
36. Polow RL, Stoller EP, Forster LE, Duniho TS. Drug combinations and potential risk of adverse drug reaction among community-dwelling elderly. *Nursing Research* 1994; 43:44-9.
37. Wallsten SM, Sullivan RJ, Hanlon JT, Blazer DG, Tyrey MJ, Westlund R. Medication taking behaviors in the high and low-functioning elderly: MacArthur field studies of successful aging. *Annals of Pharmacology* 1995; 29: 359-64.
38. Sans S, Paluzie G, Puig T, Baláná L, Balanger-Vintró I. Prevalencia del consumo de medicamentos em la población adulta de Catalunya. *Gac Sanit* 2002; 16:121-30.
39. Roumie CL, Griffin MR. Over-the-Counter analgesics in older adults. *Drugs Aging* 2004; 21(8):485-98.

40. Jacob Filho W, Brícola S, Hernandez R. Cuidados Básicos na terapêutica medicamentosa. In: Jacob Filho W. Terapêutica do idoso. São Paulo. Fundo editorial BYK; 2003. p. 21-9
41. Gorzoni ML, Fabbri RMA, Pires SL. Critérios de Beers-Fick e medicamentos genéricos no Brasil. Rev Assoc Med Bras. 2008; 54 (4): 353-6.
42. Raz R, Edelstein H, Grigoryan L, Haaijer-Ruskamp FM. Self-medication with antibiotics by population in northern Israel. IMAJ 2005;7; 722-5.
43. Al-Azzam SI, Al-Husein BA, Alzoubi F, Masadeh MM, Al-Horani MA. Self-medication with antibiotics in Jordanian population. Int J Occup Med Environ Health. 2007; 20(4):373-80.
44. Vaananen MH, Pietila K, Airaksinen M. Self-medication with antibiotics – Does it really happen in Europe? Health Policy 2006; 77:166-71.
45. Grigoryan L, Burgerhof JG, Degener JE, Deschepper R, Lundborg CS, Monnet DL. Attitudes, beliefs and knowledge concerning antibiotic use and self-medication: a comparative European study. Pharmacoepidemiol Drug Saf . 2007; 16 (11): 1234-43.
46. Gurwitz J, Field T, Harrold L, Rothschild J, Debellis K, Seger A, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. J Am Med. Assoc. 2003; 289(9)1107-16.
47. Secoli SR, Figueras A, Lebrão ML, Lima FD, Santos JLF. Risk of potential drug-drug interactions among Brazilian elderly. Drugs & Aging 2010; 27(9): 759-770.
48. Schenkel EP. Cuidados com os medicamentos. 2ª ed. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1996.p.29-63.
49. World Health Organization. Guidelines for the medical assesment of drugs for use in self-medication. Copenhagen; 1986.
50. Pallon IA, Peláez M. Histórico e natureza do estudo. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE, Saúde, Bem Estar e Envelhecimento: o projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde; 2003 p.15-32.
51. Silva NN. Aspectos metodológicos: processo de amostragem. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE, Saúde, Bem Estar e Envelhecimento: o Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p.47-57.

52. Lima FDL. Elaboração do banco de dados. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE: Saúde, Bem Estar e Envelhecimento: O Projeto SABE no Município de São Paulo; uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde; 2003. p.69-71.
53. Prybys KM, Melville K, Hanna J, Gee A, Chyka P. Polypharmacy in the elderly: clinical challenges in emergency practice: part 1 overview, etiology, and drug interactions. *Emerg Med Rep.* 2002; 23(1):145-53.
54. Kennerfalk A, Ruigomez A, Wallander MA, Wilhelmsen L, Johanson S. Geriatric drug therapy and healthcare utilization in the United Kingdom. *Ann Pharmacother.* 2002;36(5):797-803.
55. Woodward MC. Deprescribing: achieving better health outcomes for older people through reducing medications. *J Pharm Pract Res.* 2003; 33 :323-8.
56. Rao JNK, Scott AJ. "On chi-squared tests for multi-way tables with cell proportions estimated from survey data". *Ann Statistics.* 1984; 12(1):46-60.
57. Kleinbaum DG, Klein M. *Logistic regression: a self learning text.* 2nd ed. New York: Springer; 2002.
58. Llanos ZL, Contreras RC, Velásquez UJ, et al. Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. *Rev Med Hered* 2001; 12: 127-33.
59. Ángeles P, Medina FL, Molina RJ. Automedicación em población urbana de Cuernavaca Morelos. *Salud Pública Méx* 1992; 34: 554-61. (Ángeles 1992)
60. Ramirez, P, Larrubia M, Escortell M, et al. La automedicación responsable, La publicidade farmacêutica y su marco em La Atención Primaria. *SERMEGEN* 2006;32: 117-24.
61. Cobos F. Estudio de autoprescripción en las residencias geriátricas de Granada. *RevEsp Geriatr Gerontol* 1994; 29: 225-8.
62. Nascimento MC. *Medicamentos apoio ou apoio à saúde?* Rio de Janeiro: Vieira e Lent; 2003.
63. Figueiras A, Caamaño F, Gestal-Otero JJ. Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. *Eur J Epidemiol* 2002; 16(1): 19-26.
64. Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V, Andrés AL, Jiménez-Trujillo I, Jiménez-García R. Sex-Differences on self-medication in Spain. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2010; 19: 1293-9.

65. Marin MJS, Cecílio LCO, Perez AEWU, Santella F, Silva CBA, Gonçalves Filho JR, Rocet LC. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(7):1545-558.
66. Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, César CC, Acurcio FA. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados. *Rev Saúde Pública* 2008;42(4): 724-32.
67. Hanlon JT, Fillenbaum GG, Ruby CM, Gray S, Bohannon A. Epidemiology of over-the-counter drug use in community dwelling elderly. *Drugs Aging* 2001; 18 (2):123-31.
68. McLean AJ, Le Couteur DG. Aging biology and geriatric clinical pharmacology. *Pharmacol Rev*. 2004; 56(2):163-84.
69. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis:II Cardiac and analgesic drugs. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47(1): 40-50.
70. Hershman DL, Simonoff PA, Frishman WH, Paston F, Aronson MK. Drug utilization in the old and how it relates to self-perceived health and all-cause mortality: results from the Bronx Aging Study. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:356-60.
71. Jorgensen TM, Isacson DGL, Thorslund M. Prescription drug use among ambulatory elderly in a swedish municipality. *Ann Pharmacother* 1993;27:1120-5.
72. Oliveira SMJV, Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Pierin AMG. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto contexto Enferm* 2008; 17(2): 241-9.
73. Zaitune MPA, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M . Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas. *CAD Saúde Pública* 2006; 22(2): 285-94.
74. Aguirre J, Mordujovich BJ, Lutescia H, et al. Multicenter study on self-medication and self-prescription in six Latin American Countries. *Clin Pharmacol Ther* 1997; 61: 488-92.
75. Neafsey PJ, Shellman J. Misconceptions of older adults with hypertension concerning OTC medications and alcohol. *Home Healthcare Nurse* 2002; 20(5); 300-7.
76. Tezoquipa H, Arenas ML, Santiago VR. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Rev Saúde Pública* 2001; 35: 443-50.

77. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Arch Inter Med* 2003; 163 (22):2716-25.
78. Institute of Medicine. Preventing medication errors: Quality chasm series. Washington, DC: National Academy Press 2006
79. Institute of medicine. To err is human: Build a safer health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press 2000.
80. Martinez QC, Pérez MV, Carballo PM, et al. Polifarmacia en los adultos mayores. *RevCubana Gen Integr* 2005; 21: 1-2.
81. Cenço B. Automedicação: isso tem que parar. Publicação da Associação Paulista de Medicina 2010 (4); 610: 6-8.
82. Brasil. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa-nº10 de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre a relação dos medicamentos isentos de prescrição que poderão permanecer ao alcance dos usuários para obtenção por meio de auto-serviço em farmácias e drogarias.
83. Helling DK, Lemke JH, Semla TP, Wallace RB, Lipson DP, Cornoni-Huntley J. Medication use characteristics in the elderly: the Iowa 65+Rural Health Study. *J Am Geriatr Soc* 1987; 35:4-12.
84. Chrischilles EA, Foley DJ, Wallace RB, Lemke JH, Semla TP, Hanlon JT, et al. Use of medications by persons 65 and over: data from the Established Populations for Epidemiologic Studies of Elderly. *J Geron* 1992; 47: M137-44.
85. May FE, Stewart RB, Hale WE, Marks RG. Prescribed drug use in an ambulatory elderly population. *South Med J* 1982; 75: 522-8. Stoehr GP, Ganguli M, Seaberg EC, Echement DA, Belle S. Over-the-counter medication use in an older rural community: the Movies Project. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 158-65)
86. Jylha M. Ten-year changer in the use of medical drugs among the elderly- a longitudinal study and cohort comparison. *J Clin Epidemiol* 1994; 47: 69-79.
87. Fillenbaun GG, Horner RD, Hanlon JT, Landerman LR, Dawson DV, Cohen HJ. Factors predicting changer in prescription and nonprescription drug use in a community-residing Black and White elderly population. *J Clin Epidemiol* 1996; 49:587-93.
88. Fillenbaun GG, Hanlon JT, Corder EH, Ziqubu-Page T, Wall Jr. WE, Brock D. Prescription and nonprescription drug use among Black and White community-residing elderly. *Am J Public Health* 1993; 83:1577-82.

89. WHO- World Health Organization. The role of the pharmacist in self-medication. The Hangui. World Health Organization; 1998.
90. Planton J, Edlund BJ. Strategies for reducing polypharmacy in older adults. *Journal Gerntol Nursing* 2010; 36(1):8-12.
91. Delafuente JC. Undersdending and preventing drug interactions in elderly patients. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2003; 48(2): 133-43.
92. Spinewine A, Schmader KE, Barber N, Hughes C, Lapane KL, Swine C, et al. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimized? *Lancet*. 2007; 370: 173-184.
93. Lau DT, Kasper JD, Potter DEB, Lyles A, Bennet RG. Hospitalization and Death associated with potentially inappropriate medication prescriptions among elderly nursing home residents. *Arch Intern Med*. 2005; 165: 68-74.
94. Klarin I, Wimo A, Fastbom J. The association of inappropriate drug use with hospitalization and mortality. A population-based study of the very old. *Drugs Aging*. 2005, 22(1): 69-82)

Anexos

ANEXO A

ANEXO B



MINISTERIO 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 = 875 (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:

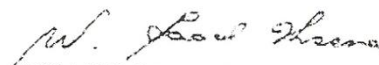
- a) as informações enviadas atendem aos aspectos fundamentais das Res. CNS 196/96 e 251/97, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos;
- b) o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da instituição

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

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA - COEP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Assessoria Acadêmica - CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil
Telefones: (55-11) 3066-7779 – e-mail: coep@fsp.usp.br

Of.COEP/83/06

14 de março de 2006

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **aprovou** o Protocolo de Pesquisa n.º 1345, intitulado: “PROJETO SABE-2005 – SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO. AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE VIDA DOS IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO”, apresentado pela pesquisadora Maria Lúcia Lebrão.

Atenciosamente,

Helena Akemi Wada Watanabe
Professora Doutora

Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP