

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

**USO DE MEDICAMENTOS POR PESSOAS IDOSAS
NOS BAIRROS DE MAIOR CONCENTRAÇÃO DESSA
POPULAÇÃO NA CIDADE DE SANTOS**

BEATRIZ VIEIRA DE MOURA

Santos
2008

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

USO DE MEDICAMENTOS POR PESSOAS IDOSAS NOS BAIRROS DE MAIOR CONCENTRAÇÃO DESSA POPULAÇÃO NA CIDADE DE SANTOS

BEATRIZ VIEIRA DE MOURA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas e Práticas de Saúde.

Orientadora: Rosa Maria Ferreiro Pinto.

Santos
2008

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho em primeiro a Deus, a família, aos amigos, aos professores, aos colegas de curso e principalmente a essas pessoas tão especiais com grande experiência e com muito a nos ensinar com sua sabedoria e ensinamentos, que deixam suas pegadas por onde passam, não esquecendo que hoje somos jovens, mas amanhã seremos esses idosos tão queridos.

AGRADECIMENTOS

Com o objetivo alcançado, manifestamos o nosso agradecimento a todos que, direta ou indiretamente, participaram e contribuíram para a realização deste trabalho.

Agradecemos à Deus por estar presente em nossas vidas, sempre nos inspirando e nos amparando.

Aos nossos familiares pelo estímulo, colaboração, compreensão, carinho, apoio e muita paciência.

Aos nossos amigos próximos, que nos ajudaram nessa nova etapa, a todos os demais colegas de turma, a todos os professores e também a todos os funcionários das secretarias com sua atenção.

Aos idosos agradecemos a inspiração para nosso trabalho, a motivação para a nossa continuação e a realização do nosso objetivo.

E em especial a professora e doutora Rosa Maria Ferreiro Pinto, por toda sua paciência, apoio, generosidade, amizade e orientação.

RESUMO

Este estudo teve como objetivos conhecer o perfil de consumo dos medicamentos utilizados pelos idosos, identificar os de uso contínuo mais utilizados e sua associação com outros fármacos sem indicação médica, a ocorrência de efeitos indesejados por esta associação e avaliar a função social do farmacêutico nas farmácias.

Para buscar e atingir o objetivo utilizou-se a pesquisa qualitativa, de natureza compreensiva e explicativa, realizada no município de Santos em 2008, nos bairros com maior concentração de idosos segundo levantamento prévio efetuado junto ao IBGE (2000). Nestes bairros, foram identificadas três farmácias privadas onde foi realizada a pesquisa, mediante autorização das mesmas por um período de uma semana em cada uma delas. Após a autorização das farmácias, os farmacêuticos responsáveis foram entrevistados para captar-se a opinião dos mesmos sobre o assunto focado. Os idosos foram abordados e, mediante aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TECLE), realizou-se com eles entrevista estruturada. Os resultados evidenciaram um maior consumo para as classes farmacológicas dos medicamentos de uso contínuo utilizada pelos idosos os anti-hipertensivos, antidiabéticos (hipoglicemiantes), diuréticos e o antiagregante plaquetário (AINEs). Os sem prescrição médica consumidos com maior frequência pelos idosos estão: os analgésicos/antitérmicos, os antigripais, os antiinflamatórios e os fitoterápicos, sendo que alguns deles são tarjados e precisa da apresentação do receituário. Quanto aos efeitos apresentados os mais frequentes foram; dor abdominal, dor de cabeça, reação alérgica, tontura e tremores. Pode se concluir que o consumo auto-indicado associado ao uso de medicamentos de uso contínuo continua a ser uma prática utilizada pelos idosos.

Palavras-chave: idosos, uso de medicamentos, medicamento sem prescrição médica, efeitos indesejados de medicamentos.

ABSTRACT

The main goal of this study was to identify the profile of continuous use of drugs most used by the elderly, to identify those who are consumed without medical prescription, to verify the occurrence of possible undesirable side effects produced by combination with other drugs, and also to evaluate the social function of the druggist in the pharmacies.

To achieve the goal the qualitative research was used, in a comprehensive and explanatory type, held in the city of Santos in 2008 in districts with the highest concentration of elderly according to prior survey conducted by the IBGE (2000). In those districts, the survey was held, duly allowed, at three pharmacies, isolated, for the period of one week. After the approvals of pharmacies, the Pharmacists in charge were interviewed to get their point view regarding the subject addressed. The elderly were interviewed and having accepted and signed a Term of Free and Clear Consent (TECLE), the structured interview was held. The results showed a higher consumption for the pharmacological class of drugs used in continuously by the elderly: anti-hypertensive, anti-(hypoglycemic), diuretics and antiplatelets (NSAIDs). Those without prescription most frequently consumed by the elderly are: the analgesic/antipyretics, the antigrippes, the anti-inflammatory and plants, some of which are black-bordered and demand presentation of the prescription. The most frequent side effects were abdominal pain, headache, allergic reaction, dizziness and shivering. It can be concluded that self prescribed consumption associated with the continuous use of drugs remains a practice used by the elderly.

Key words: elderly, use of drugs, medicine without prescription, unwanted effects of drugs.

“O idoso se renova a cada dia que começa, o velho se acaba em cada dia que termina, pois o idoso tem seus olhos postos para o horizonte e o velho tem seu olhar voltado para as sombras do passado. O idoso faz planos e o velho só tem saudades e assim o idoso tem muita idade e o velho perdeu a jovialidade”

(autor desconhecido)

LISTA DE GRÁFICOS

01 - Faixa Etária da População do Brasil	16
02 - Pirâmides Etárias – Brasil/ São Paulo/ Santos	20
03 - Bairros da cidade de Santos	24
04 - Expectativa de vida por Região do País em 2006	113
05 - Distribuição dos Sujeitos por Sexo e Bairro (ago, 2008)	114
06 - População Residente Total no Brasil	115
07 - Faixa Etária - Masculino e Feminino (ago, 2008)	116
08 - Escolaridade Masculino (ago, 2008)	117
09 - Escolaridade Feminino (ago, 2008)	117
10 - Renda Mensal Masculino (ago,2008)	118
11 - Renda Mensal Feminino (ago, 2008)	118
12 - Freqüência a Consulta Médica – Masculino (ago, 2008)	119
13 - Freqüência a Consulta Médica – Feminino (ago, 2008)	119
14 - Uso do Medicamento de Uso Contínuo – Masculino (ago, 2008)	120
15 - Uso do Medicamento de Uso Contínuo – Feminino (ago, 2008)	120
16 - Esquecimento nas últimas semanas de tomar o medicamento de uso contínuo - Masculino (ago, 2008).....	127
17 - Esquecimento nas últimas semanas de tomar o medicamento de uso contínuo - Feminino (ago, 2008).....	128
18 - Nas últimas semanas confundiu-se ao tomar o medicamento de uso contínuo nos horários determinados - Masculino (ago, 2008).....	128
19 - Nas últimas semanas confundiu-se ao tomar o medicamento de uso contínuo nos horários determinados - Feminino (ago, 2008).....	129
20 - Procurar a Farmácia antes de ir ao Médico – Masculino (ago, 2008)	130
21 - Procurar a Farmácia antes de ir ao Médico – Feminino (ago, 2008)	131
22 - Sujeitos Passaram Mal com Medicação sem Prescrição Médica – Masculino (ago, 2008)	137
23 - Sujeitos Passaram Mal com Medicação sem Prescrição Médica – Feminino (ago, 2008)	139

LISTA DE TABELAS

01 - Total absoluto da população idosa em Santos	19
02 - População e Domicílios-Censo 2000 com divisão territorial, Santos – 2001.	20
03 - Representatividade da População Idosa	22
04 - Gasto Percentual da Renda Mensal com os Medicamentos de Uso Contínuo – Masculino (2008)	122
05 - Gasto Percentual da Renda Mensal com os Medicamentos de Uso Contínuo – Feminino (2008)	122
06 - Gasto Percentual da Renda Mensal com os Medicamentos de Uso Contínuo – Total (2008)	123
07 - Classes Farmacológicas de Medicamento de Uso Contínuo mais Consumidas – Masculino (2008)	124
08 - Classes Farmacológicas de Medicamento de Uso Contínuo mais Consumidas – Feminino (2008)	125
09 - Classes Farmacológicas de Medicamento de Uso Contínuo mais Consumidas – Total (2008)	126
10 - Classes Farmacológicas mais Consumidas sem Prescrição Médica – Masculino (2008)	132
11 - Classes Farmacológicas mais Consumidas sem Prescrição Médica – Feminino (2008)	133
12 - Classes Farmacológicas mais Consumidas sem Prescrição Médica – Total (2008)	134
13 - Sintomas Indesejados Apresentados – Masculino (2008)	136
14 - Sintomas Indesejados Apresentados – Feminino (2008)	138

LISTA DE SIGLAS

ABIMIP	Associação Brasileira da Indústria de Medicamentos Isentos de Prescrição
ABIFARMA	Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ADRs	Adverse Drug Reaction (Reações de Drogas Adversas)
AINEs	Antiinflamatórios – Não Esteróides
AF	Assistência Farmacêutica
AIDS (SIDA)	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ADI	Atenção Social Domiciliar
BPF	Boas Práticas de Fabricação
BNDES	Banco Econômico de Desenvolvimento e Social
CEME	Central de Medicamentos
CECON	Centro de Convivência para a Terceira Idade
CNMM	Centro Nacional de Monitorização de Medicamentos
CVS	Centro de Vigilância Sanitária
CNM	Conferência Nacional de Medicamentos
CIT	Comissão de Intergestores Tripartite
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CRF-SP	Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DCB	Denominação Comum Brasileira
DCI	Denominação Comum Internacional
DOU	Diário Oficial da União
DCV	Doenças Cardiovasculares
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias

DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis.
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EUA	Estados Unidos da América
FEC	Farmacoeconomia
FE	Farmacoepidemiologia
FGV	Farmacovigilância
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GM	Gabinete Ministerial
G	Genéricos
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
JAMA	Journal of American Medical Association
MIP	Medicamentos Isentos de Prescrição
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NSAIDs	Non Steroid Anti-Inflammatory Drugs
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan - Americana da Saúde
OTC	“Over the Counter”
PD	Farmacodinâmica
PK	Farmacocinética
P-SOL	Partido Socialismo e Liberdade
PT-SP	Partido dos Trabalhadores de São Paulo
PAFB	Piso de Assistência Farmacêutica Básica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNS	Política Nacional de Saúde
PMSP	Prefeitura Municipal de São Paulo

PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSF	Programa da Saúde da Família
RAM	Reação Adversa a Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SEAS	Secretaria de Assistência Social
SEA-SP	Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo
SES-SP	Secretaria de Saúde de São Paulo
SIA/SUS	Serviço de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde
Resolução/SS	Resolução/Secretaria de Saúde (Serviços de Saúde)
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
STJ	Superior Tribunal de Justiça
TECLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil
UMC	The Uppsala Monitoring Centre
UNICEF	United Nations Children's Fund
UTIs	Unidade de Terapia Intensiva
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1 – DA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS À SUA EFETIVIDADE.....	35
1.1 Um breve histórico da Construção do Sistema de Saúde Brasileiro	36
1.2 Política Nacional de Medicamentos	41
1.3 Medicamentos Essenciais	44
1.4 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais	48
1.5 Medicamentos Genéricos	51
1.6 Uso Racional de Medicamentos	55
1.7 Farmacovigilância	59
1.8 Atenção Farmacêutica	65
1.9 Reorientação da Assistência Farmacêutica	67
1.10 A Farmácia como Estabelecimento de Saúde e o papel do farmacêutico...	76
1.11 A função social do farmacêutico.....	86
CAPÍTULO 2 - PESSOAS IDOSAS E O PERIGO DA AUTOMEDICAÇÃO	91
2.1 Idosos e Automedicação	92
2.2 Motivação para o autoconsumo.....	98
2.3 Iatrogenia em Idosos	100
CAPÍTULO 3 - FARMÁCIA A PORTA DE ENTRADA PARA O ACESSO A MEDICAMENTOS.....	103
3.1 Trajetória da pesquisa	103
3.2. Resultados e Discussão	108

3.2.1 Quanto às entrevistas com os farmacêuticos	110
3.2.2 Quanto às entrevistas com os idosos	113
CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	145
ANEXOS	158

INTRODUÇÃO

Conhecer como as pessoas idosas utilizam os medicamentos é um grande desafio e também uma grande oportunidade para o profissional de farmácia. Entre alguns dos desafios, estão: superar a concepção compra e distribuição; racionalizar o uso dos medicamentos; diminuir os riscos associados à automedicação; modificar condutas incorporando a prática farmacêutica; assumir responsabilidade com a farmacoterapia; articular as farmácias aos serviços do SUS; acompanhar os pacientes monitorando o tratamento. A oportunidade está incorporada a todas as etapas do gerenciamento como, planejamento, aquisição, recebimento, estocagem e conservação, controle de estoque e inventário, distribuição, supervisão e avaliação entre outros. Esta população faz, na maioria das vezes, uso de medicamentos de uso contínuo e também associações perigosas com outros medicamentos tidos como inofensivos como é o caso dos medicamentos de venda livre ou “Over the Counter” (OTC), que podem ser adquiridos sem receita médica em todas as farmácias do Brasil.

É fundamental ao papel do profissional farmacêutico na dispensação e na orientação de medicamentos à população geral e principalmente aos idosos, tanto no âmbito público como privado, contribuindo assim, para que o objetivo do uso racional de medicamentos se concretize como sugere a Organização Mundial da Saúde (OMS).

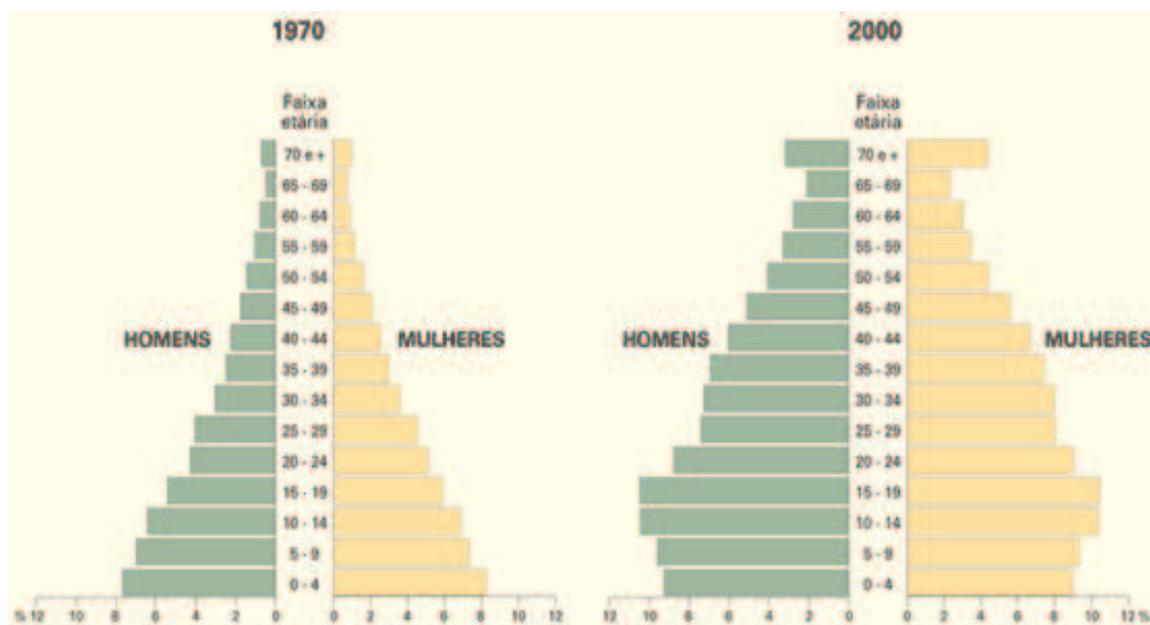
Em relação ao problema em questão é importante ressaltar alguns aspectos a profunda mudança que vem ocorrendo nos costumes e hábitos da sociedade; a intensa associação da modernização tecnológica ao trabalho médico; a

especialização médica no processo de saúde-doença do idoso (geriatria); o aumento do conhecimento da população sobre assuntos médicos e o papel da indústria farmacêutica com todas as novidades voltadas para a crença na cura ou redução do sofrimento humano diante da doença. Surge assim, uma nova concepção em relação ao processo de envelhecimento, uma nova geração de idosos, buscando longevidade e qualidade de vida ao envelhecer. Estudos realizados em alguns países como Alemanha, Estados Unidos e França apontam essa tendência, como também suas conseqüências desastrosas com o uso indevido de medicamentos. Diante desta problemática sentimos a necessidade de conhecer como essa população idosa está sendo assistida em relação ao consumo dos medicamentos que, vem sendo ofertados de forma indiscriminada alegando benefícios à saúde. Este comportamento muitas vezes é sugerido por meio da publicidade nos meios de comunicação, como também efetuadas dentro dos estabelecimentos de farmácia através da exposição de medicamentos colocados à vista do consumidor, isto é fora dos balcões.

Uma aproximação com o problema pode auxiliar a traçar um perfil de consumo, identificando os medicamentos mais consumidos de uso contínuo e também nos permitir observar a postura da atenção farmacêutica sobre esta problemática.

Hoje há uma mudança do padrão demográfico brasileiro e os idosos representam o segmento etário que mais cresce no Brasil segundo dados epidemiológicos, em conseqüência a diminuição da taxa de mortalidade, conforme ilustra o gráfico abaixo:

Gráfico 1: Faixa Etária da População do Brasil



Fonte: Atlas Geográfico do Brasil - Editora Melhoramentos Ltda.

Segundo MEDRONHO et al (2006), mortalidade pode ser entendida como um caso particular do conceito de incidência, quando o evento de interesse é a morte. Neste caso há que se considerar, a queda da mortalidade tanto infantil como em idosos e o declínio da natalidade por causa das novas tecnologias anticoncepcionais, influências do meio de comunicação, a entrada da mulher no mercado de trabalho, urbanização, industrialização diminuição das doenças infecto-parasitárias e mudanças no sistema previdenciário de saúde brasileiro, pois, antes da Constituição Federal de 1988, não era em caráter universal, limitando o acesso da população à saúde.

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos próximos anos a população com mais de 60 anos deverá ultrapassar os 30 milhões de brasileiros e representará em torno de 13% da população.

Essa afirmação justifica-se nas palavras de Veras.

Uma das maiores conquistas da humanidade foi a ampliação do tempo de vida. Do ponto de vista demográfico, envelhecer significa aumentar o número de anos vividos. Paralelamente à evolução cronológica, coexistem fenômenos de natureza biopsíquica e social, importantes para a percepção da idade e do envelhecimento. (VERAS, Renato In apud, 2004, p. 3).

Também para Silvestre et al, “No Brasil, a passagem de uma situação de alta fecundidade e alta mortalidade para uma de baixa fecundidade e mortalidade proporcionalmente menor vem-se traduzindo pelo aumento progressivo de idosos.” (1996, p. 81-89).

Os dados de 2004 da OMS mostram que no Brasil, a expectativa de vida varia de 64 a 74 anos de idade¹. O envelhecimento da população brasileira exige atenção tanto do Estado, em relação às questões previdenciárias e de saúde pública, como das famílias, que terão que assumir os cuidados com o bem-estar dessas pessoas é o que comprova a Síntese de Indicadores Sociais (SIS) divulgada em 28 de setembro de 2007, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Dos 19 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, 14,6 milhões (76,6%) eram beneficiárias da Previdência. Quando considerados os idosos de 65 anos ou mais, esse percentual eleva-se para 84,6%. Nos locais com maior concentração de pessoas nessa faixa de idade, as questões relativas ao envelhecimento tornam-se mais prioritárias, como por exemplo, em São Paulo (4,4 milhões de idosos), Minas Gerais (2,1 milhões) e Rio de Janeiro (2,1 milhões), que concentravam em 2006, 45% das pessoas de 60 anos ou mais. O Rio de Janeiro apresentava a maior proporção de idosos (14%) em relação ao total da sua população, e se destacava, também, por haver 66 homens para cada 100 mulheres, neste grupo etário. Outro aspecto importante são as diferenças de expectativa de vida que, segundo

¹ Fonte: Informativo do Centro Regional de Informação de Medicamentos CRIM Ano IX março de 2007

Medronho et al (2006), expectativa de vida ou vida média é a medida do número esperados de anos a serem vividos.

Entre os sexos, em 1991 as mulheres correspondiam a 54% da população de idosos, em 2000 passaram para 55,1 % segundo fonte de informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)². No Brasil, em média as mulheres têm expectativa de vida de 75 anos, e os homens de 68 anos, segundo relatório de Estatística Sanitária Mundial de 2007 divulgado pela OMS realizado em Genebra. O estudo também indica que as mulheres de todo o mundo vivem em média, quatro anos a mais que os homens. A expectativa de vida delas é de 68 anos, um dos fatores que contribuem para esse aumento de vida é que elas utilizam os serviços de saúde mais precoce e freqüentemente. Em relação aos homens a expectativa de vida deles é de 64 anos, aspectos religiosos e também culturais em sua maioria tendem a demonstrar dados inferiores em relação aos números registrados do sexo feminino.

Em relação ao sexo, observou-se risco 25% maior para as mulheres. Tendo em vista que as mulheres tendem a informar, mais do que os homens, a presença de problemas de saúde, inclusive os de menor gravidade, tal diferença pode ser devida apenas à freqüência maior de menções a problemas crônicos entre as mulheres. (BENYAMINI et al p. 354-364, 2000; ENNS et al p. 33-41, 2000; COX et al p.817-826, 2000).

Na Baixada Santista, o município de Santos é a cidade que apresenta maior densidade populacional com 417.983 habitantes segundo (IBGE, 2000) em relação às demais cidades da região. Esses valores confirmam essa tendência e demonstram um total absoluto em porcentagem. As mulheres correspondiam a 61% e os homens 39%, segundo o IBGE (2000).

² Fonte: IBGE/ Síntese de Indicadores Sociais, 2007.

A cidade de Santos³ está localizada no litoral do Estado de São Paulo, a 72 km da capital. Tem seus limites junto às cidades de Santo André, Mogi das Cruzes e Salesópolis ao Norte com o oceano Atlântico e a Ilha de Santo Amaro ao Sul (Guarujá), com Bertioga ao Leste e Cubatão e São Vicente à Oeste. Latitude 23°56'26" sul e longitude 46°19'47" oeste. A população em 417.983 hab. (IBGE/Censo 2000). Uma área total de 271 km², área insular de 39 km² e área continental de 232 km².

Santos apresenta vários aspectos relevantes às demais cidades do Estado de São Paulo, uma das mais importantes é na economia do Brasil em possuir o maior porto da América do Sul e também atividades ligadas ao comércio, ao setor de serviços, ao turismo e ainda uma participação da indústria e da pesca.

Os idosos na cidade de Santos representam 15,6 % da população, quase o dobro do índice (número que dá uma idéia de proporção, ou que é obtido estatisticamente e mostra o grau de nível obtido por determinado fenômeno) do Estado de São Paulo. O total absoluto da população idosa residente em Santos segundo fonte do (IBGE) em 2000 está em (65.201). A população idosa de Santos em 2000 em valor absoluto era a maior do Estado de São Paulo.

Tabela 1 - Total absoluto da população idosa em Santos

ANO	1996	2000
Total de idosos	60.099	65.201
% da população idosa	14,5%	15,6%

Fonte: IBGE/2000

³ Fonte: <http://www.santos.sp.gov.br/dados.php>. Acesso: 27/06/2007.

A tabela 2 apresenta a faixa etária da população residente em Santos com idade igual ou acima de 60 anos.

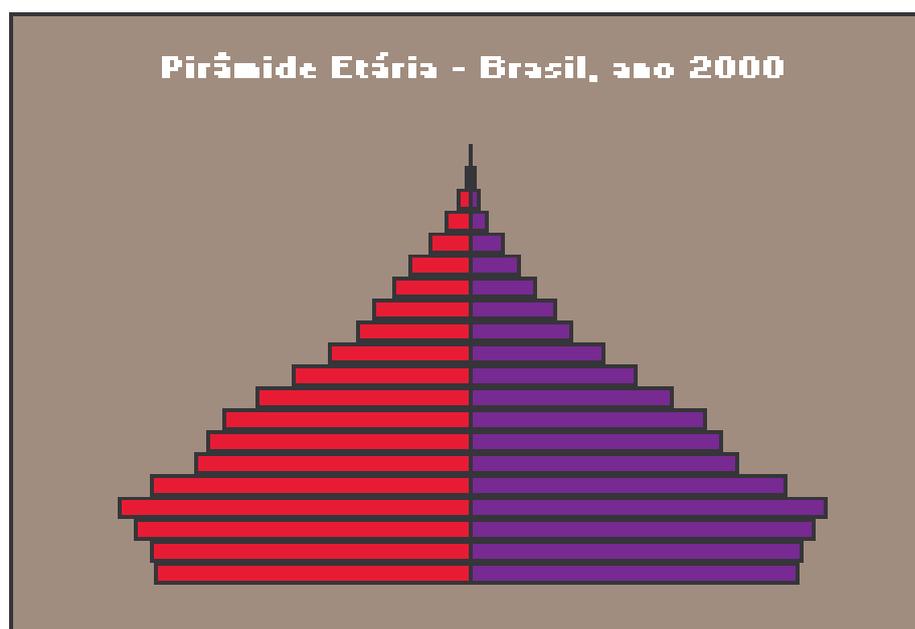
Tabela 2 - População e Domicílios-Censo 2000 com divisão territorial, Santos

2001

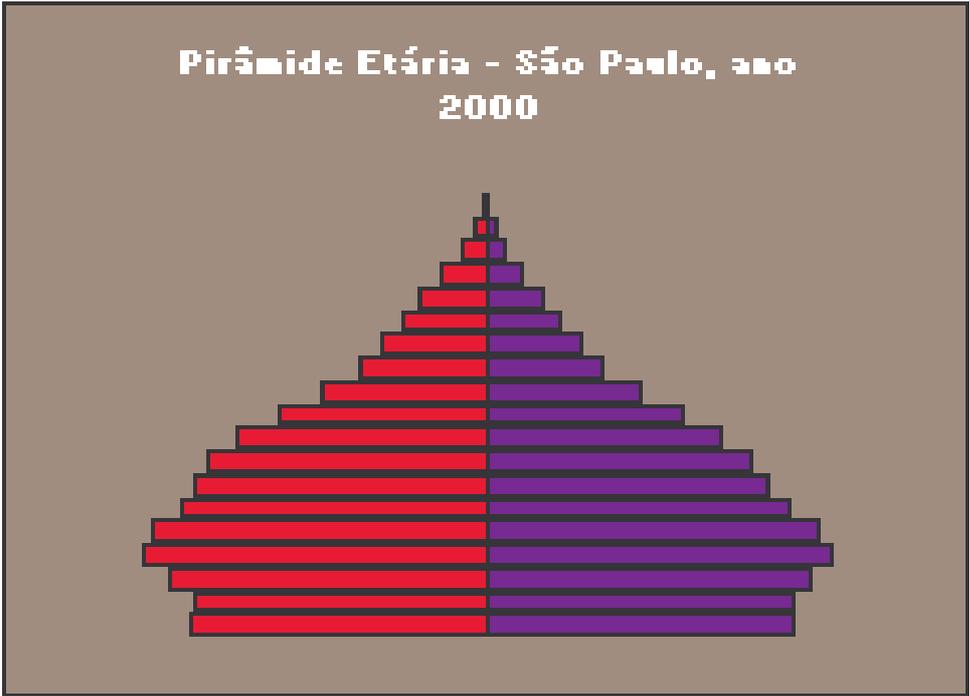
FAIXA ETÁRIA	HABITANTES
60 a 64	18.019
65 a 69	16.471
70 a 74	13.940
75 a 79	8.309
80 ou +	8.462
Total	65.201

Fonte: IBGE/2000

Gráfico 2: Pirâmides Etárias



Fonte: Censo Demográfico 2000, IBGE



Fonte: Censo Demográfico 2000, IBGE.



Fonte: Censo Demográfico 2000, IBGE.

Esta pirâmide reflete a estrutura etária bem mais envelhecida do município de Santos, o que se percebe através da maior proporção de indivíduos localizados nos grupos etários de idade mais avançada, principalmente no que diz respeito às mulheres.

Tabela - 3 - Representatividade da População Idosa

Localidade	Porcentual de moradores nos Domicílios			Porcentual de Domicílios que contém idosos	
	Total	0 a 14 anos	15 a 59 anos	60 anos ou mais	
Brasil	100	24,64	61,82	8,53	24,17
São Paulo	100	26,37	64,71	8,92	23,35
Santos	100	19,66	64,9	15,45	35,57

Fonte: Censo Demográfico IBGE (2000).

Outro dado fundamental é que Santos é considerada uma das cidades que proporcionam melhor qualidade de vida ao idoso graças à infra-estrutura urbana e completa rede de serviços públicos. Em Epidemiologia, conforme MEDRONHO et al (2006), qualidade de vida é um conceito abrangente, considerando que cada indivíduo seja família, comunidade ou grupo populacional em cada momento de sua existência, operam ações sociais, serviços de saúde e bem-estar.

A cidade possui uma ótima localização geográfica com temperaturas amenas mesmo durante o inverno, praias, terreno plano na maior parte do seu território, parques, possui o maior jardim o mundo com 5.335 m de comprimento segundo o "Guinness World Records", o baixo índice de violência comparado com outras cidades brasileiras e sua proximidade com a capital do Estado de São Paulo. Santos

é a 5ª melhor cidade do país para viver em qualidade de vida no ranking do Atlas do Índice Desenvolvimento Humano no Brasil.

Entre os mais de cinco mil municípios brasileiros, a cidade de Santos, estar na posição de quinta melhor cidade brasileira, com o melhor IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal 1991 e 2000 desenvolvido pela OMS-PNUD que mede a posição relativa de cada país à discrepância máxima apresentada por cada indicador, diferença entre os valores máximo e mínimo). Significa dizer que a cidade de Santos está em sintonia com as Metas de Desenvolvimento do Milênio, apresentadas pela ONU, em 8 de setembro de 2000, na Declaração do Milênio das Nações Unidas, a serem alcançadas até 2015. Entre essas metas, está a pretensão de erradicar a extrema pobreza e a fome; promover o ensino básico universal; promover a igualdade entre os sexos; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; garantir a sustentabilidade ambiental e estabelecer parcerias que incentivem novas bases para o desenvolvimento sustentável da população⁴.

Por essas razões explica-se a tendência de Santos em atrair tantos idosos de outras cidades do Estado como de outras regiões do Brasil.

Confirmando essa tendência, a cidade de Santos apresenta os seguintes dados: cerca de 40% das pessoas idosas moram na região intermediária da cidade ou área central e portuária, representada por alguns bairros, Campo-Grande, Marapé, Vila Belmiro, Encruzilhada, Macuco e Estuário. Outros 32% estão nos bairros da orla marítima, alguns desses bairros são, Aparecida, Boqueirão, Embaré, Gonzaga, José Menino, Pompéia e Ponta da Praia. Os 21% estão localizados na Zona Noroeste, os bairros são: Alemoa, Areia Branca, Bom Retiro, Caneleira, Jardim

⁴ Fonte: http://www.cosmo.com.br/especial/c. esp_67340.shtm. Acesso: 30/06/2007.

Castelo, Chico de Paula, Jardim Piratininga, Rádio Clube e Saboó. Os 7% restante estão distribuídos na região dos morros, entre os de maior população estão, o morro do Monte Serrat, o morro do São Bento, o morro da Nova Cintra e a parte continental fracamente povoada que são da localidade do Quilombo, Sítio das Neves e Barnabé.

Santos possui em torno de 47 bairros no total. Os bairros de maior concentração de idosos igual ou acima de 60 anos de idade em Santos são: 1º Embaré (7.022), 2º Boqueirão (6.995), 3º Aparecida (6.944), 4º Gonzaga (5.834) 5º Ponta da Praia (5.144) e 6º Marapé⁵.

Gráfico 3: Bairros da cidade de Santos



Hoje os idosos são amparados com o Conselho Municipal do Idoso (Santos) criado em 1991 (Lei nº. 791) e reformulado pela Lei nº. 1.615, de 19 de setembro de 1997, a Política Nacional do Idoso (Constituição de 1988), Política Estadual do Idoso

⁵ Fonte: IBGE/2000.

(Lei Estadual nº. 9.892, de 10/12/1997) e a Política Municipal do Idoso (Lei Municipal nº. 1921/2000, de 26/12/2000). Em Santos o idoso pode contar também com a existência da Secretaria de Assistência Social (SEAS) que é o órgão da Prefeitura de Santos que formula e executa a política da Assistência Social e que possui entre outros em sua grade; programas e serviços para os idosos no município de Santos como: Conselho Municipal do Idoso, Centro de Convivência para a Terceira Idade (CECON), Atendimento Social Domiciliar (ADI), Atendimento Social e Jurídico, República para Idosos, Projeto Vovô Sabe Tudo, Arte & Fatos–Projeto de Geração de Renda, Policlínicas de Referência, Curso de Dança de Salão para a Terceira Idade, Baile na Praia, Esportes para a Terceira Idade, Programa Cuidador do Idoso e outros.

Apesar do crescente número de pessoas idosas a cada ano a sociedade brasileira não está preparada para receber o idoso, o Brasil ainda é considerado um país de jovens. O crescente aumento populacional dessa faixa etária exige a necessidade de serviços e uma política social em saúde para atender a demanda, mas ainda é deficitária e inexistente muitas vezes e nossos idosos são vítimas do abandono, descaso negligência e desrespeito por despreparo parcial da sociedade brasileira.

Assim, nas palavras de VERAS (2001 apud AYMA 2008), confirma-se a problemática:

Os problemas de saúde nos mais velhos são crônicos e múltiplos, perduram por vários anos, requerendo pessoal qualificado, trabalho integrado de equipes multidisciplinares, equipamentos e exames complementares, em outras palavras, exigem o máximo da tecnologia produzida pelo complexo médico industrial e a qualificação e o treinamento dos profissionais de saúde.

Ainda o mesmo autor;

Estudos populacionais mostram que cerca de 90% dos idosos apresentam ao menos uma doença crônica e 10% destes possuem cinco destas patologias. Contudo, a presença de uma doença crônica não implica que o idoso não possa gerir sua própria vida e encaminhar o seu dia-a-dia de forma totalmente independente.

Também SCHOUERI (1998 apud AYMA 2008);

A incidência de doenças que atingem a população mundial modificou-se ao longo do tempo. Os males que afetavam a humanidade no início do século passado eram em sua maioria, doenças agudas, infecciosas e parasitárias, atingindo principalmente os jovens. Atualmente, as moléstias que apresentam altas taxas de morbidade e mortalidade são as doenças crônicas degenerativas, muitas vezes, exigindo intervenções custosas, que envolvem tecnologias complexas e profissionais especializados.

A população e as pessoas idosas, também podem contar com os instrumentos da Política Nacional de Medicamentos para efetivar a promoção da saúde como é o caso do uso racional de medicamentos para a garantia do exercício da cidadania.

A PNM propõe garantir segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos ao menor custo possível, promover seu uso racional e seu acesso para a população. Dando ênfase ao processo educativo dos usuários ou consumidores acerca dos riscos da automedicação.

Quase todo medicamento pode teoricamente, causar prejuízo cognitivo suscetíveis principalmente em idosos. Mesmo medicamentos com baixo risco podem causar alterações da cognição em jovens e adultos e têm esse risco aumentado nas pessoas mais velhas, mais frágeis e que geralmente fazem uso continuado de diversos medicamentos. De fato, 41% dos idosos avaliados por ALMEIDA et al (1999) vinham consumindo mais do que 3 medicamentos, enquanto 10,9% utilizavam 5 ou mais drogas por dia. A elevada prevalência de polimedicação entre os idosos está associada ao número de diagnósticos médicos presentes, ou seja, quanto maior o número de problemas médicos identificados, maior a lista de

prescrições, embora essa nem sempre seja a conduta correta. Outro risco da polimedicação em idosos é a possibilidade de se utilizar medicamentos considerados impróprios para uso em idosos. Um paciente hipertenso, por exemplo, com sintomas concomitantes de depressão, ansiedade e insônia, pode acabar fazendo uso de um beta bloqueador (propranolol), um antidepressivo, um ansiolítico e um hipnótico. Nesse exemplo pode ser a melhor opção, a simples substituição do propranolol, facilitador da depressão emocional, por outro anti-hipertensivo. (BALLONE, 2002).

De acordo com Antônio José Carneiro, professor adjunto e doutor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS/ULBRA), o uso indiscriminado de analgésicos, cujo princípio ativo é o ácido acetilsalicílico pode causar lesão aguda na mucosa gástrica e é contra-indicado em pacientes que já tiveram úlceras.

O medicamento também possui ação anticoagulante que pode provocar sangramentos e hemorragias internas. Ainda neste exemplo, podemos destacar a interação do ácido acetilsalicílico com o medicamento fitoterápico para a memória, a base da planta ginkgo biloba, especialmente entre os idosos. O ácido acetilsalicílico é usado para impedir a formação de coágulos devido a seu caráter antitrombótico e anticoagulante. Já o ginkgo biloba, rico em flavonóides que aumentam a circulação periférica, principalmente cerebral, é utilizado para melhorar a memória. A mistura das duas substâncias pode causar hemorragias em várias partes do organismo, como na órbita ocular, no cérebro e, as conseqüências podem ser fatais⁶

Os antiinflamatórios podem causar descompasso àqueles que têm problemas cardíacos, renais, e pode elevar a pressão arterial. Os antigripais podem aumentar a

⁶ Fonte: Revista do Farmacêutico n° 87 julho/agosto- 2007 Doutora: Caroly Cardoso.

pressão arterial, intra-ocular e batimentos cardíacos e podem afetar a próstata gerando retenção urinária⁷.

Mas o consumo indiscriminado de drogas lícitas (drogas que podem ser consumidas livremente sem expor o usuário ao risco com a lei) está muito longe da proposta sugerida. Os Medicamentos Isentos de Prescrição (MIP) ou OTC podem ser adquiridos pelos pacientes diretamente nas prateleiras ou gôndolas das farmácias e drogarias de todo país. No Brasil, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 138, de 29 de maio de 2003 (Versão Republicada - 06.01.2004), Publicação: Diário Oficial da União (DOU); Poder Executivo, de 06 de janeiro de 2004, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que relaciona 30 grupos e indicações terapêuticas autorizadas à dispensação, independentes da apresentação da prescrição estão os analgésicos, anti-sépticos, vitaminas, antiácidos, antifúngicos, laxantes, antibacterianos, antidiarreicos e aminoácidos fazem parte desta lista.

Também chamados de anódinos, esses medicamentos embora sejam de venda livre, não são isentos de dispensação e orientação de um farmacêutico, já que o OTC age sobre o organismo humano (possui efeito farmacológico), podendo levar ao surgimento de reações adversas graves e interações com outros medicamentos/alimentos⁸.

Alguns aspectos possíveis da automedicação podem ser apontados como uma prática freqüentemente realizada em alguns países e no Brasil ainda mais, em um contexto social onde a fragilidade do acesso e da gestão em saúde se faz presente.

⁷ Fonte: O Globo – On Line Saúde – 2007. Acesso: 15/12/2007.

⁸ Fonte: Revista do Farmacêutico-publicação do CRFSP nº 84 – dez./jan./fev. – 2007.

Primeiro, o sistema de saúde é pouco estruturado e a farmácia muitas vezes é a opção para resolução do problema; segundo, a venda de medicamentos é muitas vezes feita sem prescrição médica, apesar de que alguns medicamentos possam ter venda livre e em terceiro, a população em geral é orientada muitas vezes por amigos, vizinhos, familiares, balconistas e pela propaganda abusiva veiculada aos meios de comunicação promovida por parte das indústrias farmacêuticas, agências de publicidade e empresas de comunicação, levando a sociedade acreditar em uma necessidade medicamentosa e não entendendo que os medicamentos são instrumentos de saúde e não bens de consumo.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC Nº. 102/00) da ANVISA e a lei 6.360/76 proíbem a propaganda de medicamentos de venda sob prescrição médica, ou seja, os tarjas preta e vermelha, para o público. A divulgação desses medicamentos só pode ser feita se destinada exclusivamente a médicos, dentistas, veterinários e farmacêuticos. Para população em geral, permite-se apenas a publicidade de medicamentos sem exigência de receita⁹.

Segundo a Associação Brasileira da Indústria de Medicamentos Isentos de Prescrição (ABIMIP), 30 % do mercado farmacêutico correspondem a medicamentos de venda livre. Desse universo, 19.1% são analgésicos.

Os medicamentos vendidos no Brasil têm a seguinte classificação, conforme o grau de risco que o seu uso pode oferecer à saúde do paciente. Para esta classificação, foi adotado o critério de tarjas (faixas):

- Não tarjados (OTC, MIP ou venda livre);
- Tarja vermelha sem retenção da receita;

⁹ Fonte: IVFRJ ON LINE – 23 de nov. de 2006, Autor: Lúcia Beatriz. Acesso: 23/09/2007.

- Tarja vermelha com retenção da receita;
- Tarja preta;
- Tarja amarela.

Não tarjados (OTC, MIP ou de venda livre)

Sua venda é livre. São medicamentos com poucos efeitos colaterais ou contra-indicações, desde que usados corretamente e sem abusos. Tais medicamentos dispensados sem a prescrição médica são utilizados para o tratamento de sintomas ou males menores, como: resfriados, azia, má digestão, hemorróidas, varizes, dor de dente, pé de atleta e outros. O termo OTC vem do idioma inglês que significa “*over the counter*”, ou seja, “*sobre o balcão*”. É importante ressaltar que esses produtos, estão isentos de prescrição médica porque a instância sanitária reguladora federal considerou que suas características de toxicidade apontam para inocuidade ou são significativamente pequenas. Porém, sua utilização deve ser feita dentro de um conceito de automedicação responsável.

Tarja vermelha vendidos sem retenção de receita

Normalmente são vendidos mediante a apresentação da receita. Na tarja vermelha está impresso “*venda sob prescrição médica*”. Estes medicamentos têm contra-indicações e podem provocar efeitos colaterais graves.

Tarja vermelha vendidos com retenção da receita

São os medicamentos que necessitam retenção da receita, conhecidos como medicamentos controlados (psicotrópicos). Só podem ser vendidos com receituário especial de cor branca. Na tarja vermelha está impresso *“venda sob prescrição médica – só pode ser vendido com retenção de receita”*.

Tarja preta

São os medicamentos que exercem ação sedativa ou que ativam o sistema nervoso central, portanto também fazem parte dos chamados psicotrópicos. Só podem ser vendidos com receituário especial de cor azul. Na tarja vem impresso *“venda sob prescrição médica – o abuso deste medicamento pode causar dependência”*.

Tarja amarela

Esta tarja deve constar na embalagem dos medicamentos genéricos e deve conter a inscrição **G** e Medicamento Genérico escritos em azul.

A automedicação ou a autoindicação é definida pelos papéis que o médico e os indivíduos, no caso os consumidores, desempenham quando nos referimos aos cuidados com a saúde e ao medicamento. De acordo com a OMS em 2000, para praticar a automedicação de maneira segura e eficiente, os indivíduos devem estar preparados para;

um reconhecimento exato dos sintomas o estabelecimento dos objetivos terapêuticos, a seleção do produto a ser usado, a determinação da dosagem e da frequência de administração, levando em conta o histórico médico da pessoa, as contra-indicações, as doenças concomitantes, a interação medicamentosa e o monitoramento da resposta ao tratamento e dos possíveis efeitos adversos (OMS, 2000:10).

Nos países desenvolvidos, a percepção da automedicação foi construída tendo como parâmetros o acesso universal à saúde e ao medicamento, conquistado pela sociedade e garantido pelos sistemas de reembolso, e um discurso emitido pelos médicos alertando as pessoas acerca dos limites e perigos de sua prática. No Brasil, os processos de reforma dos sistemas de saúde e de revisão da classificação dos medicamentos percorreram um caminho diferente daqueles dos países desenvolvidos.

No Brasil, a percepção da automedicação e do papel do indivíduo foi condicionada pelo acesso limitado aos medicamentos e aos equipamentos de saúde e pela abrangência restrita do discurso médico em relação aos limites e perigos da prática indiscriminada da automedicação.

Dessa forma, o desenvolvimento da prática da automedicação no Brasil tem características próprias e percorre um caminho oposto ao verificado nas economias desenvolvidas.

Podemos distinguir duas realidades diferentes: uma, nas economias desenvolvidas, onde o medicamento é considerado uma mercadoria diferenciada, cujo acesso deve estar assegurado a todo indivíduo, como um direito à cidadania e à vida; e a outra no Brasil, na qual o medicamento se apresenta como uma mercadoria de consumo, na perspectiva do consumidor e do mercado, ao qual só tem acesso quem tem poder de compra (Automedicação no Brasil, Pachelli, 2003).

Entre os medicamentos mais utilizados pelos idosos estão os anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e os benzodiazepínicos, antidepressivos e antipsicóticos sendo esses últimos fármacos apresentam maior incidência de efeitos

colaterais ocasionando muitas vezes hipersensibilidade e interações medicamentosas com outras classes farmacológicas¹⁰.

A inexistência de um estudo a respeito do uso indevido de medicamentos em pessoas idosas em Santos levanta questões importantes: quais são os medicamentos de uso contínuo mais consumidos, como também os consumidos sem orientação médica e quais as conseqüências desse uso não orientado?

Outros questionamentos surgem como: existe falta de orientação e informação adequada para os pacientes, por parte de todos os profissionais da saúde? A dificuldade e a demora ao acesso a serviços de saúde, são elementos a serem considerados? Como tem se dado a postura do profissional farmacêutico diante do comportamento da automedicação? Estas questões podem influenciar em comportamentos que incentivam de maneira direta ou indireta a relação paciente-medicamento e levando à automedicação a nível de realidade próxima e encontrada em qualquer idade e estrato social.

A população idosa merece atenção especial em decorrência da idade e suas limitações biológicas. Diante do problema exposto surge a necessidade de investigar a ocorrência e a freqüência que é realizada esta consumação de medicamentos muitas vezes desnecessária. O que ocorre no município de Santos pode ilustrar bem essa dimensão e neste sentido conhecer como estes idosos consomem seus medicamentos de uso contínuo e os que são consumidos concomitantemente sem prescrição médica, torna-se importante para avaliar esse fenômeno através de um recorte dos bairros com a maior concentração dessa população de idosos na cidade de Santos.

Para tanto, estabelecemos os seguintes objetivos:

¹⁰ Fonte: Informativo do Centro Regional de Informação de Medicamentos CRIM Ano IX março de 2007.

Geral

Conhecer o perfil de consumo dos medicamentos utilizados por idosos e quanto aos efeitos indesejáveis do uso não racional de medicamentos.

Específico

Identificar os medicamentos de uso contínuo mais utilizados pelos idosos nos bairros de maior concentração dessa população e sua associação com outros fármacos sem indicação e orientação médica;

Verificar a ocorrência de possíveis efeitos indesejáveis pelo uso de fármacos sem orientação médica;

Analisar a função social do farmacêutico inserido nas farmácias privadas quanto sua postura em relação ao uso indevido de medicamentos.

CAPÍTULO 1 - DA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS À SUA EFETIVIDADE

Para que possamos compreender a importância da Política Nacional de Medicamentos e sua efetividade no SUS, temos que ilustrar um breve histórico do Sistema de Saúde no Brasil, como irá expor em seguida.

A implementação de um novo modelo de assistência farmacêutica básica, pautado no atendimento de necessidades e prioridades locais, é uma das importantes ferramentas da PNM. Com isso, adotam-se as diretrizes e prioridades a serem alcançadas como meta nas políticas públicas de saúde no Brasil.

A PNM é um documento oficial que expressa um compromisso do governo com a promoção, produção, segurança, qualidade, eficácia e acesso a população aos medicamentos.

De acordo com a PNM, para o alcance do propósito nela estabelecido, os gestores do SUS, nas três esferas de Governo, devem atuar em estreita parceria e na conformidade das oito diretrizes e prioridades fixadas, entre as em destaque, estão: adoção de relação de medicamentos essenciais (RENAME); reorientação da assistência farmacêutica (assistência farmacêutica e farmacovigilância); promoção e produção de medicamentos (medicamentos genéricos) e promoção do uso racional de medicamentos.

As Políticas Públicas, neste caso a de saúde, estão envolvidas aos momentos históricos, econômicos e sociais do país. Ora avançam segundo os mais variados interesses e ora recuam refletindo fragmentação e desorganização dos movimentos sociais. Diante dessas oito diretrizes claras, objetivas e abrangentes com aparato

legal existente, como no caso da PNM, que tem como principal objetivo o acesso a medicamentos, demonstra fragilidade dos gestores públicos não efetivarem de maneira plena a realidade exigida no país.

Nota-se uma grande iniquidade ao relacionar o consumo de medicamentos de forma abusiva por parte de uma população que tem acesso e renda e outra fica à margem, sem acesso e sem consumo. Segundo OMS, estima que um terço da população mundial não tenha acesso regular a medicamentos essenciais e muitas acabam em morte em países em desenvolvimento, como o Brasil, causadas por doenças para as quais já existem medicamentos eficazes para tratamento ou cura. Para que estas diretrizes sejam cumpridas é necessário reorganizar a assistência à saúde no país, deve-se criar modelos de atenção novos que contemplem as diretrizes como a implementação de políticas públicas no sentido amplo, intersetorial, como econômico-social.

1.1 Um breve histórico da Construção do Sistema de Saúde Brasileiro

O novo modelo proposto legitimado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o “*modelo integrado*”, implica na prática, em mudanças organizacionais como a descentralização, hierarquização entre outros, em uma nova compreensão do processo saúde-doença e na redefinição do vínculo entre os serviços e os usuários. A saúde passa a ser vista não mais pela sua definição negativa de ausência de doença, mas de uma forma positiva, como qualidade de vida. O novo modelo

considera também a importância das intervenções sobre o meio ambiente, na tentativa de agir sobre fatores determinantes da situação sanitária do país. Nesse sentido, propõe-se a combinação de três grandes eixos de ação:

- promoção da saúde;
- prevenção de enfermidades e acidentes;
- atenção curativa.

O Sistema de saúde são construções sociais que tem por objetivo garantir meios adequados para que os indivíduos façam frente a riscos sociais, tais como o de adoecer e necessitar de assistência, para os quais, por meios próprios, não teriam condições de prover. Desta forma, os sistemas de saúde têm como compromisso primordial garantir o acesso aos bens e serviços disponíveis em cada sociedade para a manutenção e a recuperação da saúde dos indivíduos (ELIAS, p. 1, 2007).

Antes da criação do SUS, no Brasil, as ações de saúde eram baseadas na promoção e prevenção de doenças, como ações de campanhas de vacinação e controle de endemias na população. Hoje o Brasil, tem um dos maiores sistemas público de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência médica íntegra e gratuita para toda a população brasileira.

Anterior a Constituição de 1988 o Estado não previa de um Sistema de Saúde de fato, a primeira iniciativa do Estado brasileiro na construção de um sistema de saúde se deu com o Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, na verdade a conhecida Lei Elói Chaves (*o autor do projeto respectivo*), determinou a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os empregados de cada empresa ferroviária. É considerado o ponto de partida, no Brasil, da Previdência Social propriamente dita.

O Decreto nº 16.037, de 30 de abril de 1923, criou o Conselho Nacional do Trabalho com atribuições inclusive, de decidir sobre questões relativas à Previdência Social. (INPS, 2007).

Até final da década de 80 a população se dividia em três grandes grupos com relação à assistência à saúde, os que podiam pagar pelos serviços de saúde, os que não podiam pagar que ficavam a mercê das instituições de assistencialismo e os trabalhadores formais registrados em carteira profissional de trabalho; esse último grupo, a sua proteção social e assistência médica eram garantidos.

Anterior ao SUS, nesse recorte histórico surgem várias tentativas para criação de um sistema de saúde brasileiro. De maneira resumida, podemos citar alguns dos mais importantes órgãos para o processo de construção do sistema de saúde, como o Instituto Nacional de Previdência Social em 1966 (INPS), Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social em 1974 (INAMPS), Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde em 1986 (SUDS) por último e atual, o SUS em 1988.

As noções e fundamentos que direcionam o SUS são concebidos pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e sancionada pela VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 na qual no ano seguinte influenciou os trabalhos da Comissão de Saúde da Assembléia Nacional Constituinte.

O SUS foi criado a partir da promulgação da Constituição Brasileira em setembro de 1988, dando margem a proteção social ao consagrar a saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros e dever do Estado, colocando à saúde como bem público e uma questão social principalmente. Esse foi um grande marco civilizatório para a sociedade brasileira, pois a saúde é uma política de Estado. Cabe aos governos de todas as esferas, na dependência de sua capacidade e

compromisso, desenvolverem políticas para aperfeiçoar, qualificar e aproximar do seu ideário.

Isso responde outra questão, por que a urgência de um Sistema Único de Saúde?

Entre as diretrizes políticas consolidadas pela Constituição Federal de 1988, exigia-se urgentemente uma transformação do Sistema de Saúde Brasileiro com isso os constituintes em consenso com a sociedade mobilizaram-se para adequação devido a um quadro fragilizado, de forma generalizada. As doenças de todos os tipos associadas ao desenvolvimento social e econômico daquela época, recursos financeiros para a saúde insuficientes para atender toda a população, desperdício de recursos à saúde, baixa cobertura assistencial a população, segmentos populacionais excluídos em geral os mais pobres, desempenho desordenado dos órgãos públicos como privados, baixa qualidade dos serviços, insatisfação dos profissionais de saúde, ausência de critérios e transparência nos gastos públicos e falta de mecanismos para acompanhar e avaliar o atendimento à saúde.

Em resposta ainda a pergunta os princípios organizativos do país estão sob a responsabilidade das três esferas de governo: federal, estadual e municipal, então o SUS torna-se um “*Sistema*” e não uma instituição ou serviço, mas como Sistema apresenta-se, como um conjunto de ações e serviços de saúde prestados pelas instituições e órgãos da administração direta e indireta para atender os princípios doutrinários mais importantes que são: universalidade, equidade e integralidade.

- Universalidade: Todos têm direito ao atendimento sem nenhuma distinção ou restrição e dever dos governos Municipal, Estadual e Federal.

- Equidade: Todo cidadão é igual perante o SUS e terá atendimento segundo as necessidades de cada um.
- Integralidade: Todos terão assistência integral desde atenção primária até os de alta complexidade.

Temos ainda a descentralização e a unificação que destaca os serviços de saúde antes dispersos e conflitantes nos três níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal) passam a atuar de forma unificada. Os municípios por estarem mais perto da população são os que devem fazer administração direta dos serviços. A União e os estados ficam prioritariamente na supervisão, planejamento, normatização e, junto com os municípios, caso seja necessário, podem atuar no atendimento mais complexo regionalizado.

Neste aspecto, o SUS é grande sucesso. Foi à primeira política pública que colocou na lei a necessidade de que a população que usa os serviços e os trabalhadores que prestam os serviços participe do controle, planejamento e administração do sistema.

Outro ponto a ser destacado é a execução pública dos serviços na assistência ao cidadão, participam as instituições estatais, filantrópicas e privadas lucrativas que trabalham obedecendo aos princípios do SUS, aceitando a gestão pública do conjunto dos serviços e sendo a execução é pública, mas não necessariamente estatal.

O SUS é universal no seu atendimento para todos os brasileiros. Atendimento dos mais caros e complexos, como transplantes, AIDS, UTIS, urgência e emergência e praticamente toda a atividade de promoção da saúde, de prevenção, de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica, inclusive o controle da distribuição das doenças como as epidemias que é a elevação brusca, temporária muito acima do

esperado para a incidência de uma determinada doença. E as endemias que é a presença usual de uma doença dentro dos limites esperados, em uma determinada área geográfica por um período de tempo ilimitado como a dengue, malária, febre amarela, hanseníase, tuberculose e o PSF.

Também neste escopo encontra-se a PNM, que propõe garantir segurança, eficácia, qualidade e menor preço dos medicamentos a população.

1.2 Política Nacional de Medicamentos

Segundo Oliveira et al:

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) é um documento oficial que expressa um compromisso do governo com a promoção do uso racional e do acesso da maioria da população a medicamentos essenciais, de qualidade assegurada e de eficácia e segurança comprovada. Trata-se um guia para a ação, pois estabelece prioridades e metas, assim como as estratégias para cumpri-las. Estabelece também papéis, direitos e obrigações dos diferentes atores envolvidos, sejam eles do setor público ou privado. (2007, p.63).

A Política Nacional de Medicamentos, como parte essencial da Política Nacional de Saúde (PNS), constitui um dos elementos fundamentais para efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. A Lei nº 8.080/90, em seu artigo 6º, estabelece como campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), é legitimado na Constituição Federal de 1988, produzindo sistemas gratuitos, universais, descentralizados e respaldados pela participação popular, (Carta de Brasília dos Direitos Humanos de 1996).

A PNM é o resultado de movimentos internacionais e nacionais. No Brasil, a discussão teve início com o surgimento da primeira Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), em 1962, direcionando sua atenção com o uso e com políticas de medicamentos. Nos anos seguintes surgiu a CPI da Defesa do Consumidor em 1976, anunciando 21 tópicos que demonstram preocupação com riscos e benefícios, indicações e contra-indicações dos medicamentos e a busca do uso racional de medicamentos e a necessidade de uma Política Nacional de Medicamentos (PNM)¹¹.

Já em 1993 – 1994, instituem-se a CPI para investigar e examinar a situação do Setor Farmacêutico e em 1995 instituiu-se a CPI para investigar a ocorrência de possíveis irregularidades na fabricação de medicamentos, essas "CPIs" influenciaram a construção da Política Nacional de Medicamentos (PNM). (BONFIM, MERCUCCI, 1997).

Na 28ª Assembléia Mundial da Saúde, em 1975, na resolução WHA 28.66, afirma estar convencida da necessidade de desenvolvimento de políticas de medicamentos que se ligassem à pesquisa de fármacos, produção e distribuição com reais necessidades de saúde (BONFIM, 1997).

O primeiro encontro da OMS sobre política de medicamentos ocorreu em 1976, e lançou a primeira relação de Medicamentos Essenciais no mundo, como uma ferramenta para execução da PNM. (CARVALHO, 2005).

Nesse primeiro encontro da OMS sobre PNM, resultou no "*WHO Guidelines for developing national drug policies*", publicado em 1988, incorporando a experiência de mais de 60 (sessenta) países que tiveram a ajuda do Programa de Ação em Medicamentos Essenciais, da OMS.

¹¹ Fonte: Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos: Oliveira, 2007

Todos esses movimentos trouxeram uma nova realidade para a sociedade brasileira e a PNM tem por propósito garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional de medicamentos e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

A PNM tem como base os princípios do SUS que são a universalidade no acesso, a igualdade no tratamento e a equidade na distribuição dos recursos e propõe garantir segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos ao menor custo possível, promover seu uso racional e seu acesso para a população.

Entre as diretrizes e prioridades estabelecidas está a adoção de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e Regulação Sanitária, Reorientação da Assistência Farmacêutica, Promoção do Uso Racional de Medicamentos, Desenvolvimento Científico e Tecnológico e estímulo à produção de medicamentos. (PNM, 2001, PIANETTI, 2000).

A ANVISA, criada pela Lei nº9.782/1999 é uma das ações importantes do SUS e também como forças condutoras na formulação e implementação de uma política de medicamentos no contexto de uma PNM. As universidades também são mencionadas nos documentos da OMS como instrumentos importantes do governo junto aos prescritores, dispensadores, manipuladores, distribuidores e vendedores.

A PNM foi aprovada pela portaria Ministerial nº3.916/1998 do Ministério da Saúde, após longa consulta pública a vários segmentos envolvidos no tema e da aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). (PIANETTI, 2000).

Nelas estabelecem-se as bases para um trabalho articulado e o desdobramento em planos operativos mais detalhados. A política se detalha em oito diretrizes e quatro prioridades.

• *Diretrizes:*

- 1) Adoção de relação de medicamentos essenciais;
- 2) Regulamentação sanitária de medicamentos;
- 3) Reorientação da assistência farmacêutica;
- 4) Promoção do uso racional de medicamentos;
- 5) Desenvolvimento científico e tecnológico;
- 6) Promoção da produção de medicamentos;
- 7) Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos;
- 8) Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

• *Prioridades:*

- 1) Revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME);
- 2) Assistência farmacêutica;
- 3) Promoção do uso racional de medicamentos;
- 4) Organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos.

A PNM, com todos os seus componentes, na lei ordinária do país, torna possível e operacional, expressa compromisso político, o acesso a medicamentos é o objetivo principal da PNM, o uso racional e qualidade. Uma vez que o medicamento é considerado um bem essencial à saúde.

1.3 Medicamentos Essenciais

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é um dos instrumentos fundamentais para garantir acesso aos medicamentos essenciais e de promoção do uso racional de medicamentos.

O conceito de medicamento essencial tem sido amplamente aplicado e deve proporcionar racionalidade não só na aquisição pelo SUS, mas também na identificação das necessidades nos diversos níveis do sistema de atenção à saúde. A OMS define medicamentos essenciais como àqueles que *“satisfazem às necessidades de saúde prioritárias da população os quais devem estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade”* (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002). Esse conceito foi criado como uma resposta às necessidades do setor farmacêutico e sanitário, para melhorar o acesso, equidade e qualidade, assim como a eficiência dos sistemas de saúde, por meio da redução de gastos desnecessários. (RENAME, 5ª edição, 2007).

Medicamentos essenciais são aqueles indispensáveis à saúde selecionados de acordo com as principais necessidades da saúde pública, evidência sobre a eficácia e segurança e os estudos comparativos de custo efetividade. Devem estar disponíveis em todo momento, nas quantidades adequadas, nas formas farmacêuticas requeridas e a preços que a comunidade pode pagar. (BRASIL, 2005).

A relação de medicamentos essenciais é uma das ferramentas para execução da PNM e é elaborada com base no quadro nosológico, sazonal e indicadores demográficos do país. A lista de medicamentos essenciais não deve ser estática e procura considerar os novos conhecimentos sobre os medicamentos e resultados quanto à eficácia aos tratamentos propostos.

O Brasil iniciou a elaboração de listas de medicamentos considerados essenciais antes mesmo da recomendação, feita pela OMS em 1977.

A primeira lista foi criada em 1964, denominada Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para uso Farmacêutico Humano e Veterinário.

A Central de Medicamentos (CEME) foi criada em 1971, como autarquia, entidade autônoma auxiliar e descentralizada da administração pública, sujeita à fiscalização e à tutela do Estado, com patrimônio constituído de recursos próprios, e cujo fim é executar serviços de caráter estatal ou de interesse à coletividade, especial e como função essencial de regular a produção e distribuição de medicamentos pelos laboratórios públicos. Os processos de compra centralizada da CEME levaram uma série de discussões, conflitos, distorções e denúncias de irregularidades entre setores públicos e privados. Como suas atividades ficaram fragmentadas em diferentes departamentos do Ministério da Saúde, dava-se início ao processo de discussão a criação da PNM.

Em 1975, essa lista atualizada pela CEME, órgão oficial, que estabelecia a distribuição de medicamentos básicos, em 1980, passa a ser denominada RENAME, nome que o país adota até hoje.

Na década de 90 a OMS estimou que 70% população mundial faz consumo abusivo e desnecessário de medicamentos, na contramão, um terço da população mundial não tem acesso a medicamentos essenciais.

Os medicamentos essenciais são os que atendem às necessidades de saúde da maioria da população, e devem estar disponíveis em qualquer momento, nas quantidades adequadas e nas formas farmacêuticas requeridas. (DECLARAÇÃO DE MONTREAL, PNM, 2001).

A produção da RENAME em sua formulação é complexa, realizado por uma Comissão Multidisciplinar a nível do gestor ao qual pertence; federal, estadual ou municipal a partir de decisões técnicas e científicas concretas, que se utiliza de instrumentos como a Farmacoepidemiologia (FE), Farmacovigilância (FVG), Farmacoeconomia (FEC), ensaios clínicos (*instrumento de pesquisa em estudo experimental comparativo de intervenção*) e medicina baseada em evidências. (PIANETTI, 2000).

Os conceitos de Farmacovigilância e farmacoeconomia estão disponíveis nos sites da ANVISA e da PFIZER e indicados nas referências bibliográficas.

Depois de realizada a escolha é estabelecido um Formulário Terapêutico ou Guia Farmacoterapêutico, para orientação ao prescritor, à dispensação e Assistência Farmacêutica (AF) e a formação de diretrizes e consensos de tratamento de patologias prevalentes no país, maximizando o uso dos mesmos e formando políticas justas de acesso aos melhores tratamentos. (DECLARAÇÃO DE MONTREAL).

FARMACOEPIDEMIOLOGIA: é a aplicação dos métodos clássicos e clínicos da epidemiologia, bem como as tecnologias da moderna comunicação da farmacologia clínica e farmacoterapia. Ela representa a última fase de avaliação do desenvolvimento de um medicamento e é absolutamente essencial para completar o conhecimento de um novo produto para garantir a efetividade, segurança, racionalidade e o uso custo-efetivo (COBERT & BIRON, 2002).

FARMACOVIGILÂNCIA: ciência relativa à detecção, avaliação, compreensão e prevenção dos efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos (THE IMPORTANCE OF PHARMACOVIGILANCE, 2002).

FARMACOECONOMIA: pode ser definida como a descrição, a análise e a comparação dos custos e das conseqüências das terapias medicamentosas para os pacientes, os sistemas de saúde e a sociedade, com o objetivo de identificar produtos e serviços farmacêuticos cujas características possam conciliar as necessidades terapêuticas com as possibilidades de custeio.

1.4 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

A RENAME é uma lista cujo processo de elaboração e revisão segue a metodologia preconizada pela OMS. Tem por objetivo selecionar os fármacos recomendados para os principais problemas de saúde no Brasil, busca ser um instrumento que auxilie no processo de planejamento das ações de saúde, mais especificamente para a tomada de decisão quanto à assistência farmacêutica no SUS. A Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) participa deste processo de revisão da RENAME desde 2000.

A PMN, no processo de implementação do SUS, tem como uma de suas diretrizes, a adoção da RENAME.

A RENAME versão 2002, foi aprovada pela Portaria GM n.º 131/2001, entregando à sociedade um instrumento importante da PMN essa lista de 2002 possuía 327 fármacos, 520 apresentações, correlatos e imunoterápicos (RENAME, 2002). O Brasil está entre os 196 países que, segundo a OMS, possuem uma relação de medicamentos essenciais.

O acesso aos medicamentos essenciais constitui-se em um dos eixos norteadores das políticas de medicamentos a PNM - (Portaria GM n 3.916, 30 de outubro de 1998) e de Assistência Farmacêutica (AF) - (Resolução CNS n°338, de 6 de maio de 2004). Segundo o Ministro de Estado da Saúde José Gomes Temporão, a RENAME encerra em si um instrumento de promoção à saúde, pelo uso racional de medicamento.

A PMN propõe garantir segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos ao menor custo possível, promover seu uso racional e seu acesso para a população. Dando ênfase ao processo educativo dos usuários ou consumidores acerca dos riscos da automedicação.

Entre as diretrizes e prioridades estabelecidas está à adoção da RENAME, que deverá servir de base ao desenvolvimento tecnológico e científico, à produção de medicamentos no país e às novas listas construídas nos níveis estadual e municipal de atenção à saúde.

A nova RENAME se apóia nas estratégicas 2004 - 2007 da OMS, que adota a atualização da lista modelo de medicamentos essenciais a cada dois anos. A última edição foi lançada no final de 2006. A RENAME, instituída pela Portaria Ministerial n° 2.475, de 18 de outubro de 2005. E constitui por 335 fármacos ou princípios ativos, além de correlatos, imunoterápicos e vacinas.

Em outubro de 2006, o Ministério da Saúde publicou, no DOU, a atualização da RENAME, uma das prioridades estabelecidas pela PNM.

Concretiza a recomendação da Conferência Nacional de Medicamentos (CNM) e Assistência Farmacêutica (AF), realizada em 2003, que aprovou a revisão periódica e a implementação da RENAME. No Brasil, de forma a garanti-la como instrumento facilitador do uso racional de medicamentos e da organização da

assistência farmacêutica, concebida como parte integrante da PNS e envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Como intuito de subsidiar gestores e prescritores, os pareceres de inclusão, exclusão, alterações relacionadas às indicações terapêuticas e restrições de uso e alterações relacionadas à dose, concentração e forma farmacêuticas.

Elaborada com base no quadro nosológico do país e de acordo com metodologia sugerida pela OMS, a RENAME 2006, contém 335 medicamentos essenciais recomendados para os principais problemas de saúde no Brasil. Além de atuar como lista orientadora para a aquisição de medicamentos a nível federal, estadual e municipal, a relação servirá de base para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico do país.

Os 335 medicamentos fármacos ou princípios ativos da quarta edição da RENAME correspondem a 523 apresentações farmacêuticas. Foram incluídos 36 novos fármacos, excluídos 58 e feitas 68 alterações de apresentações e formas farmacêuticas. No caso das alterações, foram promovidas, por exemplo, mudanças como nas formas de produtos em comprimidos, que passarão a ser injetáveis, e comprimidos de 25 mg, que agora serão apresentados em 50 mg.

A RENAME é inovadora porque traz explicações técnicas que justificam as atualizações e alterações em relação às listas anteriores. Ela está disponível na página do Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, dentro do Portal Saúde (www.saude.gov.br). A idéia é promover um sistema interativo para que os usuários possam consultar a RENAME buscando pelo nome do princípio ativo do medicamento ou pela classe terapêutica como, por exemplo, hipertensivos, anestésicos e outros constantes na lista.

A RENAME é um processo dinâmico, sempre revisado pela estabelecida Comissão Multidisciplinar de Revisão da Fundação Oswaldo Cruz e vários do RENAME, em conjunto com a Fundação Oswaldo Cruz e outras instituições como o Conselho Federal de Farmácia, introduzindo novos fármacos de eficácia comprovada por critérios farmacológicos clínicos que atestem sua eficiência e segurança e sempre se utilizando dos vários Centros de Informação de Medicamentos espalhados no país. (ZANINI, 2001).

Sendo um dos eixos norteadores da PNM, constata-se uma distância entre políticas públicas e a realidade, a incapacidade nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, como o Brasil, em efetivar nos setores públicos e privados, assim como nos diferentes níveis de saúde o acesso a medicamentos essenciais a custo acessível para toda a população. Milhões de pessoas não têm acesso e outras dispõem de acesso a esses medicamentos e muitos dos que deles usufruem fazem uso equivocado ou em quantidade menor que a requerida. As políticas públicas aplicadas na prática podem contribuir para a elevação do nível de qualidade de vida das populações.

1.5 Medicamentos Genéricos

O marco histórico do medicamento genérico teve origem na década de 60 nos Estados Unidos da América (EUA) sendo assim o primeiro país a adotar essa política. Atualmente muitos países de outros continentes têm adotado políticas de

promoção dos genéricos, como forma de proporcionar à população medicamentos com preços menores dos que de marca dos grandes laboratórios farmacêuticos.

A experiência internacional mostra que os maiores êxitos na promoção dos genéricos têm ocorrido nos países onde as ações são direcionadas para influenciar o comportamento de médicos e profissionais de saúde, através de informações seguras que comprovem a eficácia e qualidade desses medicamentos.

No Brasil em 1991, começou a tramitar na Câmara dos Deputados, em Brasília, o projeto de Lei nº2.002, que visava abolir o nome de marca das embalagens de medicamentos, desse projeto deu origem ao Decreto 793/93 de 05 de abril de 1993, que determinava o uso da denominação do nome genérico nas embalagens, em tamanho maior do que o nome de marca.

Em 1999 com a Lei nº9.787, conhecida como a "Lei dos Genéricos" (iniciativa do deputado federal Eduardo Jorge – PT/SP), em 10 de fevereiro de 1999, instituiu o medicamento genérico no Brasil, em concordância técnica e conceitual com as normas internacionais adotadas por países como Canadá, EUA, além da OMS. Essa Lei 9.787/99 é regulamentada pela Resolução nº10 (RDC10-02/01/01), que apresenta todos os critérios sobre produção, controle de qualidade, registro, prescrição, ensaios de bioequivalência e biodisponibilidade e dispensação.

A Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei nº 9.787, de 1999) faz parte de uma nova política nacional de medicamentos, implantada pelo governo federal com os seguintes objetivos: estimular a concorrência e a variedade de oferta no mercado de remédios, melhorar a qualidade de todos os medicamentos, reduzir os preços e facilitar o acesso da população aos tratamentos.

Os genéricos são identificados pelo nome genérico segundo a Denominação Comum Brasileira (DCB), intercambiável com o medicamento de referência, com a

mesma forma farmacêutica, mesma via de administração, mesma dosagem, mesma indicação terapêutica, preventiva ou diagnóstica.

Devemos diferenciar o medicamento genérico, do medicamento inovador e o medicamento similar.

O medicamento genérico é designado conforme a DCB ou, na sua ausência, de acordo com a Denominação Comum Internacional (DCI), sendo identificado pela embalagem, que deve apresentar apenas o nome do princípio ativo e conter os dizeres: “Medicamento Genérico – Lei nº. 9787/99” – e uma tarja amarela, com um “G”, em cor azul em destaque, conforme definição publicada na Resolução nº. 47, de 28 de março de 2001. Geralmente produzido com o fim ou renúncia da proteção de patentes ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a eficácia e qualidade.

Podendo efetuar a intercambialidade, que significa a possibilidade de troca de um medicamento por outro, obtendo exatamente o mesmo resultado terapêutico. Os medicamentos de referência são *intercambiáveis* com os genéricos. O medicamento inovador que apresenta ao menos um fármaco ativo que tenha sido objeto de patente, em geral o medicamento inovador é considerado de referência.

Já o medicamento similar, ele tem o mesmo princípio ativo, mesma forma farmacêutica, mesma indicação e mesma via de administração, podendo diferenciar em relação às características de tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos e devem ser identificados com nome comercial ou de marca. O termo Bioequivalência e Biodisponibilidade, passa a ser de conhecimento de todos os profissionais envolvidos com a dispensação e produção do medicamento genérico.

Bioequivalência é o estudo comparativo entre as disponibilidades de dois medicamentos que possuem a mesma indicação terapêutica, mesma via de

administração, na mesma dosagem. Se um indivíduo apresentar, durante um período estabelecido adequadamente, concentrações plasmáticas semelhantes com um mesmo fármaco, a partir de dois medicamentos, observando-se efeitos similares.

Biodisponibilidade indica a velocidade e a extensão de absorção de um fármaco em uma forma de dosagem, a partir da curva de concentração/tempo na circulação sistêmica ou excreção urinária.

O medicamento genérico antes de ser produzido no Brasil, passa por uma série de exigências legais, como apresentação de um projeto detalhado à ANVISA que é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde (MS), criado em janeiro de 1999, com o objetivo de proteger e promover a saúde, garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços.

E também são exigidos pela legislação vigente (Licença de Funcionamento, Certificado de Responsabilidade Técnica, Certificado de Boas Práticas de Fabricação - BPF e outros). Para o registro de medicamentos importados, a legislação brasileira também faz exigências legais semelhante aos nacionais conforme a Resolução RDC nº 25/99 da ANVISA.

Os genéricos não universalizam o acesso aos remédios. *“Não podemos criar essa expectativa, porque o genérico não vai atendê-la”*, nas palavras de Ciro Mortela presidente-executivo em 2001 da Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica (Abifarma) que também é representante do Sindicato da Indústria Farmacêutica. Ele aponta ao menos duas funções para esse tipo de medicamento, facilitar o acesso de quem já pode comprar remédio e estimular a concorrência.

O medicamento genérico no mercado estimula a competição com os medicamentos de marca, de certa forma, influência o acesso a medicamentos o consumo a vários estratos sociais. A diversidade da oferta estimula a criação de

genéricos prioritários no país, garantindo novos registros baseados na RENAME, mas é necessário muito mais de que preços menores, mas compromisso político e social de todos os segmentos da sociedade.

Atualmente o medicamento genérico é uma realidade no Brasil, no entanto, tanto o governo quanto a indústria consideram muito precoce para analisar a participação dos genéricos no mercado brasileiro. Porém pouco mais de 30% dos medicamentos genéricos do mercado brasileiro é importado, mostra-se a vulnerabilidade na implementação do seu uso. Todavia, há esforços para execução plena da PMN e a FVG junto aos interesses do mercado e da necessidade da população e o intento de chegar o mais próximo possível ao ideário da PNM.

1.6 Uso Racional de Medicamentos

Por volta dos anos 80 despertou interesse e discussão sobre a importância do uso racional de medicamentos, pesquisas e publicações através de órgãos conselhos regionais e outros envolvidos na problemática buscavam criar na nossa sociedade uma cultura racional do uso do medicamento promovido por profissionais ligados à área da saúde.

Em 1984, com a 33^a Assembléia Mundial de Saúde surgiu a resolução (WHA 37.33) a respeito do uso racional em medicamentos, que resultou na Conferência de Peritos sobre o URM (LINHARES, 2001).

O URM, segundo definição da OMS é a situação na quais os pacientes recebem os medicamentos apropriados às suas necessidades clínicas na dose correta por um período de tempo adequado e um custo acessível. (ANVISA, 2008).

O que é Uso Racional de Medicamentos:

O conceito de Uso Racional de Medicamentos, segundo a OMS, significa utilizar um medicamento de modo a maximizar a sua eficácia e minimizar o risco de reações adversas, a um custo razoável. Ou seja, o uso de medicamentos se torna racional quando os pacientes recebem os medicamentos apropriados para a sua situação clínica, nas doses que satisfazem as suas necessidades individuais, pelo tempo necessário, e ao menor custo possível para ele e para a comunidade em geral. (PMSP, 2008).

Importante observar que, quando se destaca a aquisição do medicamento “**ao menor custo possível**” (PMSP, 2008, grifo nosso), ou seja, desde que o cidadão tenha acesso e possa pagar pelo medicamento, o que favorece apenas os que têm acesso e poder de compra, ficando excluídos assim, os que não tem renda e não tem sequer acesso aos produtos. Apesar de à saúde ser um direito assegurado pelo Estado, este fica aquém do preconizado, pela falta de outras políticas que assegurem este direito ao cidadão.

O uso indevido de medicamentos é um problema de Saúde Pública prevalente em todo o mundo. Dados da OMS revelam que:

- 15% da população mundial consomem mais de 90% da produção farmacêutica;

- Até 70% do gasto em saúde nos países em desenvolvimento corresponde a medicamentos, nos países desenvolvidos esse índice é menor que 15%;
- 50-70% das consultas médicas geram prescrição medicamentosa;
- 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente;
- Somente 50% dos pacientes, em média, tomam corretamente seus medicamentos;
- Os hospitais gastam de 15% a 20% de seus orçamentos para lidar com as complicações causadas pelo mau uso de medicamentos;

De todos os pacientes que dão entrada em prontos-socorros com intoxicação, 40% são vítimas dos medicamentos (ANVISA, 2006). No Brasil, segundo informações do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), os medicamentos ocupam o primeiro lugar entre os agentes causadores de intoxicações em seres humanos e o segundo lugar nos registros de mortes por intoxicação. A cada 20 segundos, 1 paciente dá entrada nos hospitais brasileiros com quadro de intoxicação provocado pelo uso incorreto de medicamento. O MS, por meio do SINITOX, ligado à Fundação Oswaldo Cruz, registrou, em 2006, 107.958 casos de intoxicação humana, com 488 óbitos. Esses são os dados mais recentes divulgados. Em 2005, foram 84.456 atendimentos, com 456 mortes¹².

Segundo dados levantados pela CPI em 2002, no Brasil, 15% da população consomem 50% do que se produz de medicamentos, enquanto 51% entre os que ganham até quatro salários mínimos consomem 16% do que é produzido.

¹²Fonte: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/noticia/ler_noticia.php?id_noticia=102191. Acesso em 21/10/ 2008.

Essa grave situação revela primeiramente lacunas no modelo de saúde atual, a irregularidade e a improvisação são marcas de gerenciamento da saúde, apesar dos esforços dos órgãos competentes em racionalizar o medicamento, ainda está longe o seu efetivo. A situação ilustra também a maneira como as farmácias e drogarias adotaram um referencial mercadológico onde o medicamento é simplesmente uma mercadoria, insensível a verdadeira função que é promover a saúde.

A indústria farmacêutica no mundo e igualmente no Brasil, tem como característica dinamismo pelo volume de vendas, pelo desempenho nos lucros ou pelo montante de recursos que destina à geração de novos produtos. Diante disso, o mercado farmacêutico mundial, como no Brasil, apresenta características oligopólicas, afirmando seu poder sobre o mercado, com produtos diferenciados em segmentos de classes terapêuticas específicas, cujo consumo é fortemente mediado pela necessidade de prescrição médica. Com uma grande diferenciação dos produtos por classe terapêutica, princípio ativo, composição química e embalagens, gerando uma grande variedade de apresentações farmacológicas direcionadas ao consumidor, dificultando a escolha do produto de forma racional, como sugere o uso racional de medicamentos. A indústria farmacêutica tem um forte poder de influenciar o consumo através de estratégias de “*marketing*”, propaganda direcionada à classe médica, ao comércio, ao farmacêutico e a população em geral.

Embora, existam normas legais e critérios éticos a serem observados, há enormes falhas e a exigência de intervenção e punição ficam longe das determinações que deveriam ser efetuadas por parte dos órgãos responsáveis.

Cabe ressaltar que de certa forma, acaba prejudicando e demonstrando a fragilidade do baixo poder regulador das instâncias responsáveis perante a

propaganda de medicamentos no Brasil. A ANVISA tem o objetivo de prevenir e não de punir, pois possui o poder de polícia, como atributo do Estado, reguladora dos direitos individuais e coletivos garantidos dentro da lei sendo seu exercício limitado. É importante estabelecer mecanismos efetivos e rigorosos para o controle da propaganda de medicamentos no país, juntamente com o apoio de toda a sociedade para garantir a cidadania e sobrepor os interesses econômicos.

O uso racional de medicamentos vem confirmar o objetivo da PNM que é constituir elementos capazes de promover melhoria das condições de saúde a toda população.

1.7 Farmacovigilância

A Farmacovigilância (FVG) é um dos importantes instrumentos para a racionalização do uso de medicamentos. Segundo definição da OMS, Farmacovigilância compreende a ciência e as atividades relacionadas à detecção, avaliação, compreensão dos efeitos adversos ou outros problemas relacionados a medicamentos. Ela se constitui numa estratégia essencial para a promoção do uso racional de medicamentos e traz impacto direto nas políticas de prevenção de danos, através da disseminação de informação isenta aos profissionais de saúde, órgãos reguladores e usuários.

Um das definições de Farmacovigilância, segundo *The Importance of Pharmacovigilance* em 2002, é a ciência relativa à detecção, avaliação,

compreensão e prevenção dos efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos.

E também segundo JACOB, *“Surge a importância da FVG que é a ciência relativa à detecção de Reação Adversa a Medicamentos (RAM), ou quaisquer problemas relacionados ao medicamento.”* (1993 p. 3).

A prescrição de medicamentos para pessoas idosas envolve compreensão e entendimento das mudanças funcionais e estruturais dos órgãos e sistemas decorrentes da idade avançada, comprometendo e muito na farmacocinética (PK) que se refere ao processamento dos fármacos ou substâncias ativas com ação terapêutica no organismo, incluindo sua absorção, distribuição, biotransformação e excreção e a farmacodinâmica (PD) que é o estudo dos efeitos bioquímicos e fisiológicos dos fármacos e seus mecanismos de ação.

Os principais objetivos da FVG são:

- 1) Identificar os efeitos indesejáveis desconhecidos;
- 2) Quantificar o risco destes efeitos associados ao uso de determinados fármacos;
- 3) Identificar fatores de risco e mecanismos subjacentes aos efeitos indesejáveis;
- 4) Informar e educar os profissionais sanitários e a população;
- 5) Subsidiar as autoridades sanitárias na regulamentação dos medicamentos, facilitando o saneamento do mercado farmacêutico.

O principal foco da FVG é a Reação Adversa a Medicamento (RAM), como descreve definição abaixo:

REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO (RAM): é qualquer resposta a um fármaco que seja prejudicial, não intencional, e que ocorra nas doses normalmente

utilizadas em seres humanos para profilaxia, diagnóstico e tratamento de doenças, ou para a modificação de uma função fisiológica (EDWARDS & BIRIELL, 2001).

Essa definição descarta as overdoses acidentais, intencionais ou a ineficácia do medicamento para terapia de tratamento proposto.

O estudo sistemático das reações adversas a medicamentos poderá fornecer informações importantes através de estudos quantitativos ou qualitativos sobre a eficácia absoluta ou relativa de um fármaco em questão. (SEVALHO, 2000).

A importância em simplificar a administração tem por objetivo evitar o uso de medicamentos de mesma classe terapêutica, iniciar o tratamento com a menor dose possível e evitar se possível, medicamentos que aumentam as chances de iatrogenia que é a alteração patológica provocada no paciente no diagnóstico ou tratamento de qualquer tipo resultando conseqüências prejudiciais para a saúde do paciente. Doenças ou complicações iatrogênicas, são aquelas decorrentes da intervenção do médico e/ou de seus auxiliares, seja esta intervenção certa ou errada, mas da qual resultam conseqüências prejudiciais para a saúde do paciente (CARVALHO-FILHO e col., 1996).

As reações medicamentosas são as principais causas de manifestações iatrogênicas em todas as faixas etárias (LEVY e col., 1980), mas, embora todos estejam sujeitos a riscos iatrogênicos, esses riscos são maiores em pacientes hospitalizados e, notadamente nos idosos. Vários fatores podem ser considerados como responsáveis pela maior incidência da iatrogenia em idosos.

Em pacientes hospitalizados verificou-se que a freqüência de reações medicamentosas iatrogênicas é três a sete vezes mais observadas nos idosos em relação aos mais jovens (NOLAN e O'MALLEY, 1988).

Segundo um estudo publicado no Journal of The American Medical Association (2000:284: 94), pela Doutora Barbara Starfield, mostrou nos EUA cerca de 106.000 internações hospitalares por ano são provocados por efeitos adversos dos medicamentos.

Outro fator igualmente importante é a redução do fluxo sanguíneo e o processo de biotransformação hepática; o aumento da gordura corpórea, o que resulta no aumento da distribuição de fármacos lipossolúveis e o comprometimento da função para a depuração de fármacos que são excretados pelos rins. Há outros fatores envolvidos também em igual importância como o tempo de meia-vida plasmática dos fármacos em geral são maiores os riscos de toxicidade.

A colaboração de profissionais na área de saúde é relevante, pois contribui para informações importantes, como as alterações fisiológicas e patológicas decorrentes da idade, o acometimento de disfunções em diferentes órgãos ou sistemas compromete os processos de absorção, distribuição, metabolização e eliminação dos fármacos.

Sabemos o que existe hoje é o que se chama gerenciamento do dano, isto é, doenças tidas como incuráveis tendo como exemplo, o diabetes e a hipertensão, são tratáveis e controláveis, aumentando assim, a expectativa de vida do paciente idoso, que é a medida do número de anos a serem vividos.

O profissional da saúde, neste caso o farmacêutico, que está hoje inserido em várias áreas de atuação da saúde, tem um papel fundamental na FVG junto à atenção básica à saúde da população, atuando em diferentes segmentos como em empresas privadas, no caso, por exemplo, das farmácias.

Contribuindo com seu conhecimento durante todo o processo de comercialização podendo registrar, detectar e avaliar os possíveis efeitos prejudiciais do medicamento ao cliente, conforme é preconizado pela OMS.

A AF compreende em garantir a qualidade dos medicamentos, exercer a supervisão da distribuição, do armazenamento, conservação e reposição eficiente de medicamento, conhecer as informações técnicas sobre os produtos existentes no mercado nacional e aconselhar os pacientes na atenção primária e secundária, quando se trata de tratamento de doenças crônicas que necessitem de medicamentos de uso contínuo.

Além disso, também estão entre as principais definições de AF constituir um elo entre a responsabilidade de receitar e de comercializar medicamentos e ao executar este papel elimina qualquer conflito de interesse entre estas duas funções. A AF e FVG direcionam a manipulação de medicamentos, a informação, a orientação aos profissionais de saúde como também a população e atua juntamente com a promoção da saúde através de campanhas de educação em saúde.

A FVG no Brasil existe desde que a ANVISA foi criada em 1999, desenvolvendo dessa forma elementos para acompanhar os eventos adversos dos medicamentos. Desde o ano 2000 vem disponibilizando formulários de notificação de eventos adversos através da web site (www.anvisa.gov.br).

O Brasil faz parte do Programa Internacional de Monitoramento de Medicamentos, coordenado pela The Uppsala Monitoring Centre (UMC) – OMS Collaborating Centre for International Drug Monitoring na Suécia. A UMC possui um banco de dados internacional com registros de suspeitas de reações adversas a medicamentos e com isso colabora com os centros nacionais de FVG a todos que fazem parte do programa da OMS.

Ciente da importância das ações de FVG, o Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF-SP) em parceria com o Centro de Vigilância Sanitária (CVS) e a ANVISA, desenvolvem um programa denominado “*Farmácias Notificadoras*”, através do quais os farmacêuticos são capacitados para o recebimento e notificação de reações adversas e desvios de qualidade de medicamentos. Atualmente temos cerca de 1.200 farmacêuticos capacitados e outras capacitações estão agendadas na capital e interior. (REVISTA DO FARMACÊUTICO, 2007).

O farmacêutico dessa forma compartilha a responsabilidade e compromisso do uso orientado de medicamentos incluindo também produtos de venda livre que são os medicamentos sem exigência de prescrição médica e fitoterápicos, apontando seus benefícios e riscos para o tratamento.

Segundo as palavras do Doutor: Murilo Freitas Dias, gerente de Farmacovigilância da ANVISA; “*As Farmácias Notificadoras têm sido fundamentais para a notificação desses casos. O farmacêutico está apto para identificar casos de mau uso, transferir a informação para a Vigilância Sanitária, que poderá tomar alguma medida*” (REVISTA DO FARMACÊUTICO, 2008).

Diminuindo assim, drasticamente o uso deliberado, ajudando a reconhecer reações adversas e efeitos colaterais, conseqüentemente diminuindo o índice de toxicidade já muitas vezes notificado. A proposta é reduzir à utilização desnecessária de medicamento que poderiam levar as conseqüências desastrosas à saúde do idoso e como objetivo levar essa consumação a níveis de tolerabilidade desejável ao usuário paciente idoso.

1.8 Atenção Farmacêutica

A OMS, criada em 1948, com o objetivo de apoiar os países membros no desenvolvimento de programas que melhorassem a saúde de suas comunidades, durante a 30ª Assembléia Mundial, em 1977, aprovou a meta “saúde para todos no ano de 2000” e, em suas resoluções WHA 20.53, WHA 23.61, WHA 25.17, WHA 26.35, WHA 27.44, WHA 28.88 e WHA 29.19, recomendou a realização de uma Conferência Mundial para o intercâmbio de experiências em matéria de desenvolvimento de cuidados primários de saúde (OMS/UNICEF, 1978).

Essa decisão foi concretizada com a realização da Conferência Mundial sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em Alma-Ata - URSS em 1978, com a participação do United Nations Children’s Fund (UNICEF), onde se ratificou a meta de “Saúde para todos” e a atenção primária como uma estratégia fundamental para alcançar essa meta, fato que tem uma repercussão muito importante no desenvolvimento da AF no mundo.

A evolução dos modelos de prática farmacêutica está diretamente vinculada à estruturação do complexo médico industrial. No início do século XX, o farmacêutico era o profissional de referência para a sociedade nos aspectos do medicamento, atuando e exercendo influência sobre todas as etapas do ciclo do medicamento. Nesta fase, além da guarda e distribuição do medicamento o farmacêutico era responsável também, pela manipulação de praticamente todo o arsenal disponível na época (GOUVEIA, 1999).

Nas publicações de ciências farmacêuticas a primeira definição de atenção farmacêutica apareceu em 1980 em um artigo publicado por BRODIE et al:

Em um sistema de saúde, o componente medicamento é estruturado para fornecer um padrão aceitável de atenção farmacêutica para pacientes ambulatoriais e internados. Atenção farmacêutica inclui a definição das necessidades farmacoterápicas do indivíduo e o fornecimento não apenas dos medicamentos necessários, mas também os serviços para garantir uma terapia segura e efetiva. Incluindo mecanismos de controle que facilitem a continuidade da assistência. (p.276-88).

Linda Strand, idealizadora do conceito e da prática da atenção farmacêutica, afirmou que conceito de atenção farmacêutica estava incompleto passando a defender a seguinte definição: *“prática na qual o profissional assume a responsabilidade pela definição das necessidades farmacoterápicas do paciente e o compromisso de resolvê-las”*. Enfatizam que a atenção farmacêutica é uma prática como as demais da área de saúde. Possui uma filosofia, um processo de cuidado ao paciente e um sistema de manejo. É diferente do conceito de 1990 que foca os resultados. Mas para Strand resultados não têm significados fora do contexto de uma prática assistencial (PHARMACEUTICAL, 1997).

Através da assistência farmacêutica, o farmacêutico torna-se co-responsável pela qualidade de vida do paciente. O farmacêutico é o profissional da saúde que mais se aproxima da relação, paciente-medicamento.

O medicamento é fundamental para o paciente, tornando-se um instrumento estratégico na terapêutica e na manutenção de melhores condições de vida. A responsabilidade do farmacêutico é orientar o uso racional de medicamentos.

O farmacêutico deve exercer assistência auxiliando o paciente quanto ao modo de usar e como armazenar alertar dos prováveis efeitos colaterais e interações medicamentosas; informar quanto ao uso sem orientação médica; alertar sobre o horário de administração e as restrições na alimentação; observar se a embalagem está intacta e outras orientações.

A AF vem garantir a qualidade e a eficácia do medicamento, orientar o paciente quanto ao uso correto, aumentar sua aderência ao tratamento prescrito, prevenir efeitos colaterais ou interações medicamentosas e garantir o direito à saúde.

1.9 Reorientação da Assistência Farmacêutica

A Reorientação da Assistência Farmacêutica no SUS não se restringe às questões quanto à aquisição e à distribuição de medicamentos, engloba também as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização - nesta compreendida a prescrição e a dispensação, de modo a favorecer a disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população.

As ações incluídas nessa assistência devem ter por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais. A reorientação do modelo de assistência farmacêutica fundamenta-se: na descentralização da gestão; na promoção do uso racional; na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público; no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado.

A necessidade de reorientação da Assistência Farmacêutica é apontada como diretriz fundamental da I Política Nacional de Medicamentos publicada em

1998 (BRASIL, 1998) e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica de 2004. Essa reorientação compreende a descentralização das ações de AF para estados e municípios, bem como a compreensão de que estas ações são bem mais que a simples aquisição e distribuição de medicamentos.

O estabelecimento de uma estrutura efetiva da AF com Recursos Humanos preparados e capacitados para desempenhar as responsabilidades inerentes a sua função assume um papel prioritário para planejar, organizar, coordenar, acompanhar e avaliar o trabalho.

Segundo a I PNM a AF é conceituada como:

Um grupo de atividades relacionadas com o medicamento destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e avaliação da utilização, a obtenção e difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos. (Portaria GM 3916/98 MS, 1998 p. s/n).

Este conceito dá um enfoque amplo à AF que incorpora a multidisciplinariedade e a integralidade em todos os seus momentos, bem como critica a prática difundida que tende a limitar a AF às atividades de aquisição e distribuição de medicamentos.

A PNM publicada em 1998 tem como diretrizes: a adoção de RENAME, a regulamentação sanitária de medicamentos, a reorientação da AF devendo esta estar fundamentada na descentralização da gestão, a promoção do uso racional de medicamentos, o desenvolvimento científico e tecnológico, a promoção da produção de medicamentos, a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e o desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de Recursos Humanos, sendo que poucas tem sido a estratégia do MS para avanço nesta área

de recursos humanos. A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), 2004, em seus eixos estratégicos reforça as diretrizes da PNM, (MS, 1998, 2004).

Assistência Farmacêutica no Brasil:

A AF no Brasil, nas décadas de 70 e 80 se confundia com as atividades desenvolvidas pela Central de Medicamentos (CEME), num modelo centralizado de gestão, onde o nível central estabelecia as diretrizes e participava decididamente das suas execuções.

Os estados e municípios brasileiros eram excluídos praticamente de todo o processo decisório.

Criada em 1971 a CEME e o Plano Diretor de Medicamentos tinham por objetivos:

(...) encorajar o desenvolvimento da livre iniciativa genuinamente nacional, incentivar no país os processos de transferência e implantação de tecnologia, aumentar a diversificação da oferta de medicamentos, dotar o país de um sistema de vigilância farmacológica eficiente e estabelecer condições para o desenvolvimento da indústria farmacêutica genuinamente brasileira em todas as suas fases, desde a obtenção da matéria-prima até a confecção do produto final, tudo com objetivo de não privar da proteção do Estado faixa alguma da população Brasileira (CORDEIRO apud GIOVANNI, 1980, p.71).

A criação da CEME proporcionou a criação de vários Laboratórios Oficiais e o fortalecimento dos já existentes, com crescimento acentuado da produção de medicamentos essenciais e maiores disponibilização destes à população.

Em 1986, a convocação da VIII CNS, com ampla participação da sociedade civil, recomendava que a reestruturação do sistema nacional de saúde deveria resultar na criação de um SUS, integrado pelos diversos serviços oferecidos e que se achavam distribuídos por vários ministérios.

Deveriam ser organizados de forma regionalizada, para que fosse aplicada nas diferentes situações de saúde do país uma PNS.

Essa política teria como princípio a garantia de um atendimento integral à saúde, como um direito de todo cidadão brasileiro, em todo território nacional e sendo um dever do Estado. A partir da Constituição de 1988, a competência para cuidar da saúde deixa de ser hegemônica da união e começam a acontecer às grandes mudanças estruturais anteriormente propostas. Dessa forma, inicia-se o processo de descentralização.

A Lei nº 8.080 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde e a Lei nº 8.142 de dezembro de 1990 regulamentam as determinações da Constituição e consagram os princípios de descentralização das ações e serviços de saúde e de municipalização da gestão, definindo papéis e atribuições dos gestores nos três níveis de atuação. O artigo 6º da Lei nº 8.080 assegura o provimento da assistência terapêutica integral, incluindo a AF, como uma das ações a serem executadas, e também a formulação de uma política de medicamentos, equipamentos e imunobiológicos.

A discussão da necessidade de reorientação da AF no Brasil surgiu com o I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos em 1988, discutindo a necessidade de um modelo que se nos orientasse mesmos princípios que nortearam a criação do SUS.

Surgiu então a proposta de uma nova concepção de AF que não mais estivesse restrita ao binômio de produção e distribuição de medicamentos, mas que compreendesse um conjunto de procedimentos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde, no nível individual ou coletivo, centrado no medicamento (PEREIRA et al, 2004).

A adequação da AF ao modelo descentralizado de gestão tem como marcos à extinção da CEME, no ano de 1997 e a publicação da PNM em 1998. Insere no contexto da organização do SUS, baseada nos princípios ético-doutrinários, dos quais se destacam a universalidade, equidade, integralidade e princípios organizacional e operativo ressaltando a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação dos cidadãos.

Outro instrumento legal que pretendeu auxiliar a organização deste modelo é a Portaria nº 176/99 que estabeleceu o Piso de Assistência Farmacêutica Básica (PAFB), classificou as modalidades de medicamentos quanto à fonte de financiamento, definiu as competências de cada nível de governo quanto a este aspecto específico, além de fornecer orientação quanto à organização da Assistência Farmacêutica Básica nos moldes dos instrumentos dispostos na Norma Operacional Básica (NOB 96). Além disto, foram definidos condições para qualificação dos estados e municípios para o recebimento dos recursos. Estes documentos marcam a reorientação da AF no âmbito do SUS no Brasil (MARIN et al, 2003).

A partir desta reorientação os estados e municípios receberam responsabilidades que exigem mobilização de conhecimento e habilidades técnicas, gerenciais e políticas em relação à AF, necessários à execução de atividades de seleção, programação e aquisição de medicamentos antes executada pelo governo federal.

No ano de 2003 foi realizado a I Conferência Nacional de Medicamentos (CNM) e Assistência Farmacêutica (AF), convocada através da Portaria GM nº. 879, de 08 de maio de 2002, origina-se da Resolução nº. 311 do Conselho Nacional de Saúde-CNS, de 05 de abril de 2001, e da Recomendação nº. 026, aprovada pelo

Plenário da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 15 a 19 de dezembro de 2000.

No seu capítulo III, art. 6º - nos termos da Resolução nº. 311, do Conselho Nacional de Saúde e da Portaria GM nº. 879, de 08 de maio de 2002, resultado de um amplo e longo trabalho de articulação política, técnica e operacional. Sua principal característica foi à necessidade de ser traçado um quadro real da situação da AF no SUS. O tema central foi *“Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização da Assistência Farmacêutica com Controle Social”*, tendo como um dos eixos temáticos relevantes *“A Qualidade na Assistência Farmacêutica, Formação e Capacitação de Recursos Humanos”*.

A PNAF em 2004 reforça a importância da *“descentralização das ações com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados”* (Conselho Nacional de Saúde – Resolução 338, 06/05/2004). A PNAF pretende fomentar a incorporação de processo de avaliação a gestão; orientar a tomada de decisão baseada em evidência e fortalecer os processos de descentralização de gestão de forma estruturada e organizada, por meio de fortalecimento da capacidade gerencial no nível dos estados e municípios.

Em 2006 foi divulgada a Portaria 399/GM - Pacto pela Saúde 2006, nas suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (cujas prioridades articuladas e integradas foram definidas em três componentes, dentre eles o Pacto de Gestão do SUS). Realiza-se assim, uma reforma institucional que defende o SUS, como política de estado, facilitando processos de pactuação e de regionalização da saúde, instituindo novas bases para o alcance de um alcance mais solidário de gestão. O Pacto de Gestão estabelece Diretrizes para a gestão do

sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada (PPI); Regulação; Participação Social e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

A Portaria nº. 698/06 do GM definiu que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, que os recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde passam a ser organizados e são transferidos em quatro blocos, intransferíveis, de financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS. O Bloco de Financiamento para a AF será financiado pelos três gestores do SUS e é constituído por quatro componentes:

- Componente Básico da Assistência Farmacêutica que consiste em financiamento para ações de AF na atenção básica em saúde e para agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica, sendo de responsabilidade dos três gestores.
- Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica consiste em financiamento para ações de AF de programas estratégicos como controle de endemias - Tuberculose, Hanseníase e outros, Programa de DST/AIDS, Sangue e Hemoderivados, Imunobiológicos, Insulina, sendo de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS).
- Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional é de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e estados e se destina a aquisição e distribuição de Medicamentos Excepcionais, para

tratamento de patologias que compõe o Grupo 36 - da Tabela do SIA/SUS.

- Componente de Organização das ações de Assistência Farmacêutica constitui um ganho para a Assistência Farmacêutica na pactuação, que passará desta forma, a contar com recursos definidos para custeio de ações de estruturação, contratação e qualificação de recursos humanos no âmbito do SUS. Porém, até o momento não foram definidos os valores financeiros para este componente e a responsabilidade dos gestores.

Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo:

A AF, coordenada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), compreende um conjunto de atividades relacionadas ao acesso e ao uso racional de medicamentos ambulatoriais, destinados a complementar e apoiar as ações da atenção à saúde. A partir da Resolução SS nº. 64, de 30 de junho de 2003. A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo fixou normas sobre a obrigatoriedade de prescrição e dispensação de medicamentos com o nome genérico das substâncias que o compõem. Através de ações articuladas com o Ministério da Saúde e municípios paulistas, o Programa tem como objetivo principal o fornecimento regular e gratuito de medicamentos padronizados, de modo a contemplar o tratamento medicamentoso ambulatorial das diferentes doenças que acometem a população.

Os principais programas que compõe a Assistência Farmacêutica são:

- 1) Programa Dose Certa;
- 2) Programa de Medicamentos Estratégicos;

- 3) Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional;
- 4) Protocolos Estaduais de Medicamentos Especiais;
- 5) Prevenção da Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório;
- 6) Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC;
- 7) Norma Técnica para utilização de Aripiprazol;
- 8) Protocolo para Tratamento dos Portadores de Hipertensão Arterial Pulmonar;
- 9) Norma técnica para Tratamento de Hepatite B Crônica;
- 10) Norma técnica para Tratamento da Hepatite C Crônica e
- 11) Protocolo Clínico da Dispensação de Fórmulas Infantis para pacientes com Alergia à proteína do leite de vaca.

Além dos programas listados, podem ser citadas outras ações que envolvem a assistência farmacêutica no SUS, como aquela relacionada aos medicamentos utilizados nas internações e os envolvidos na atenção ao câncer. Deve ser salientado que o tratamento do câncer envolve inúmeras ações, como cirurgia, quimioterapia e radioterapia, e os medicamentos necessários ao tratamento estão incluídos no atendimento integral prestado aos pacientes matriculados e em tratamento nas Instituições credenciadas pelo SUS para assistência oncológica. (PORTAL SAÚDE, 2007).

Por sua importância enquanto ação de saúde pública, o fornecimento de insumos para o auto-monitoramento do diabetes esta inserido no Programa de dispensação de insumos para diabetes.

O objetivo da reorganização farmacêutica no plano estadual é aperfeiçoar o gerenciamento de forma que possa vir a planejar, executar e ajustar a assistência farmacêutica básica no SUS. No plano municipal, apontando os medicamentos do

elenco básico, de acordo com a realidade e necessidade de cada usuário entre outras atividades.

Assistência Farmacêutica em Santos:

Com base no artigo 198 da Constituição Federal/1988, as diretrizes, descentralização, com direção única em cada esfera de governo, o município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a União, conforme as responsabilidades gerais da gestão do SUS, referente aos municípios.

O município de Santos possui uma estrutura de saúde liderada pelo Secretário de Saúde, onde praticamente a maioria dos serviços está relacionada com a AF. A rede de saúde da Prefeitura Municipal de Santos é complexa, composta por um sistema interligado a Departamentos.

A cidade é estruturada basicamente por pronto-socorros, hospitais, ambulatórios gerais e especializados e policlínicas. Através desses serviços, a AF em Santos se torna presente, pois o medicamento é instrumento indispensável para tratamentos e intervenções médicas. Dessa forma a AF se caracteriza na cidade de Santos através dos organismos públicos e privados, atendendo os objetivos do SUS.

1.10 A Farmácia como Estabelecimento de Saúde e o papel do farmacêutico

Devemos retomar brevemente ao passado para compreender o surgimento da farmácia no Brasil. A atividade de manipular remédios é uma prática realizada por vários atores em todos os povos do mundo, misturando alquimia, magia, mistério, arte e política. Algumas culturas em destaque nesta prática, como: China, antigo Egito, Grécia, Índia, Japão e Roma. A Grécia ganha notoriedade porque Hipócrates e Galeno sistematizaram os grupos de medicamentos, inaugurando uma nova era para cura, trazendo o foco de ciência e não de magia. No século II os árabes fundaram a primeira escola de farmácia que se tem registro. Na Europa aproximadamente no século X surgiram as primeiras boticas e somente no século XVI que se tornou reconhecidas como uma atividade profissional com destaque científico.

A existência de boticários em Portugal surgiu aproximadamente no século XII segundo os registros das "*Ordenações*", que era um conjunto de leis portuguesas, com seus decretos complementares e regulamentos legalizando a atividade do comércio e dos boticários, o Brasil sendo colônia dos portugueses, ficou à merce durante todo o período colonial, sob o regime e o vigor dessas "ordenações" desde o princípio do século XVI. Nesta época, o Brasil, comercializava medicamentos, ervas e similares em estabelecimentos comerciais, chamados de secos e molhados. A legalização das boticas no Brasil colonial se deu em 1640 e a atividade comercial das drogas e medicamentos era somente realizada pelos boticários, ou seja, pessoas que trabalhavam em boticas, poder-se-ia dizer que os boticários foram os primeiros "*farmacêuticos*". Os jesuítas foram os primeiros a estabelecer as primeiras boticas nos acampamentos e instalar boticas nacionais nas proximidades dos conventos e colégios. Anteriormente a essa data, a arte manual de manipular os

medicamentos era também ligada à magia, a superstição e ao poder sobrenatural, dando um sentido transcendental misturados à cultura negra e indígena.

O processo de institucionalização da farmácia foi feito através da mudança da nomenclatura, “boticário” para farmacêutico, com a criação dos primeiros cursos de farmacêutico nas faculdades de Medicina na Bahia em 1832 e na faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1834. E a partir de 1839 foi criada a primeira faculdade de Farmácia de Ouro Preto no país, autônoma em relação às faculdades de Medicina.

A farmácia de hoje distanciou-se do modelo de botica, adotou características próprias de uma época sustentada por um mercado mercantilista.

Atualmente, nos grandes centros urbanos pode-se encontrar uma farmácia (engloba também o termo drogaria) diante das normas sanitárias; um estabelecimento aberto ao lado do outro, por inexistir atualmente a lei de zoneamento. A lei Estadual de Zoneamento de Farmácias e Drogarias foi instituída em 06 de maio de 1999, onde dispunha que a instalação de estabelecimentos de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em cidades com mais de 30.000 habitantes respeitando uma distância mínima de 200 metros de raio com relação a outro estabelecimento congênera. Porém, a lei foi julgada em 2003, no Supremo Tribunal de Justiça (STJ) onde considerou a lei inconstitucional; a lei não mais se encontra em vigor.

A farmácia tornou-se uma vitrine de produtos destinados à saúde do brasileiro, apesar de sua contribuição há também preocupações, muitas dessas preocupações, como citado abaixo:

O comércio varejista ocorre em meio a uma série de irregularidades. Entre elas, podemos citar:

- A ausência do farmacêutico nas farmácias – quando presente, não realiza orientação ao paciente;
- A cultura da automedicação e a prática da chamada “empurroterapia”, quando o balconista procura forçar a compra ao consumidor de um produto, que dá a ele, o balconista, maior ganho percentual sobre a venda.

Outro fato digno de nota é que menos de 20% do volume de venda dos produtos mais vendidos no país é de medicamentos essenciais: “*um volume inferior a 20% dos produtos de maior venda no Brasil podem ser considerados medicamentos essenciais*” (BERMUDEZ et al, 2000).

Em muitos países da Europa como na Alemanha, Espanha, Itália, Portugal e Reino Unido, a legislação exige para abertura de uma farmácia ou drogaria que o proprietário seja farmacêutico, o que difere do Brasil, permitindo a qualquer cidadão, exceto médicos conforme veto previsto no Decreto 20.931/32, para abertura deste estabelecimento comercial.

A farmácia ou drogaria dever-se-ia ser diretamente ser responsabilidade do profissional farmacêutico, mas por deficiências na legislação vigente isso não é possível, o profissional é o instrumento que preenche todos os requisitos para ocupar esse espaço que deveria ser somente dele.

Tramita por cerca de dez anos no Congresso Nacional o substitutivo da Comissão de Defesa do Consumidor, que dispõe da farmácia como estabelecimento de saúde, do deputado federal Ivan Valente (PSOL) opondo-se ao Projeto de Lei nº 4385/1994 da senadora Marluce Pinto que desobrigava a necessidade de um farmacêutico junto a esses estabelecimentos.

O substitutivo foi aprovado em 2000 na Comissão de Justiça da Câmara dos Deputados e hoje aguarda ser votado. Futuramente poderá dar início a uma nova etapa de políticas de saúde no Brasil.

O projeto proposto discute itens importantes com o a assistência farmacêutica integral e coloca a farmácia como estabelecimento sanitário, mudando o enfoque comercial para estabelecimento de saúde. Restrição à venda indiscriminada de medicamentos, zoneamento farmacêutico. A extinção a palavra drogaria e adoção somente da palavra farmácia. As farmácias deverão estar articuladas e integradas com o SUS. Proibição de propagandas que induzam a automedicação; são as principais medidas que a médio e longo prazo trarão melhorias no cenário farmacêutico e visa trazer o farmacêutico para sua lógica, como proprietário.

Caso essa realidade venha se efetivar, como é na maior parte dos países europeus, Espanha e França, por exemplo, provavelmente contribuiria para evitar abusos de consumo por parte das pessoas e a “empurroterapia” sairia de cena e o perfil da farmácia tornar-se-ia essencialmente voltado para a saúde e não comercial como é até o momento.

O Brasil está no topo do ranking em relação à quantidade de farmácias, conforme informação do Banco Econômico de Desenvolvimento e Social (BNDES, 2001). Segundo dados do Conselho Federal de Farmácia (CFF) em 2006, o país possuía em torno de 72.509 farmácias e drogarias, ou seja, uma para cada 2.145 brasileiros, a OMS preconiza como ideal uma farmácia para cada oito a 10 mil habitantes.

Outra observação importante é que apenas 4% das farmácias brasileiras são de propriedade de farmacêuticos (OLIVEIRA, 1998, p. 38). De certa forma, a

quantidade de farmácias não é sinônimo de qualidade e nem mesmo garantia de acesso à população aos medicamentos.

Por outro lado, as indústrias farmacêuticas, também têm sua participação com a divulgação de seus produtos tanto para a classe médica, como se utilizando de meios de comunicação para atingir todos os estratos da população, formando assim, uma idéia de que a saúde é “comprada” primeiramente numa farmácia.

Segundo BERMUDEZ (1995), a indústria farmacêutica brasileira caracteriza-se como um segmento industrial altamente diferenciado, dependente do capital transnacional e que abrange tanto a produção de matérias-primas quanto sua transformação, apresentando um campo propício para o florescimento de interesses econômicos conflitantes e antagônicos com os representados pelas políticas de medicamentos compreendidas como políticas de saúde. Ao ser representado na maioria dos países como componente apenas de uma política industrial, esse setor apresenta forte resistência em subordinar interesses financeiros de poderosos segmentos de capital e de setores industriais a interesses sociais, que nem sempre seguem a lógica da dinâmica de mercado.

A farmácia dever-se-ia destacar-se como um estabelecimento em prol da saúde pública, a comercialização de produtos que não se relacionam com a saúde, como é a venda de artigos de conveniência como: créditos para celulares, cartão de estacionamento, secadores de cabelo, pilhas, lanternas, filmes fotográficos, produtos cosméticos, perfumaria e outros. O medicamento dessa forma aos olhos do consumidor torna-se uma mercadoria comprável em qualquer lugar, pois ele equipara-se ao qualquer outro produto possível de ser comprado “*esse qualquer*”, da idéia de inespecífico, indeterminado sem lugar próprio. Apesar de todos esses serviços oferecidos para facilitar a vida dos clientes que adentram os

estabelecimentos, descaracteriza este estabelecimento, tornando-o como qualquer estabelecimento comercial. A ética capitalista é o lucro, e não se preocupa muitas vezes com o bom senso e sempre consegue uma brecha na lei para exercer seu objetivo.

Tal prática abre mão dos preceitos importantes, que a farmácia é um espaço para a promoção, proteção à saúde e atenção primária realizada por profissionais farmacêuticos preparados para atuar em favor da saúde pública.

A OMS define o medicamento como um produto farmacêutico para recuperação e manutenção da saúde. Na prateleira de uma farmácia ou drogaria ele realmente é uma mercadoria, a partir do momento que ele é vendido com orientação do profissional farmacêutico, a mercadoria passa a ser medicamento, como ressalva o Dr. Jaldo de Souza Santos que é o presidente CFF.

De acordo com essa tendência, a farmácia resgatar-se-ia sua função original, que é fazer parte de um conjunto de profissionais da saúde orientando e contribuindo para que o cidadão tenha seu direito respeitado e garantido.

Em relação aos profissionais, a OMS, em conjunto com organizações internacionais farmacêuticas, vem desenvolvendo uma estratégia para incorporar o farmacêutico na equipe de saúde, reconhecendo esse profissional como o único com perfil para conduzir ações destinadas à melhoria do acesso e promoção do uso racional dos medicamentos.

A mudança no cenário iniciou-se com a reunião de um grupo consultivo da OMS em dezembro de 1988 em Nova Delhi na Índia, com a discussão do papel do farmacêutico no sistema de saúde, esforços foram empreendidos para racionalizar a atenção à saúde, estabelecer prioridades para a alocação de recursos e modernizar as instituições de saúde e outros serviços necessários para uma infra-estrutura

adequada para obter os resultados desejados. Esse relatório representa um marco importante na reorientação farmacêutica, que deixa de ser centrada no medicamento e passa a ser voltada aos usuários.

A necessidade da infra-estrutura para a atenção diária aos pacientes e no abastecimento de medicamentos essenciais é fundamental. Nos países menos desenvolvidos a insuficiência da prestação de serviços de atenção primária à saúde é atribuída, vez ou outra, às deficiências da cadeia de distribuição de medicamentos. Somente quando se aceita o farmacêutico como membro vital da equipe de atenção em saúde é que se podem organizar os serviços de apoio necessários com o profissionalismo exigido.

Esta primeira reunião definiu as principais atividades em que o farmacêutico cumpre sua função, com conhecimento e eficiência, e propõe estratégias para o desenvolvimento do profissional farmacêutico para os sistemas de saúde.

A segunda reunião, realizada em Tóquio no Japão em setembro de 1993, conhecida como a Declaração de Tóquio, confirma as recomendações da primeira sobre o papel do farmacêutico no SUS e a qualidade da assistência farmacêutica e enfoca as responsabilidades dos farmacêuticos em relação às necessidades assistenciais do paciente e da comunidade, baseado no conceito da AF.

Talvez a maior contribuição desta reunião tenha sido a discussão do conceito da AF, que foi proposto, em 1990, por HEPLER e STRAND, onde o farmacêutico passou a atuar de forma mais efetiva na assistência ao paciente. Para eles a AF *“É a provisão responsável da farmacoterapia com o propósito de conseguir resultados definidos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes”*.

Além de concordar com esta definição, o documento de consenso propôs estender o caráter de beneficiário da AF ao público, em seu conjunto e reconhecer,

deste modo, o farmacêutico como dispensador da atenção sanitária que alguns princípios orientam a definição do papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde. A Declaração de Tóquio (Opas/OMS1993) referenda esses princípios identificando quatro elementos principais para uma boa prática de farmácia:

- Atividades associadas à promoção da saúde e prevenção de enfermidades;
- Atividades relacionadas à dispensação e ao acompanhamento do uso dos medicamentos prescritos e outros produtos para o cuidado da saúde;
- Atividades relacionadas ao auto-cuidado, incluindo o assessoramento quando adequado;
- Atividades relacionadas a influenciar a prescrição e a utilização de medicamentos.

A diversidade dessas atividades engloba ações que vão além da prática do profissional farmacêutico, caracterizando um campo de atuação de natureza multiprofissional e interdisciplinar.

Todos os esforços determinam interesse para o resgate, função e valorização do profissional farmacêutico frente às alocações dos espaços que são reservados.

A orientação farmacêutica na promoção da saúde, na farmácia ou drogaria resume basicamente em apontar o uso correto do medicamento criando uma aproximação com o usuário, com vistas à adesão ao tratamento farmacológico e alcance de resultados concretos de melhoria da qualidade de vida.

Em todo o mundo, mais de 50% de todos os medicamentos são receitados, dispensados ou vendidos de forma inadequada e 50% dos pacientes que têm acesso a medicamentos os utilizam incorretamente (OMS, 2002).

É na farmácia que o papel do farmacêutico é essencial para a contribuição primária da relação saúde-doença. É quando aparecem às dúvidas que esse profissional irá direcionar o usuário a procurar ajuda médica antes mesmo de consumir qualquer remédio por conta própria. O profissional tem que antes de tudo obrigação de desmistificar, aquele modelo criado há tempos atrás que o farmacêutico é um “*balconista de elite*”, ele é muito mais que isso.

O farmacêutico tem a tarefa de resgatar o seu papel de profissional de saúde e também de resgatar a farmácia como uma instituição de saúde, é o profissional qualificado para educar, orientar, instruir e enfatizar a atenção básica à saúde junto ao consumidor nas farmácias no país.

Neste contexto, os farmacêuticos se deparam com uma situação de conflitos, de um lado interesses econômicos por parte das empresas e do outro interesse da qualidade da saúde do usuário. Durante muito tempo as farmácias não tinham farmacêuticos presentes no local, por motivos legais ou por número insuficiente de profissionais, contribuiu para que as empresas adotassem uma postura comercial.

A ênfase da importância da assistência farmacêutica nas farmácias, trouxe de volta o profissional e junto seu papel de responsabilidade. Dando oportunidade a este profissional o ingresso no mercado de trabalho, logo após sua graduação, por oferecer muitas oportunidades de vagas de trabalho.

Outra observação importante é quanto à formação dos novos profissionais farmacêuticos. Percebe-se que existe a necessidade do tema ser abordado em toda a sua amplitude e ser desenvolvido pelos docentes dos cursos de farmácia. Nas universidades é necessário inserir disciplinas específicas sobre atenção farmacêutica nos cursos de graduação em farmácia, para que esse futuro

profissional saiba a importância ao sistema de saúde e do seu papel junto à sociedade.

No Brasil, os conceitos de qualidade têm sido frequentemente cobrados, por isso o farmacêutico tem o dever de se atualizar para atender as expectativas dos que procuram sua ajuda, e o local onde a população tem o primeiro contato, é na farmácia, corroborando o seu papel diante deste estabelecimento comercial. O farmacêutico deve ser um profissional comprometido com o bem estar das pessoas, com grandes perspectivas de resgatar seu papel, sua função e sua valorização no sistema de saúde seja público ou privado, através de ações concretas na educação, promoção e prevenção.

1.11 A função social do farmacêutico

O farmacêutico na sociedade tem por compromisso social, a população, garantindo a orientação com qualidade no momento do acesso e da dispensação do medicamento. Esse compromisso se fundamenta em pesquisas e dados da OMS que apontam que 50% dos medicamentos são prescritos pelos médicos, dispensados nas farmácias e drogarias e utilizados pelos pacientes de forma incorreta. O uso incorreto pode resultar em diversos problemas, que vão do insucesso do tratamento até o aparecimento de outras reações que podem agravar o problema de saúde do paciente. O farmacêutico, diante de seu compromisso com a saúde e com a sociedade depara-se com problemas como: a utilização do medicamento como uma mercadoria. O que provoca a sua banalização, por

exemplo, são as propagandas e promoções agressivas e em alguns casos até enganosas que podem induzir o consumo desnecessário e perigoso de medicamentos.

A presença do farmacêutico nas farmácias é fundamental, pela obrigatoriedade da lei, tanto para abertura e funcionamento do estabelecimento, como para o compromisso social da garantia da orientação.

A Lei 5.991/73 - Controle Sanitário do Comércio de Medicamentos em seu capítulo IV - Da Assistência e Responsabilidade Técnicas – no seu art.15 A farmácia e a drogaria terão, obrigatoriamente, a assistência de técnico responsável, inscrito no Conselho Regional de Farmácia, na forma da lei. Uma exigência da sociedade e de saúde pública.

A propaganda dos medicamentos efetuada pelos laboratórios farmacêuticos via agências de publicidades e outros, constituem-se em um dos principais incentivos à prática da automedicação no país. Essa propaganda é veiculada de forma abusiva nos meios de comunicação e inúmeras técnicas mercadológicas, como por exemplo, grande publicidade dos produtos nos meios de comunicação, grande material impresso em revistas, anúncios e jornais, bônus, premiações, brindes com venda dos produtos, os médicos também são alvo dos propagandistas, com amostras grátis. A propaganda direcionada ao consumidor em geral, é utilizada por artistas e esportistas para dar confiabilidade e induzir a opinião pública a respeito do medicamento anunciado. A omissão de informações corretas e seguras, na sua maioria, nas peças publicitárias, entre alguns exemplos, não informar reações adversas, interações medicamentosas, precauções, contra-indicações, efeitos colaterais, produtos comercializados sem comprovação de estudos clínicos, anúncio de produtos sem registros dando a falsa idéia da ausência do risco.

A frágil legislação brasileira atual e o baixo poder regulador, no caso a ANVISA, participam direta e indiretamente para automedicação, através da propaganda de medicamentos no Brasil, uma das críticas, à legislação vigente (RDC N°102/00) concentra-se na obrigatoriedade de, ao final de cada propaganda, estampar a frase: "*AO PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO*". Entretanto, como se pode observar nesta frase, alerta o consumidor a procurar um médico, depois de ter tomado primeiro o medicamento. Esta frase deseduca e estimula à automedicação e ao consumo irracional, incorreto e inconsciente, sendo que a frase correta deveria ser "*ANTES DE CONSUMIR QUALQUER MEDICAMENTO, CONSULTAR UM MÉDICO*". (Fonte: IVFRJ ONLINE, Data de publicação: 23 de Novembro de 2006, Lúcia Beatriz).

Outro fator que deve ser destacado, o "*layout*" das farmácias, ou seja, como é disponibilizado os produtos no espaço interno das lojas. Esses produtos estão sempre de forma flexível e atrativa ao cliente, explorando todas as vantagens da localidade do ponto de venda onde a farmácia está inserida. Também como são projetadas as disposições das gôndolas nas farmácias, ou seja, essa disposição ofensiva nos corredores e a mão de qualquer consumidor com todo o tipo de publicidade possível para chamar a atenção da clientela dentro do estabelecimento.

A farmácia é por sua natureza *um centro prestador do serviço público* onde há, além da distribuição de medicamentos, atenção à saúde da população (SANTOS, 1998b, p.11). Existe uma concordância de alguns autores sobre a importância de se integrar a Farmácia ao Sistema Sanitário, na tentativa de contribuir na atenção primária à saúde, através da participação em programas de prevenção e promoção da saúde (ZUBIOLI, 1996b; SANTOS, 1998a; MOTA et al, 2000).

A farmácia é um dos locais onde o farmacêutico se faz necessário, inserido neste espaço, se vê diante de duas situações, da ética profissional colocando à saúde como prioridade e do perfil mercadológico exigido pelas empresas que é contrário muitas vezes a ética.

Outra situação freqüentemente observada é a posição do profissional diante de dois pólos extremos junto à assistência aos usuários. Um extremo no qual ele é o último ao entrar em contato com o paciente antes do início do tratamento sugerido e orientado pelo médico, recebendo assim o receituário e conferindo toda a orientação, pautado no que é correto. No outro pólo da extremidade, é o primeiro a ter contato com o paciente antes de procurar ajuda médica, motivado na maioria dos casos, pela idéia de se automedicar-se. O tipo de atendimento que o paciente recebe do farmacêutico influi de forma decisiva tanto no primeiro exemplo para adesão e resultado na farmacoterapia, quanto no segundo motivando a procura de assistência médica e evitar o autoconsumo.

O mercado farmacêutico brasileiro é marcado pela iniquidade no acesso a medicamentos essenciais para a população sem e de baixa renda.

É importante adotar e efetivar ações concretas através do governo federal, com outras políticas, para que essa população seja atendida e que a meta prevista e assumida junto a Declaração da Cúpula do Milênio das Nações Unidas (aprovada pelos países-membros da ONU em 2000) de "encorajar a indústria farmacêutica de tornar remédios essenciais mais disponíveis mundialmente e de mais fácil aquisição por todos aqueles que precisem deles em países em desenvolvimento".

O problema é motivado por inúmeros fatores tanto de ordem social, econômica, política, legal e também pela omissão da Câmara de Regulação de Mercado de Medicamentos no monitoramento de preços. As prefeituras brasileiras,

devido ao baixo orçamento disponibilizado se tornam incapazes de assegurar na sua máxima a distribuição gratuita desses medicamentos, para uma população carente de inúmeros recursos, entre um deles o financeiro, motivado por fatores como o baixo valor repassado para os municípios através do SUS.

A garantia do acesso depende prioritariamente do orçamento financeiro disponível, mesmo quando executado integralmente, por si só, não garante o acesso a medicamentos e aos demais serviços de saúde. Alguns fatores poderiam contribuir para essa garantia; adoção da organização dos serviços, o uso racional de medicamentos, a padronização de condutas terapêuticas.

O acesso a medicamentos pela população, está ligado diretamente à farmácia, tem à frente um grande desafio de incorporar a seu o processo de permanente inovação tecnológica estando, ao mesmo tempo, obrigada a contemplar os compromissos éticos inerentes ao exercício profissional farmacêutico.

A Atenção Farmacêutica tem como objetivo de contribuir com o sistema de saúde seja público ou privado, garantindo a dispensação e orientação com qualidade aos pacientes, promover o acesso da população aos medicamentos essenciais e o uso racional de medicamentos. Paralelamente colabora com outras equipes disciplinares de saúde, com a pesquisa; o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos; seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação; garantia da qualidade dos produtos e serviços; acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. (Resolução CNS nº338/04).

A PNM se faz atuante através do papel do profissional farmacêutico inserido na equipe de saúde desempenhando bem sua função, dispondo de informações

teóricas baseadas cientificamente para o atendimento ao usuário e conhecimento farmacológico-clínico atualizado.

CAPÍTULO 2 - PESSOAS IDOSAS E O PERIGO DA AUTOMEDICAÇÃO

Segundo OMS a automedicação responsável é econômica e ajuda o sistema de saúde como um todo, já a autoprescrição, ou seja, o uso por conta própria de remédios com tarja vermelha ou preta na caixa e que só podem ser receitados por médicos, é extremamente perigosa. Para ter-se uma idéia, nos Estados Unidos, onde o hábito está muito menos arraigado do que no Brasil, a reação adversa a medicamentos custa mais de seis milhões de dólares anuais (WONG, 2007).

Em 2002, WINTERSTEIN et al publicaram uma metanálise de artigos sobre internações hospitalares relacionadas a medicamentos, segundo os resultados as taxas de prevalência podem variar de 3 a 9% das internações. Os autores ressaltam que mais de 50% das internações hospitalares estão relacionadas a medicamentos. No Brasil, não existe estudos sobre morbimortalidade relacionada a medicamentos apenas levantamentos sobre intoxicação medicamentosa. Segundo os dados publicados pelo SINITOX, os medicamentos ocupam a primeira posição entre os três principais agentes causadores de intoxicações em seres humanos desde 1996, sendo que em 1999 foram responsáveis por 28,3% dos casos registrados (SINITOX, 2000).

Segundo HEPLER (2000), a morbidade previsível relacionada a medicamento é um problema para muitos sistemas de saúde. Os resultados inadequados da farmacoterapia devem ser prevenidos sob um ponto de vista clínico e humanitário.

Os recursos financeiros gastos com a morbidade prevenível relacionada a medicamentos são suficientes para evitar o problema e permitir outras intervenções no sistema de saúde tornando o mesmo mais eficiente.

As principais causas de morbidade prevenível relacionadas a medicamentos são: prescrição inadequada; reações adversas a medicamentos inesperadas; não adesão ao tratamento; superdosagem ou sub-dosagem; falta da farmacoterapia necessária; inadequado seguimento de sinais e sintomas e erros de medicação (HEPLER 2000, HENNESSY 2000).

No Brasil, além da garantia do acesso aos serviços de saúde e a medicamentos de qualidade, é necessária a implantação de práticas assistenciais que promovam o uso racional de medicamentos propiciando resultados que influenciam diretamente os indicadores sanitários (OPAS, 2002)¹³.

No paciente idoso, é necessário considerar fortemente o desenvolvimento de interações farmacológicas, atendendo principalmente ao fato de existir uma polifarmácia como consequência das patologias múltiplas nestes indivíduos, podendo acarretar ocorrências de ADRs (SOARES, 2000).

2.1 Idosos e Automedicação

¹³ Fonte: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos. Relatório 2001-2002. p.46.

Do ponto de vista demográfico, envelhecer significa aumentar o número de anos vividos. Paralelamente à evolução cronológica, coexistem fenômenos de natureza biopsíquica e social, importantes para a percepção da idade e do envelhecimento (VERAS, apud SALDANHA Org. 2004, p.3).

Segundo, dois documentos oficiais no Brasil, a Lei nº 8.842/94 art. 2º sobre Política Nacional do Idoso (PNI) (Brasil, 1994), "*considera-se idoso, para todos efeitos desta lei, a pessoa maior de 60 anos de idade*" e a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (Brasil, 1999), define a partir de 60 anos de idade.

O envelhecimento humano é influenciado por fatores sociais, econômicos e políticos além do biológico de cada indivíduo. Envelhecer é uma conquista do século XX e também um desafio para o enfrentamento das doenças crônicas e suas implicações.

Com o avanço da idade e das doenças crônicas, faz dos idosos consumidores de serviços de saúde e de medicamentos de uso contínuo, medicamentos utilizados por períodos prolongados. Já é observado que em países desenvolvidos onde o número de idosos é bem elevado, que os custos com a saúde e medicamentos têm-se aumentado. No Brasil, esse fenômeno está começando e o impacto no futuro tende a ser enorme.

Ao mesmo tempo em que o Brasil, aponta-se em crescimento econômico nos últimos anos e recebe status de país sério perante as outras potências econômicas mundiais, se vê repleto de problemas sociais, como o da saúde.

É importante salientar que atualmente o Brasil apresenta níveis de saúde que revelam desigualdades entre as regiões, ou seja, a diminuição da mortalidade geral e/ou infantil não ocorre na mesma proporção, indicando que existem diferenças nas condições socioeconômicas e culturais no país. Um dos exemplos, diz respeito às

modificações das causas de morte, onde as doenças infecciosas e parasitárias (DIP), que representavam em 1930, um total de 45,7% das mortes no país, hoje com um total de aproximadamente de 6%, dando lugar a doenças cardiovasculares (DCV) com tendência a aumentar¹⁴.

O Brasil ainda luta em superar doenças transmissíveis com quadro de persistência; destacam-se neste quadro as hepatites, tuberculose, meningites, febre amarela e malária. Doenças emergentes e reemergentes como a cólera, dengue, hantavírus e AIDS. E a frente as doenças crônico-degenerativas próprias na velhice.

O enfrentamento desse desafio exige dos administradores e planejadores em saúde pública, políticas sociais em saúde para atender o novo perfil demográfico do país.

O idoso está mais propenso a riscos envolvidos no consumo de medicamentos do que o restante da população. O fato de ser idoso o torna vulnerável a reações adversas, efeitos colaterais e interações medicamentosas dos medicamentos. Outro fator que contribui é a dificuldade de reconhecimento e memorização do medicamento, podendo levá-lo a tomar o medicamento em horários incorretos e doses incorretas.

A decisão de tomar um medicamento pode ser resultado de uma prescrição médica, mas nem sempre é isto que acontece. No Brasil, pelo menos 35% dos medicamentos são adquiridos por automedicação, ou seja, por decisão e iniciativa dos consumidores, sem indicação médica. (BARROS, 1995; NASCIMENTO, 2003 p. 37).

¹⁴ Fonte: Volume 12 n² abr/jun de 2003 Epidemiologia e Serviços de Saúde p.68

Automedicação, como o nome indica, é o ato de o paciente medicar-se por conta própria; sem ter o conhecimento formal da medicina, portanto sem capacitação técnica e nem legal, o paciente procura por analogia com os sintomas anteriores. (MORAES, 2004, p. 3).

A automedicação não é um fenômeno apenas no Brasil, mas na maior parte do mundo, o que diferencia um país do outro, são as políticas públicas em saúde na qual regulamenta ações para inibir esta prática.

O diretor da ANVISA, Gonzalo Vecina Neto, reconhece que a questão da prescrição e da automedicação são desafios para uma cultura como a nossa. Para ele é um processo demorado, que envolve educação das pessoas e dos profissionais.

A utilização de medicamentos deve ser sempre criteriosa e prescrita pelo médico e essa atenção deve ser redobrada quando se trata de idoso.

O medicamento quando ingerido ele passa por várias etapas no organismo, desde o momento que é administrado até a sua eliminação chama-se *farmacocinética*, essas fases são de absorção, distribuição, biotransformação e excreção.

- Absorção, o medicamento é ingerido e transportado para o estômago e intestino e nesses locais o medicamento segue para corrente sanguínea;
- Distribuição, já na corrente sanguínea o princípio ativo do medicamento, associa-se a proteínas plasmáticas e chega até o local de ação e onde poderão surgir os efeitos colaterais;
- Biotransformação, depois da ação, o princípio ativo tem de ser metabolizado;

- Excreção, geralmente através das enzimas ele será eliminado.

Quando o princípio ativo do medicamento chega à corrente sanguínea percorre o organismo até chegar ao local de ação, pode neste período, ocasionar os efeitos colaterais, esse termo é amplamente usado pelos profissionais da área de saúde, embora o termo reação adversa seja mais apropriado para descrever os efeitos indesejáveis, desagradáveis, nocivos ou potencialmente prejudiciais. O estudo dessa ação é denominado farmacodinâmica que estuda o mecanismo de ação, a ação provocada e as variações individuais.

O idoso, principalmente no Brasil, tem a tendência à automedicação. O idoso acha que se conhece, que sabe o que tem que basta comprar um medicamento na farmácia, para o que ele suspeita ter e tudo será resolvido.

Nessa fase da vida, o paciente dificilmente faz uso apenas de um medicamento, muitas vezes faz uso de quatro e até mais em alguns casos.

Além disso, a visão nesta idade já é bastante prejudicada o que pode causar confusão na hora de tomá-lo, outros fatores que contribuem para os erros, são o esquecimento, ingestão da dose além da recomendada ou tomar o medicamento com a validade expirada.

Os fatores intrínsecos fazem com que cada indivíduo responda de forma diferente a determinada forma terapêutica, como: condição patológica que se refere aos problemas que o paciente já apresenta; condição psicológica onde o paciente não acredita na terapia do tratamento sugerido pelo médico, isto é, a não adesão ao tratamento; genética, característica que podem alterar totalmente a ação de um medicamento; idade, determinado medicamento deve ser usado somente em adultos ou em crianças; o peso interfere no tempo de circulação e também na ação de medicamentos lipossolúveis que se dissolvem na camada de gordura e lá ficam

armazenados e o gênero, homens e mulheres, tem respostas diferentes a determinados medicamentos como, por exemplo, tratamento hormonal.

As interações medicamentosas no idoso têm relevância, pois na maioria dos casos, o idoso faz uso de muitos medicamentos e há grandes chances de ocorrer interação com outro medicamento. O agravo poderá ser acentuado pela debilidade física do paciente.

Os prejuízos mais freqüentes decorrentes da automedicação são: gastos supérfluos, atraso no diagnóstico e na terapêutica adequados, reações alérgicas, intoxicação, agressões ao sistema digestivo, entre outros. Alguns efeitos adversos ficam mascarados, outros se confundem com os da doença que motivou o consumo, e criam novos problemas, os mais graves podem levar o paciente à internação hospitalar ou à morte. (NASCIMENTO, 2003, p. 39).

Nos EUA, estudo publicado no *Journal of American Medical Association* (LAZAROU et al, 1998) estimou que no ano de 1994 a incidência de sérias reações adversas de medicamentos (que resultam em incapacidade permanente ou morte) atingiu mais de dois milhões de pacientes hospitalizados, resultando em mais de 100 mil mortes. (NASCIMENTO, 2003, p. 44).

De acordo com a RDC 140, define: Interação medicamentosa: é uma resposta farmacológica ou clínica, causada pela combinação de medicamentos, diferente dos efeitos de dois medicamentos dados individualmente. O resultado final pode aumentar ou diminuir os efeitos desejados e/ou, os eventos adversos. Podem ocorrer entre medicamento-medicamento, medicamento-alimentos, medicamento-exames laboratoriais e medicamentos-substância químicas. A confiabilidade dos

resultados dos exames laboratoriais pode ser afetada por sua interação com medicamentos.¹⁵

No Brasil, não existem estudos sobre morbimortalidade relacionada a medicamentos apenas levantamentos sobre intoxicação medicamentosa. Segundo os dados publicados pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas, os medicamentos ocupam a primeira posição entre os três principais agentes causadores de intoxicações em seres humanos desde 1996, sendo que em 1999 foram responsáveis por 28,3% dos casos registrados (SINITOX, 2000)¹⁶.

Frente ao paciente idoso, devem-se estimular medidas farmacológicas seguras, acompanhamento periódico, se possível optar por monodrogas (uma substância ativa) e utilizar medicamentos com comprovada evidência científica, para minimizar possíveis reações adversas.

Nesse contexto, o farmacêutico é o profissional indicado para evitar a automedicação, pois é o último profissional a entrar em contato com o paciente, antes do início do tratamento, podendo atuar efetivamente para a farmacoterapia racional, fornecendo informações seguras, embasadas nos conhecimentos farmacológicos e farmacotécnicos.

2.2 Motivação para o autoconsumo

¹⁵ Fonte: RDC nº140, de 29 de maio de 2003, estabelece regras das bulas de medicamentos para pacientes e para profissionais de saúde. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=6311>. Acesso: 20/11/2008.

¹⁶ Fonte: <http://www.ccs.br/espacoparasaude/v4n2/doc/atenciofarmauso.htm>. Acesso: 25/11/2008.

O motivo que leva o indivíduo a consumir medicamento por conta própria, buscando o produto na farmácia antes de procurar orientação médica, são os mais variados, tais como: falta de acesso ao atendimento médico; demora no atendimento; precariedade nos serviços de saúde; dor; desconforto; mal-estar; apelo dos comerciais em propagandas; cobrança estética; idéia de conhecer a doença; distorção da idéia de saúde; “empurroterapia”; ausência do farmacêutico nas farmácias; grande oferta de produtos; bulários com informações técnicas dificultando à compreensão; facilidade da compra dada exposição de produtos; falta da exigência da prescrição médica; medicamento considerado como mercadoria; omissão de problemas em decorrência do seu uso incorreto; inoperância da legislação; insuficiência de fiscais e falta de fiscalizações pelos órgãos responsáveis; entre outros.

Os prejuízos decorrentes da automedicação são na maioria dos casos, reações alérgicas, intoxicação, atraso ou erro no diagnóstico, gastos desnecessários, terapia inadequada, agressões ao sistema digestivo, mascaramento de doenças evolutivas, iatrogenia medicamentosa, problemas novos motivados pelo autoconsumo, hospitalizações e em alguns casos óbitos.

A palavra *pharmakon* de origem grega significa remédio ou veneno, que dá um sentido de salvar ou matar. A palavra droga, expressa a idéia de medicamento como entorpecente. Em ambos os casos, o remédio que salva e o veneno que mata está numa só substância, o que difere um do outro é a dose e a indicação para o problema certo.

É necessário um conjunto de ações e manobras para que essa conduta de autoconsumo efetuada pela população seja reduzida, com o auxílio de todos os atores envolvidos. De maneira geral, as soluções surgem através da educação,

informação, mudança de hábitos, controle na venda, exigência de prescrição médica, proibição de medicamento nos meios de comunicação, melhora no acesso e atendimento aos serviços de saúde, adoção de terapêuticas não medicamentosas quando for caso, retirada do mercado de medicamentos sem comprovação científica e de outros já banidos em outros países, retirada de medicamentos de numerosas especialidades farmacêuticas, fiscalizações em laboratórios farmacêuticos, retomada da lei de zoneamento para abertura das farmácias, criação de lei para abertura de farmácia apenas por farmacêuticos, fiscalizações em farmácias, mudanças no comportamento da indústria farmacêutica no mercado, mudança na postura do empresariado brasileiro, mudanças na política de saúde, organização do sistema médico e sanitário.

As medidas governamentais são fundamentais como também conscientização da população e compromisso ético pelos profissionais de saúde, sendo um dos elementos que contribuiria para mudança do comportamento do autoconsumo de medicamentos no país.

2.3 Iatrogenia em Idosos

A palavra iatrogenia, derivada do grego *iatrikós*, relativo ao médico e à medicina, refere-se a todo malefício provocado no paciente, decorrente do seu tratamento, seja ele medicamentoso ou simplesmente no âmbito das relações humanas. (BASTOS, 2004, p.187).

O termo iatromacogenia se refere aos danos involuntários decorrentes da utilização de medicamentos sob orientação médica, que podem ser resultado do estágio atual do conhecimento clínico-farmacológico ou de problemas decorrentes de imperícia, imprudência ou negligência. (NASCIMENTO, 2003 p. 45).

Os idosos são as maiores vítimas de reações adversas e danos iatromacogênicos, pois fazem uso de concomitante de vários medicamentos por um período prolongado, o metabolismo apresenta-se diferenciado nesta idade e apresentações de várias doenças.

A idade avançada não representa fator de risco independente para o aumento da iatrogenia farmacológica, mas sim a multiplicidade de patologias e as alterações do metabolismo das drogas decorrentes das alterações próprias do envelhecimento, que seguem o padrão individual. (BASTOS, 2004, p. 194).

Dentre os medicamentos mais envolvidos com reações adversas estão os psicofármacos, indicados para ansiedade, distúrbios neurológicos e psiquiátricos; os antipiréticos e analgésicos - contra febre e dor. (NASCIMENTO, 2003, p. 46).

O hábito de misturar vários medicamentos para diferentes problemas pode ocasionar riscos sérios que muitos desconhecem. O interesse pelos medicamentos se dá pelo fato, do indivíduo querer resposta imediata para solucionar o mal que está lhe afligindo.

Um dos produtos encontrados em todas as farmácias brasileiras e de venda livre é a substância dipirona sódica, produto exposto do lado de fora do balcão, sendo já banida ou restrita em alguns países como, Alemanha, Austrália, Bélgica, Dinamarca, EUA, Holanda, Noruega, Suécia e Suíça. Esta substância foi retirada do mercado sob alegação de que os benefícios não superam os riscos que podem ser fatais.

A dipirona sódica tem ação antitérmica, antiinflamatória e analgésica, as reações adversas mais comuns são: queda de pressão arterial, náusea, vômito, tremores, edema, erupção cutânea e hemorragia gastrointestinal. Mas o efeito mais preocupante é a agranulocitose (diminuição do número de glóbulos brancos no sangue), podendo ser fatal em alguns casos.

Este é apenas um exemplo entre tantos outros, mas é difícil determinar qual medicamento é prejudicial, a informação é sempre o melhor caminho, antes de ingerir qualquer medicação sem o conhecimento do médico.

Segundo um estudo publicado em 2003, no *Journal of American Medical Association* (JAMA) envolvendo idosos ambulatoriais durante um ano, que as medicações com maior percentual de efeitos adversos foram os cardiovasculares 24,5%, diuréticos 22,1% e analgésicos não opióides 15,4%. (GURWITZ et al, 2003; BASTOS, 2004 p.195).

Como a maioria dos idosos faz uso de medicamentos dessas classes farmacológicas é importante salientar que qualquer associação com outro fármaco pode ser extremamente perigosa.

Com essa preocupação, o uso racional de medicamentos, a importância do papel do farmacêutico junto ao paciente seja no âmbito público ou privado, para corroborar a conscientização tanto dos profissionais médicos e outros profissionais da saúde, da importância do consumo seguro e amparado com informações, para evitar situações potencialmente perigosas do uso indevido de medicamentos por parte da população geral e populações específicas que podem ser suscetíveis de riscos, como neste caso os idosos.

CAPÍTULO 3 - FARMÁCIA A PORTA DE ENTRADA PARA O ACESSO A MEDICAMENTOS

3.1 Trajetória da pesquisa

Segundo OLIVEIRA (2007, p. 117) a aquisição de medicamentos implica em prejuízos á saúde da população, pois o medicamento não é um simples bem de consumo. LEFRÈVE (1987) também aponta que a saúde imediata pode ser buscada através de medicamentos.

A falta de recursos financeiros e as condições de acesso aos serviços de saúde entre tantos outros motivos, já mencionados no capítulo anterior, fazem com que muitas pessoas recorram às farmácias antes de procurar ajuda médica, relatando os males que os afligem a funcionários leigos, que por sua vez, induzem ao consumo de medicamentos, neste caso específico, a população que tem renda.

A princípio, a farmácia pode ser considerada uma porta de entrada para o acesso a medicamentos para as pessoas das mais diversas idades e condições sociais.

Nenhum fármaco é totalmente inócuo ao organismo e a incidência de efeitos indesejáveis pode ocorrer levando à iatrogenia medicamentosa, mascaramento de doenças evolutivas e causando, inclusive alguns casos de hospitalização e morte.

O consumo leigo de medicamentos, caracterizada como automedicação constitui-se em um problema de saúde pública, causando sérios problemas aos usuários, principalmente entre idosos que utilizam medicação de uso contínuo.

Com o intuito de uma aproximação com o problema, na cidade de Santos, tomou-se como objeto deste estudo o consumo de medicamentos por idosos nos bairros de maior concentração desta população no município, sejam os de uso contínuo, sejam os consumidos sem prescrição médica.

O estudo teve como objetivos:

Conhecer o perfil de consumo dos medicamentos utilizados por idosos e quanto aos efeitos indesejáveis do uso não racional de medicamentos;

Identificar os medicamentos de uso contínuo mais utilizados pelos idosos nos bairros de maior concentração dessa população e sua associação com outros fármacos sem indicação e orientação médica;

Verificar a ocorrência de possíveis efeitos indesejáveis pelo uso de fármacos sem orientação médica;

Analisar a função social do farmacêutico inserido nas farmácias quanto sua postura em relação ao uso indevido de medicamentos.

Para atender aos objetivos deste estudo utilizou-se a pesquisa qualitativa na tentativa de descrever e compreender aspectos relacionados ao uso de medicamento por pessoas idosas situadas em um recorte geográfico determinado.

A pesquisa qualitativa justifica-se e segundo RENEKER:

A pesquisa qualitativa é indutiva, isto é, o pesquisador desenvolve conceitos, idéias e entendimentos a partir de padrões encontrados nos dados, ao invés de coletar dados pra comprovar teorias, hipótese e modelos pré-concebidos. (1993, p. 487).

Segundo BODGAN e BIKLEN (1982), a pesquisa qualitativa apresenta algumas características próprias:

1) A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento. Supõe o contato direto do pesquisador com o ambiente e a situação investigada.

2) Os dados coletados são predominantemente descritivos, isto é, o material obtido geralmente é rico em descrição de pessoas, de situações, acontecimentos.

3) Está mais centrada no processo do que no produto, isto é, como se manifestam os fenômenos no cotidiano das atividades, nos procedimentos, nas interações cotidianas dos sujeitos.

4) O significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida são focos de atenção do pesquisador. Há sempre a tentativa de capturar a perspectiva dos sujeitos em relação ao objeto estudado.

5) Os pesquisadores qualitativos tendem a analisar seus dados indutivamente, procuram conhecer os fatos particulares para compreendê-los na totalidade.

A pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como a tentativa de compreensão e explicação detalhada de significados e fatos situacionais apresentados em recortes da realidade em determinados espaços e em tempos historicamente determinados. Assim, a natureza da pesquisa qualitativa é sempre descritiva, compreensiva, explicativa porque responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado e nem reduzido à operacionalização de variáveis.

Considerando que se utilizou um recorte geográfico da cidade de Santos e não toda a cidade para o desenvolvimento da pesquisa, podemos caracterizá-la

como exploratória, podendo servir de ponto de partida para outros estudos mais complexos sobre o tema.

O recorte geográfico escolhido foram os bairros com maior concentração de idosos igual ou superior a 60 anos de idade que, segundo dados do IBGE (2000), são: Embaré, Boqueirão e Aparecida. Nesta pesquisa foram privilegiadas apenas as farmácias privadas nos bairros onde encontra o maior número de idosos residentes e com poder de compra, ou seja, uma população com condições sócio-econômica.

A trajetória metodológica iniciou-se com o estudo da literatura sobre o tema e de estudos epidemiológicos como: “Estudo de base da coorte no município de Bambuí, Minas Gerais (1996); Estudo Transversal no Hospital da Universidade Católica de Brasília, Distrito Federal (2005) e o Estudo transversal de Santa Rosa, Rio Grande do Sul (2006)”.

A pesquisa de campo realizou-se nas seguintes etapas:

- Escolha dos estabelecimentos nos bairros pré-determinados;
- Solicitação de autorização dos estabelecimentos para a realização da pesquisa;
- Realização da pesquisa.

A idéia inicial era de realizar a pesquisa nas grandes redes de farmácia situadas nos três bairros. A escolha justificava-se por essas empresas apresentarem tendência de freqüência maior de pessoas devido aos melhores preços, forma de pagamento facilitado e outras facilidades oferecidas aos clientes. Por outro lado, os idosos também são atraídos por ofertas de menor preço dos medicamentos, já que são os maiores consumidores de medicamentos de uso contínuo.

Entretanto, dada à recusa destes estabelecimentos, optou-se por utilizar farmácias de médio porte, denominadas “farmácias de bairro” que apresentaram maior movimentação de idosos, a partir de observação preliminar.

Escolhidas as farmácias, iniciou-se o processo de solicitação e de autorização para a realização das entrevistas no local. As farmácias escolhidas foram: uma no bairro do Embaré, localizada na avenida da praia. No Boqueirão, a farmácia escolhida situa-se na região central do bairro e a da Aparecida, localiza-se na avenida principal do bairro. Todas autorizaram o estudo em suas dependências, mediante assinatura e carimbo da empresa na carta de solicitação de autorização (ANEXO 1). Cabe ressaltar que todas fixaram dias e horários para a realização da pesquisa junto aos idosos.

Foram entrevistados três farmacêuticos responsáveis, nas farmácias selecionadas para este estudo, uma em cada bairro do recorte geográfico determinado.

Os profissionais responderam a um questionário com vinte perguntas fechadas sobre sua rotina de trabalho e à orientação para clientes idosos, no estabelecimento comercial (ANEXO 2) e também informações da empresa (ANEXO 3). Todos os farmacêuticos entrevistados assinaram o TECLE (ANEXO 4) não foi observada nenhuma resistência em participar do estudo.

Para a realização da pesquisa com os idosos foi estabelecido um período de tempo determinado: de 31/07 a 28/08/2008 em horários pré-estabelecidos pelos estabelecimentos, buscando atingir o maior número de sujeitos em cada uma das três farmácias. O tempo de permanência em cada farmácia foi de uma semana, foram efetuadas as entrevistas, apenas de segunda a sexta-feira excluindo os sábados, domingos e feriados.

As entrevistas foram sendo realizadas a partir da abordagem dos clientes idosos que realizavam sua compra de medicamentos. O questionário continha dezenove questões abordando entre outros aspectos, o uso de medicamentos sem prescrição médica e seus efeitos (ANEXO 5). Após os esclarecimentos ao idoso, sobre a pesquisa, era convidado a assinar o TECLE (ANEXO 6) aqueles que se dispuseram a participar do estudo. Portanto, a escolha dos sujeitos foi aleatória, dentro do critério idade, ou seja, 60 anos ou mais. Durante a apresentação e leitura do TECLE, dois sujeitos da pesquisa se recusaram a participar. O número de entrevistados variou de farmácia para farmácia, de acordo com a frequência observada nos horários agendados.

O instrumento utilizado foi à entrevista fechada (questionário). As perguntas foram formuladas de forma clara, e pré-testadas. A observação também fez parte do processo de pesquisa, assim como o diário de campo utilizado para a anotação das ocorrências do dia.

O tempo médio de duração das entrevistas foi de aproximadamente 30 minutos para cada participante. A escolha dos sujeitos idosos para as entrevistas, foi aleatória e acidental, respeitando os critérios de inclusão.

No bairro do Boqueirão o número de homens entrevistados foi dezessete e de mulheres vinte e um. No bairro da Aparecida, o número de homens foi onze e de mulheres treze. No Embaré, foram quatorze homens e dezenove mulheres, totalizando noventa e cinco sujeitos. E recusaram-se a participar do processo setenta e três sujeitos entre homens e mulheres durante o mesmo período.

3.2 Resultados e Discussão

Em todos os estabelecimentos dos respectivos bairros havia a presença do profissional farmacêutico, mas não havia a presença de farmacêutico substituto ou folguista. O horário da assistência farmacêutica segue de acordo com o horário de funcionamento de cada loja, sempre respeitando a carga horária de trabalho como sugere a convenção da classe farmacêutica e/ou a CLT. O farmacêutico tem um papel relevante no sistema de saúde, pois devido ao seu conhecimento técnico, atuando junto às farmácias, pode contribuir na cadeia de cuidado com o usuário de medicamentos.

Todos os farmacêuticos relataram que a maioria dos idosos compra seus medicamentos sem a apresentação do receituário médico ou odontológico principalmente quanto aos medicamentos sem orientação médica. E que já foram à farmácia pelo menos uma vez relatar algum efeito indesejado após tomar medicamento sem prescrição e orientação do médico.

Isso vem de encontro às questões efetuadas para os profissionais através do questionário e se confirma com as respostas dadas pelos próprios idosos na entrevistas efetuadas com os mesmos.

As formas de entendimento deste comportamento de consumo tão arraigado na nossa cultura são as mais variadas; desde a crença em conhecer o problema pelos sintomas anteriores, a dificuldade do acesso aos serviços de saúde, a falta de informação sobre os efeitos perigosos dos remédios, a influência da propaganda de remédios nos meios de comunicação, as campanhas de “empurroterapia” disfarçada por parte das empresas e a ausência e o despreparo de alguns farmacêuticos quanto o uso racional de medicamentos.

As respostas dadas pelos idosos vêm comparar e confirmar as dadas pelos farmacêuticos entrevistados no mesmo período. Para melhor compreensão, os detalhes estão nos resultados quanto à entrevista com os farmacêuticos e idosos nos subitens a seguir:

3.2.1 Quanto às entrevistas com os farmacêuticos

O questionário consistiu de questões sobre as informações como o número de registro no CRF, se a loja possuía responsável técnico em todo o período de funcionamento, informações sobre o uso racional de medicamentos, percentual de idosos que freqüentam a loja, indicação de medicamentos por parte dos funcionários. E também, esse questionário serviu para comparar as questões dadas pelos sujeitos com as dos farmacêuticos.

A primeira entrevista foi realizada com a farmacêutica da farmácia do bairro do Embaré, no dia 08/07/2008. A segunda entrevista foi com o farmacêutico do bairro da Aparecida, no dia 14/07/2008. E a terceira e última com a farmacêutica do bairro do Boqueirão, no dia 31/07/2008. Esta fez parte da primeira etapa das entrevistas, os dias e horários foram todos agendados pela empresa, para não atrapalhar a dinâmica de rotina de trabalho dos farmacêuticos. O tempo da entrevista com cada farmacêutico durou aproximadamente 30 minutos.

Foi importante a colaboração dos farmacêuticos como complementação ao estudo realizado junto aos idosos.

Os dados coletados foram tabulados e organizados para proceder-se a análise dos resultados que se seguem.

Em resposta a uma das questões, todos relataram sobre a rotina de informação quanto ao uso racional de medicamento e nenhuma delas faz parte do programa de farmacovigilância - Farmácias Notificadoras.

O programa consiste em notificar casos suspeitos de efeitos adversos a medicamentos e de queixas técnicas de medicamentos, junto a ANVISA em parceria com o CVS e o CRF de cada estado, estimulando o desenvolvimento de ações de saúde em farmácias e drogarias.

A nova proposta iniciou-se em janeiro de 2005, no estado de São Paulo, a farmácia, pública ou particular, deixe de ser estabelecimento meramente comercial e agregue o valor de utilidade pública. O farmacêutico, ante as queixas dos consumidores, deve notificar, ao CNMM, problemas relacionados a medicamentos. Com essa nova postura, torna-se elo entre a população e o Estado.

Para aderir ao projeto, é necessário que os estabelecimentos estejam de acordo com as exigências da Vigilância Sanitária e do Conselho e que o farmacêutico permaneça no estabelecimento durante todo o horário de funcionamento. Os estabelecimentos receberão o selo de "*Farmácia Notificadora*"¹⁷.

As respostas dadas pelos farmacêuticos, quanto ao número aproximado de idosos que freqüentam a loja, para compra de seus medicamentos de uso contínuo é acima de 50%, e a maioria são residentes dos bairros, onde foi efetuado o estudo.

A grande parte dos medicamentos comprados é por indicação de conhecido/amigo, vizinho, propaganda, auto-indicado, farmacêutico e médico, apenas um respondeu que somente mediante receita do médico.

¹⁷ http://www.anvisa.gov.br/farmacovigilancia/farmacias_notificadoras.htm. Acesso em 01/10/2008.

Quanto à classe farmacológica mais comprada sem receituário médico, o bairro da Aparecida se destacou, segundo resposta do farmacêutico, estão os analgésicos, antiinflamatórios, anti-hipertensivos e vitaminas. Nos bairros do Boqueirão e Embaré são, analgésicos, antiinflamatórios, antibióticos, antidiabéticos, antidepressivos, anti-hipertensivos e vitaminas.

Ainda em resposta dos farmacêuticos, o médico quando prescreve o medicamento para o paciente, muitas vezes, faz indicação pelo medicamento de marca ou genérico. Por conta disso, muitos dos idosos acabam fazendo a substituição por outros de mesma substância com menor preço.

Algumas vezes os idosos procuram o farmacêutico para solicitar informações sobre o medicamento comprado, mas, não é tão freqüente, seguindo as respostas dadas pelos farmacêuticos.

A questão que aborda sobre os funcionários da loja a serem instruídos a fazer indicação de medicamentos tarjados, tanto o bairro da Aparecida e do Embaré, responderam que algumas vezes é feita a indicação e no bairro do Boqueirão, teve como resposta da farmacêutica, que nunca foi feito até o momento. E para medicamentos sem a exigência de apresentação de receituário todos responderam que sim, em algumas vezes.

Outro fator importante, que foi relatado pelos farmacêuticos entrevistados, tanto o bairro do Boqueirão e do Embaré, os clientes foram em algum momento até o estabelecimento relatar que passaram mal após ingerir um medicamento comprado sem exigência de receita e sem indicação por parte do médico. Já no bairro da Aparecida até o momento não foi relatado nenhum evento.

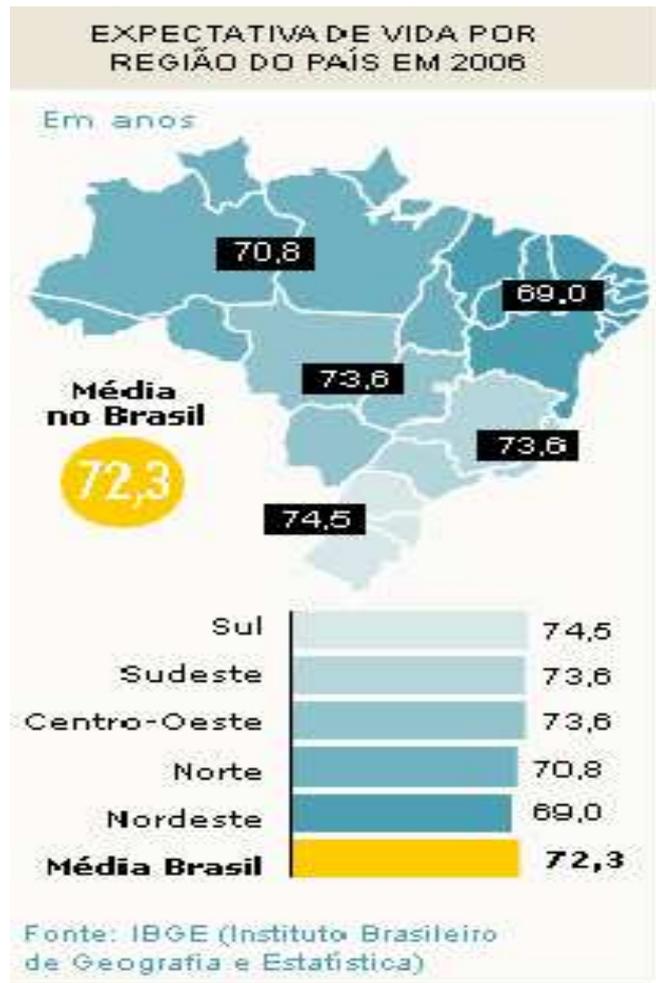
O fato dos idosos procurarem à farmácia antes de passar pelo médico ou para comentar sobre o mal que esta afligindo, como para falar sobre o medicamento tomado sem orientação e o efeito indesejado apresentado.

As questões podem ser mais bem compreendidas com as respostas dadas pelos idosos, no próximo item a seguir.

3.2.2 Quanto às entrevistas com os idosos

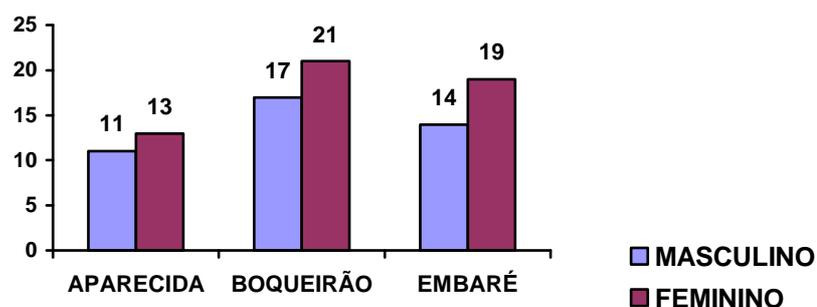
A expectativa média de vida do brasileiro ao nascer no ano de 2006 atingiu os 72,3 anos, segundo IBGE, no estudo Tábua de Vida 2006. Em 2006, o indicador era maior para as mulheres: 76,1 anos, contra 68,5 anos para os homens, ou seja, as mulheres tinham 7,6 anos a seu favor. Em 2005, estes números eram, respectivamente, 75,8 anos (mulheres) e 68,2 anos (homens). Sendo que a última informação, na região sudeste, que inclui o estado de São Paulo a média é de 73,6 anos, segundo IBGE (2006).

Gráfico 4: Expectativa de vida por Região do País em 2006



Em relação ao perfil dos sujeitos foi encontrado um número pequeno, porém, maior para as mulheres comparado aos homens nos três bairros do estudados, conforme o gráfico 5.

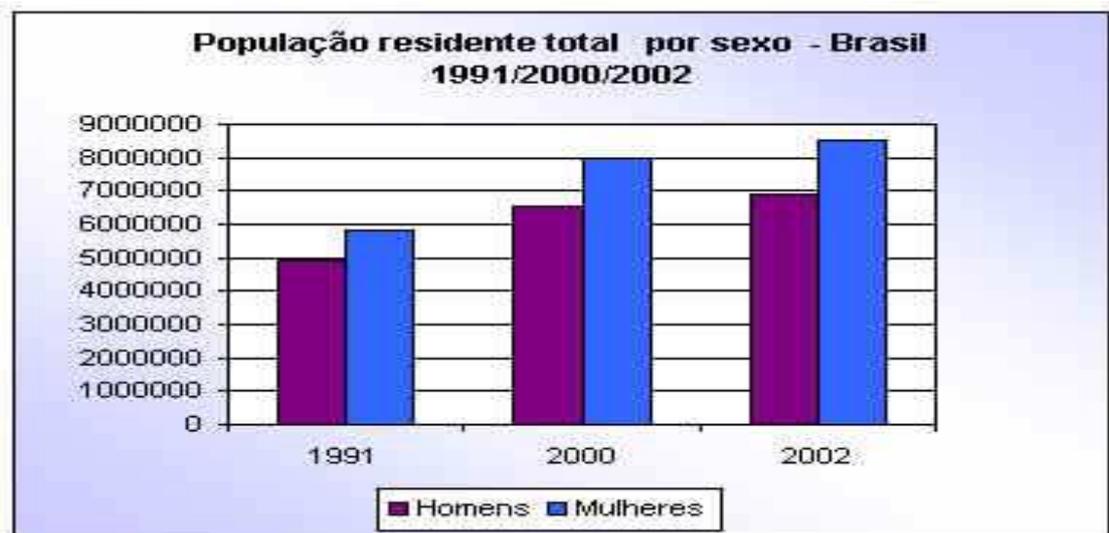
Gráfico 5: Distribuição dos Sujeitos por Sexo e Bairro (2008)



Isso justifica como a feminização da velhice, por SALDANHA:

A maioria dos idosos brasileiros é do gênero feminino, e era de 5,7 milhões em 1991, passando para 8 milhões em 2000, estimando-se um total de 8,5 milhões em 2002, contra um total de 4,9 milhões em 1991, 6,5 milhões em 2000 e 6,9 milhões em 2002 para o gênero masculino. (2004, p. 5).

Gráfico 6: População Residente Total no Brasil

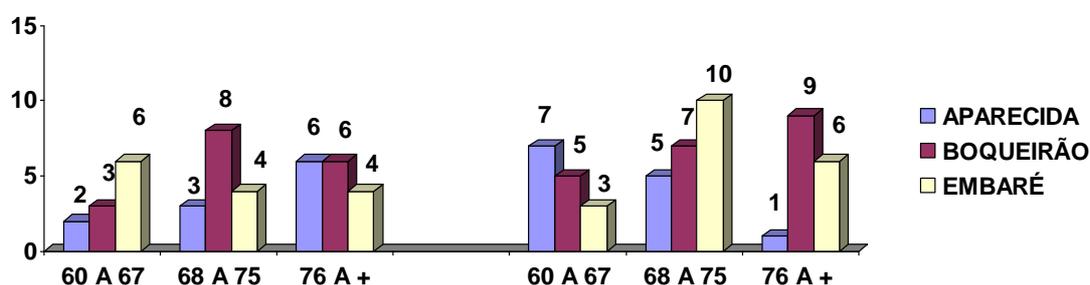


Fonte: IBGE/1991/2000/2002

Com base nos dados dos últimos censos, observa-se importantes diferenciais por gênero entre idosos, com uma expressiva predominância das mulheres sobre os homens. (Saldanha, 2004, p.7).

Na faixa etária os gráficos apresentaram-se de forma diferenciada nos três bairros estudados tanto para homens e mulheres como apresenta o gráfico 7.

Gráfico 7: Faixa etária - Masculino e Feminino (agosto - 2008)



No bairro do Embaré, no sexo masculino a faixa etária dos sujeitos apresentou um número maior entre 60 a 67 anos de idade, no bairro do Boqueirão a concentração maior se deu entre 68 a 75 anos de idade e dos 76 a mais de idade permaneceu aproximadamente semelhante em todos os bairros estudados.

No sexo feminino, a faixa etária de 60 a 67 anos de idade apresentou maior no bairro da Aparecida, no bairro do Embaré apresentou um número maior entre 68 a 75 anos de idade. A idade de 76 anos ou mais, o bairro do Boqueirão apresentou-se em destaque, confirmando a tendência das mulheres apresentarem maior faixa etária em relação aos homens da mesma faixa etária.

Já em relação aos anos estudados, o bairro do Boqueirão apresentou maior grau de escolaridade, sendo o segundo grau completo para a maioria dos homens e para mulheres o primeiro grau completo em comparação com o bairro da Aparecida e do Embaré.

Gráfico 8: Grau de escolaridade - Masculino (2008)

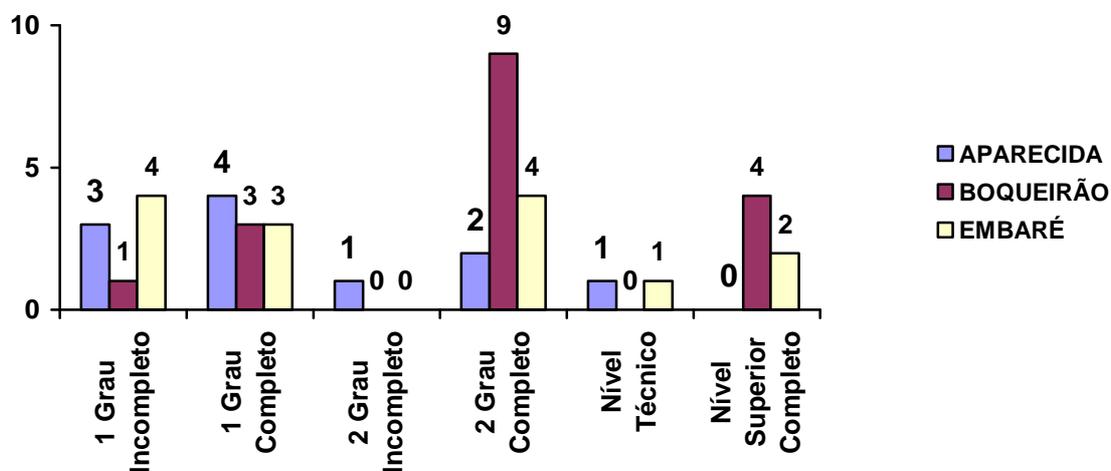
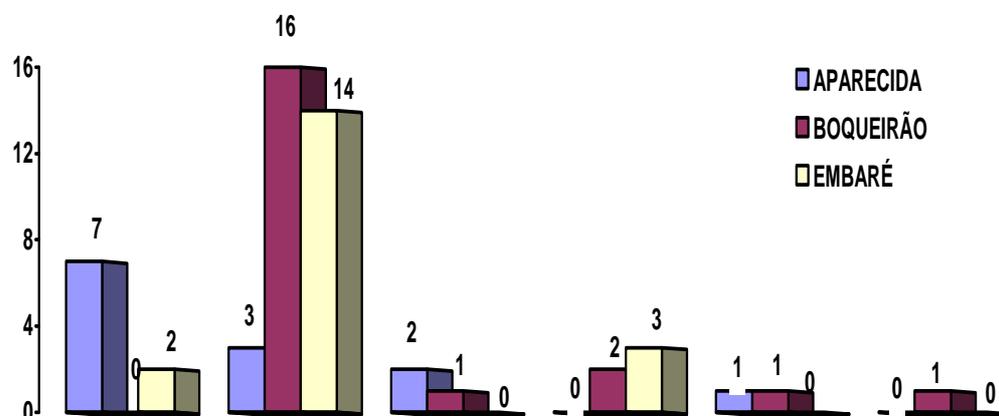


Gráfico 9: Grau de escolaridade - Feminino (2008)



A renda mensal para homens como para mulheres em todos os bairros estudados, apresentou-se entre dois a quatro salários mínimos, o bairro do Boqueirão quanto ao gênero masculino apresentou uma pequena tendência de renda de até sete salários mínimos. Talvez se justifique por muitos idosos ainda estarem em atividade profissional e possuírem maior escolaridade em relação aos bairros da Aparecida e do Embaré.

Conforme ilustra os gráficos 10 e 11 abaixo:

Gráfico 10: Renda Mensal - Masculino (2008)

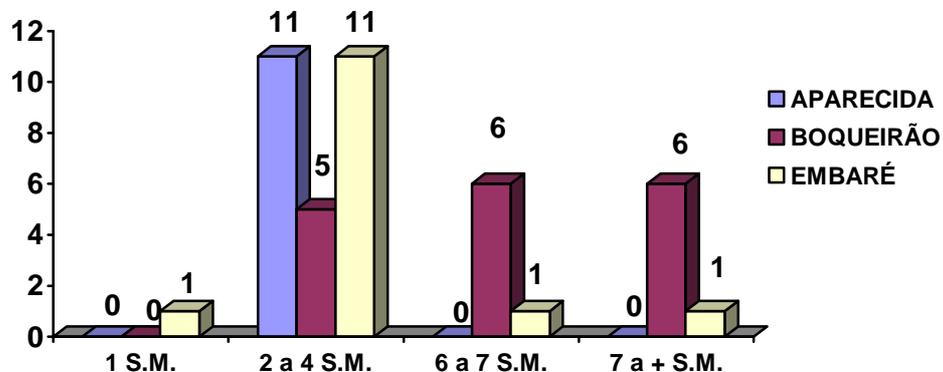
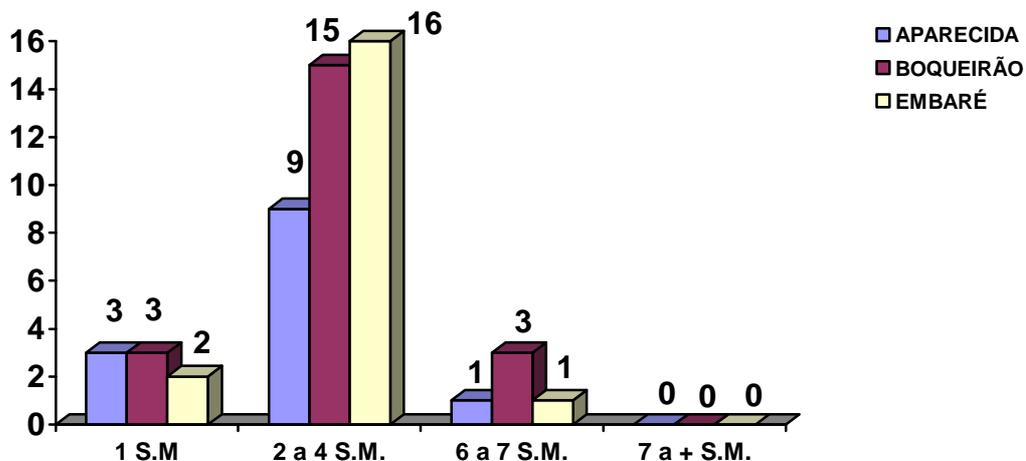


Gráfico 11: Renda Mensal - Feminino (2008)



Uma observação interessante, quanto à frequência aproximada de visita ao médico, conforme estudos anteriores, a tendência segue que as mulheres costumam ir ao médico com maior frequência do que os homens, como sugerem os gráficos 12 e 13.

Gráfico 12: Frequência a consulta médica - Masculino (2008)

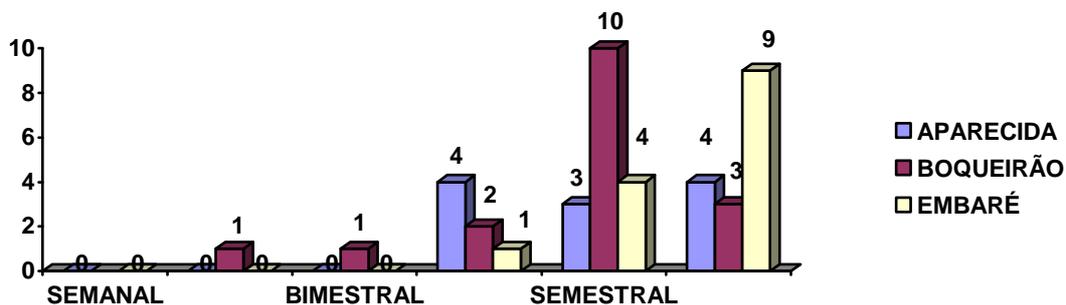
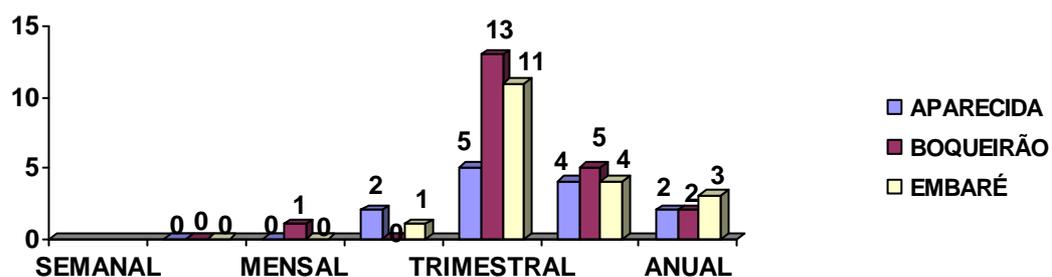


Gráfico 13: Frequência a consulta médica - Feminino (2008)



Os dois gráficos 12 e 13 apresentam-se de forma diferentes para homens e mulheres, a frequência para os homens à visita médica são semestrais e anuais para todos os bairros, as mulheres em sua maioria vão ao médico aproximadamente a cada três meses em todos os bairros estudados. A grande parte dos sujeitos homens e mulheres possuem plano de saúde privado. Pode-se observar que o bairro do Boqueirão apresenta-se em destaque, pois possui maior renda e escolaridade o que faz de certa forma, ser um grupo diferenciado do resto da população geral que depende dos serviços do SUS. Quanto ao uso de medicamento de uso contínuo apresentou-se conforme os gráficos 14 e 15. O bairro do Boqueirão apresentou um maior consumo desses medicamentos em relação aos outros

bairros, provavelmente pelo motivo que o bairro apresenta um número de idosos tanto para homens como para mulheres com a maior faixa etária, maior acesso aos serviços médicos e maior renda em relação aos demais bairros estudados.

Gráfico 14: Uso de medicamento de uso contínuo - Masculino (2008)

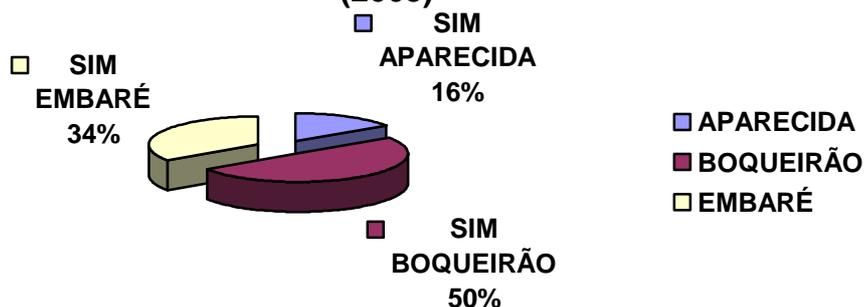
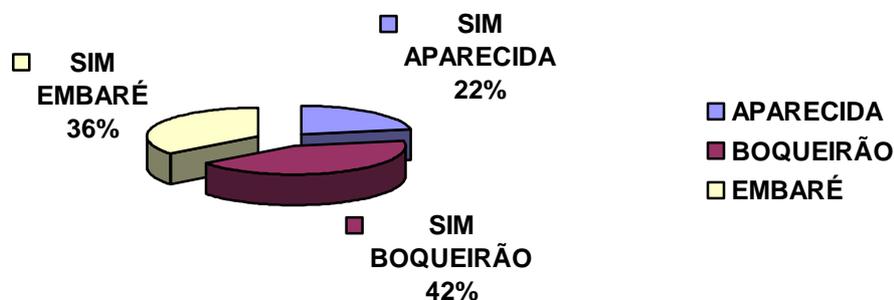


Gráfico 15: Uso de medicamento de uso contínuo - Feminino (2008)



O gasto com os medicamentos de uso contínuo apresenta-se nas tabelas 4, 5 e o total para homens e mulheres segundo os bairros na tabela 6 (p.122 e 123).

Os três bairros apresentaram o valor gasto aproximado com os medicamentos de uso contínuo, abaixo do valor da renda mensal, provavelmente justifica-se pelo fato do valor de renda estar entre dois a quatro salários mínimos em maioria nos bairros e também porque muitos dos medicamentos são genéricos, o que faz a maior parte optar por produtos de menor preço.

Alguns medicamentos como para o tratamento de hipertensão, diabetes, entre outros já faz parte do programa “*Farmácia Popular do Brasil*”, onde o cliente obtém o medicamento com desconto de 50% a 90% mediante a apresentação do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) e o receituário médico ou odontológico na rede pública ou privada com validade de até seis meses da data da última consulta.

O programa “*Farmácia Popular do Brasil*” teve seu início em 2004, a principal justificativa da necessidade deste programa no país é que os brasileiros chegam a gastar cerca de 20% da sua renda com despesa em remédios. E a população de baixa renda, tem seu valor comprometido aproximadamente 61% das despesas com remédios, segundo uma pesquisa feita pela OMS em parceria com a FIOCRUZ¹⁸.

Farmácia Popular do Brasil é um programa do Governo Federal para ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. A FIOCRUZ, órgão do Ministério da Saúde e executora do programa adquire os medicamentos de laboratórios farmacêuticos públicos ou do setor privado, quando necessário, e disponibiliza nas Farmácias Populares a baixo custo.

A lista de produtos disponíveis nas farmácias populares está de acordo com a RENAME e leva em consideração as prioridades nacionais de saúde, a segurança, a eficácia terapêutica, a qualidade e a disponibilidade dos medicamentos¹⁹.

Um dos objetivos do programa é beneficiar principalmente as pessoas que têm dificuldade para realizar o tratamento por causa do custo do medicamento. O programa foi criado para evitar a interrupção do tratamento por falta de dinheiro para a compra de medicamento de uso contínuo, para reduzir o impacto no orçamento

¹⁸ <http://pessoas.hsw.uol.com.br/farmacia-popular.htm>. Acesso em 30/09/2008.

¹⁹ [http://www.informesergipe.com.br/pagina_data.php? www.informe_sergipe .com.br](http://www.informesergipe.com.br/pagina_data.php?www.informe_sergipe.com.br). Acesso em 30/09/2008.

familiar e também para diminuir os gastos do SUS com o número de internações provocadas pelo abandono no tratamento. (PORTAL SAÚDE, 2008).

Tabela 4 - Gasto percentual da renda mensal com medicamentos de uso contínuo – Masculino (2008)

Renda Mensal	Aparecida	%	Boqueirão	%	Embaré	%	Total	%
Abaixo	9	81,8	12	70,6	9	64,3	30	71,4
Acima	-	-	-	-	-	-	-	-
10%	2	18,2	2	11,8	4	28,6	8	19,0
20%	-	-	2	11,8	-	-	2	4,8
30%	-	-	-	-	1	7,1	1	2,4
40%	-	-	1	5,9	-	-	1	2,4
50%	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	11	100	17	100	14	100	42	100

Tabela 5 - Gasto percentual da renda mensal com medicamentos de uso contínuo – Feminino (2008)

Renda Mensal	Aparecida	%	Boqueirão	%	Embaré	%	Total	%
Abaixo	9	69,2	8	38,1	16	84,2	33	62,3
Acima	-	-	-	-	-	-	-	-
10%	1	7,7	5	23,8	3	15,8	9	17,0
20%	1	7,7	3	14,3	-	-	4	7,5
30%	2	15,4	5	23,8	-	-	7	13,2
40%	-	-	-	-	-	-	-	-
50%	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	13	100	21	100	14	100	53	100

Tabela 6 - Gasto percentual da renda mensal com medicamentos de uso contínuo – Total (2008)

Renda Mensal	Aparecida	%	Boqueirão	%	Embaré	%	Total	%
Abaixo	18	75,0	20	52,6	25	75,8	63	66,3
Acima	-	-	-	-	-	-	-	-
10%	3	12,5	7	18,4	7	21,2	17	17,9
20%	1	4,2	5	13,2	-	-	6	6,3
30%	2	8,3	5	13,2	1	3,0	8	8,4
40%	-	-	1	2,6	-	-	1	1,1
50%	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	24	100	38	100	33	100	95	100

Em relação às classes farmacológicas de uso contínuo mais consumido pelos idosos, estão apresentados nas tabelas 7, 8 e o total na tabela 9 a seguir:

Tabela 7 - Classes farmacológicas de medicamento de uso contínuo mais consumidas – Masculino (2008)

Produto	Aparecida	Boqueirão	Embaré	Total
Antiagregante plaquetário (AINEs)	-	4	3	7
Antiarrítmicos	-	1	1	2
Antidiabéticos (Hipoglicemiantes)	1	5	1	7
Antigotoso	-	2	-	2
Anti-hipertensivos	3	8	6	17
Antilipêmicos	-	3	2	5
Antiulcerosos	-	-	-	-
Benzodiazepínicos (Ansiolíticos)	1	-	2	3
Diuréticos	1	2	5	8
Hormônio Tireoidiano	-	-	-	-
Reposição Óssea	-	-	-	-

Na tabela 7, as classes farmacológicas de medicamento de uso contínuo pelo sexo masculino em todos os bairros em estudo apresentam-se os anti-hipertensivos e diuréticos.

Tabela 8 - Classes farmacológicas de medicamento de uso contínuo mais consumidas – Feminino (2008)

Produto	Aparecida	Boqueirão	Embaré	Total
Antiagregante plaquetário (AINEs)	2	3	2	7
Antiarrítmicos	1	1	1	3
Antidiabéticos (Hipoglicemiantes)	2	5	3	10
Antigotoso	-	1	-	1
Anti-hipertensivos	5	14	6	25
Antilipêmicos	3	5	2	10
Antiulcerosos	1	4	1	6
Benzodiazepínicos (Ansiolíticos)	3	2	2	7
Diuréticos	1	4	4	9
Hormônio Tireoidiano	3	2	2	7
Reposição Óssea	4	6	2	12

Na tabela 8, as classes farmacológicas consumidas pelas mulheres nos bairros estudados estão os medicamentos para o tratamento de hipertensão e reposição de cálcio para o tratamento de perda óssea (osteoporose).

Tabela 9 - Classes farmacológicas de medicamento de uso contínuo mais consumidas – Total (2008)

Classes	Aparecida	Boqueirão	Embaré	Total
Antiagregante plaquetário (AINEs)	2	7	5	14
Antiarrítmicos	1	2	2	5
Antidiabéticos (Hipoglicemiantes)	3	10	4	17
Antigotoso	-	3	-	3
Anti-hipertensivos	8	22	12	42
Antilipêmicos	3	8	4	15
Antiulcerosos	1	4	1	6
Benzodiazepínicos (Ansiolíticos)	4	2	4	10
Diuréticos	2	6	9	17
Hormônio Tireoidiano	3	2	2	7
Reposição Óssea	4	6	2	12

Na tabela 9, o total entre homens e mulheres nos três bairros estudados, as classes de medicamentos mais consumidas são para o tratamento de hipertensão e diabetes. Confirmando assim, os estudos feitos por Pereira et al (2004), sobre o consumo desses medicamentos para o tratamento de doenças cardiovasculares.

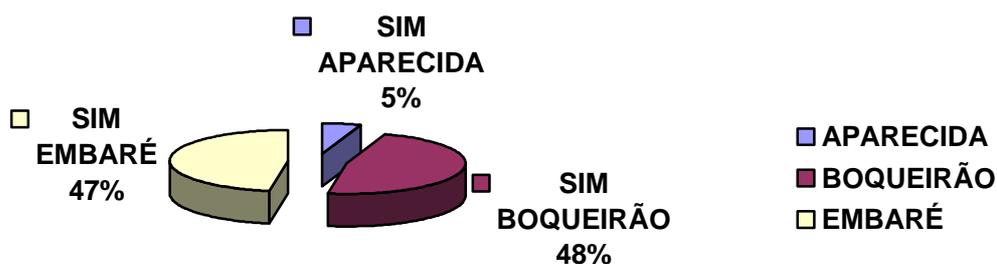
Foi abordado também no questionário, sobre o esquecimento e o confundimento dos medicamentos de uso contínuo pelos idosos nas últimas semanas quanto ao horário determinado pelo médico para cada medicamento.

Foi observado que os idosos consomem mais de três classes farmacológicas e muitas vezes mais de três vezes ao dia a posologia do mesmo remédio. Talvez a idade avançada, sugere como fator determinante para esse resultado, pois, o déficit de memória é maior nesta faixa etária.

Quanto ao fator esquecimento, para homens nos bairros estudados, foi verificado o esquecimento de tomar alguns dos medicamentos de uso contínuo nas últimas semanas, como sugere o gráfico 16.

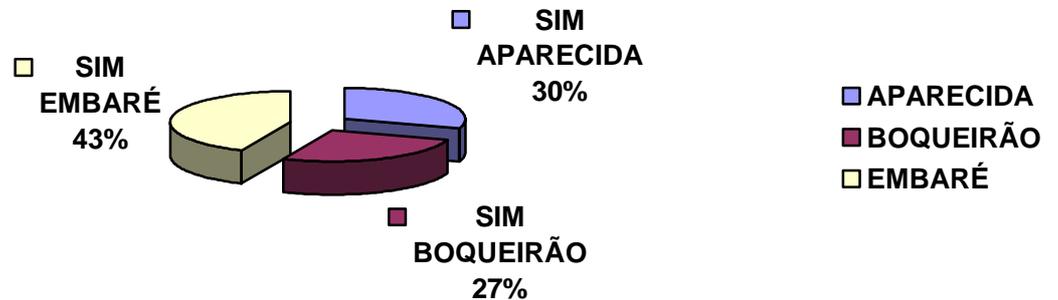
Os bairros do Boqueirão e do Embaré apresentaram maior freqüência do evento esquecimento, comparado com o bairro da Aparecida.

Gráfico 16: Esquecimento nas últimas semanas de tomar o medicamento de uso contínuo - Masculino (agosto 2008)



Em relação às mulheres, o gráfico apresentou-se homogêneo comparado com os homens, porém a freqüência do evento esquecimento apresentou-se equilibrada nos três bairros estudados, como apresenta o gráfico 17:

Gráfico 17: Esquecimento nas últimas semanas de tomar o medicamento de uso contínuo - Feminino (agosto 2008)



Em relação ao confundimento, nos homens, o bairro do Boqueirão apresentou maior percentual total comparado com os outros bairros, talvez porque tenha neste bairro, particularmente o maior número de pessoas idosas na faixa etária acima dos 65 anos de idade, apresentado no gráfico 7 na página. 116. Sugerindo que o déficit de memória é maior nesta fase da vida.

Gráfico 18: Nas últimas semanas confundiu-se ao tomar o medicamento de uso contínuo nos horários determinados - Masculino (agosto 2008)

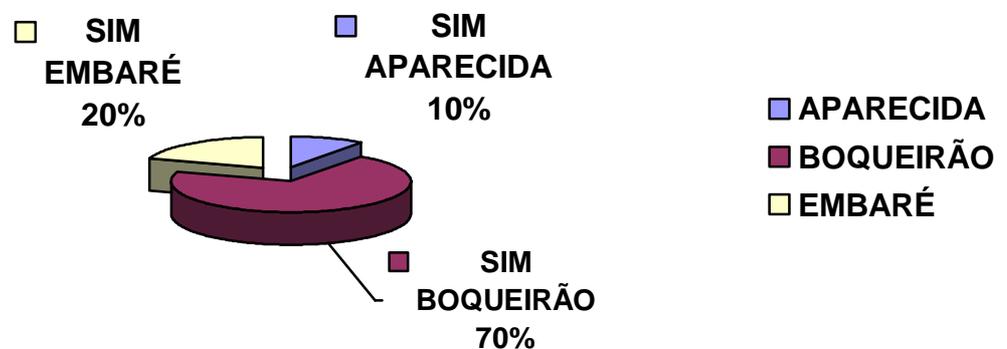
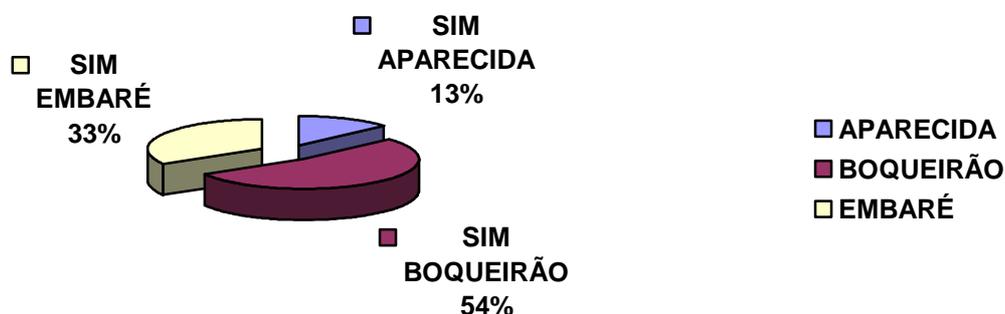


Gráfico 19: Nas últimas semanas confundiu-se ao tomar o medicamento de uso contínuo nos horários determinados - Feminino (agosto 2008)



No gráfico 19 sobre a confusão ao tomar o medicamento de uso contínuo nas últimas semanas, as mulheres, apresentaram homogeneidade, comparado com os homens, à freqüência de esquecimento apresentou-se também maior no bairro do Boqueirão, talvez pelo mesmo motivo, onde este bairro apresenta um número maior de idosos na faixa etária acima dos 65 anos de idade.

Outro aspecto observado foi em relação à procura da farmácia antes de procurar o médico, quando algum mal-estar imediato acontece, são apresentados nos gráficos 20 e 21.

No bairro do Boqueirão, os homens, recorrem com mais freqüência dos que as mulheres. Nos bairros da Aparecida e do Embaré ocorre o inverso, as mulheres, vão à farmácia antes de consultar um médico. Mais de forma geral, esses valores se mostram equânime na procura da farmácia antes de ir ao médico.

Os motivos que levam as pessoas idosas como a maioria da população a se automedicar-se são os mais variados, como citado anteriormente.

Foi observada, a disposição espacial das gôndolas no interior das farmácias do estudo. As gôndolas expõem uma diversidade de produtos a mão de qualquer consumidor, semelhante a um supermercado, sem qualquer barreira ou empecilho,

muito pelo contrário, cartazes coloridos com ofertas, divulgação com "displays" chamativos para os benefícios dos produtos, funcionários atenciosos convencidos do poder de persuasão invocando a compra para o cliente. A venda dos medicamentos não se limita apenas os que estão fora do balcão, não tarjados, mas os de dentro do balcão também, que são tarjados. As armadilhas são muitas e difíceis de evitar pelo apelo publicitário, dos funcionários treinados para vender e da inoperância dos órgãos reguladores.

Gráfico 20: Procurar a farmácia antes de ir ao médico - Masculino (2008)

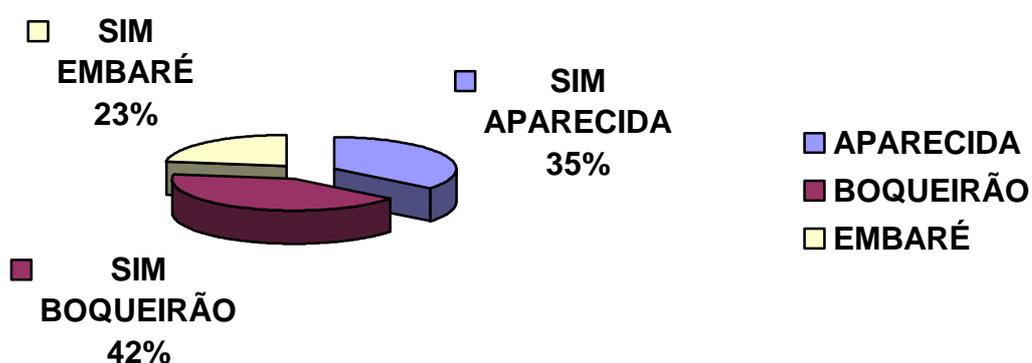
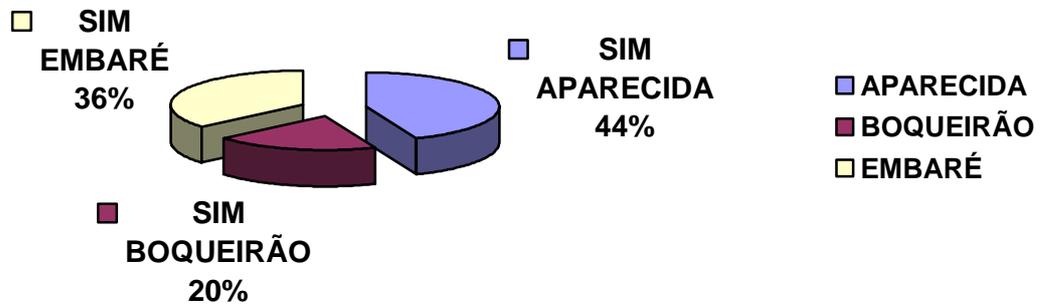


Gráfico 21: Procurar a farmácia antes de ir ao médico - Feminino (2008)



Foi observado, que mesmo utilizando medicamento contínuo para os problemas crônicos de saúde, o idoso, costuma solicitar para o balconista e até para o farmacêutico, indicação de remédios tarjados ou não, para alívio imediato dos sintomas apresentados, como: dor, febre, desconforto gástrico e outros. Comparando as respostas dadas pelos farmacêuticos, é real a procura da farmácia antes da procura médica.

As tabelas 10, 11 e 12, relacionam as classes farmacológicas mais compradas e consumidas pelos idosos sem o receituário médico ou odontológico. Os medicamentos foram classificados quanto à classe farmacológica para fácil compreensão, muitos dos medicamentos citados no questionário por parte dos sujeitos idosos entrevistados, são medicamentos tarjados que sugere apresentação de receita médica.

Na tabela 10, as três classes mais citadas foram os analgésicos/antitérmicos, os antigripais e posteriormente os antiácidos e fitoterápicos.

Tabela 10 - Classes farmacológicas mais consumidas sem prescrição médica – Masculino (2008)

Classes	Aparecida	Boqueirão	Embaré	Total
Antiácidos	3	1	2	6
Antialérgicos	1	2	-	3
Antibióticos	2	1	-	3
Antidiarreicos	-	-	-	-
Antiespasmódicos	-	-	-	-
Antigripais	6	7	3	16
Antiinflamatórios	3	4	1	8
Analgésicos / Antitérmicos	8	8	5	21
Antiulcerosos	-	1	-	1
Disfunção erétil	-	2	-	2
Fitoterápicos	1	5	-	6
Laxantes	-	-	-	-
Hepatoprotetores	-	1	-	1
Polivitamínicos / Vitaminas	-	2	-	2
Reposição Óssea	-	-	-	-
Total	24	34	11	69

Tabela 11 - Classes farmacológicas mais consumidas sem prescrição médica – Feminino (2008)

Classes	Aparecida	Boqueirão	Embaré	Total
Antiácidos	3	2	2	7
Antialérgicos	1	1	-	2
Antibióticos	1	1	1	3
Antidiarreicos	-	-	1	1
Antiespasmódicos	2	1	-	3
Antigripais	5	4	2	11
Antiinflamatórios	3	1	5	9
Analgésicos / Antitérmicos	8	9	7	24
Antiulcerosos	-	3	1	4
Fitoterápicos	5	3	1	9
Laxantes	2	3	-	5
Hepatoprotetores	1	-	1	2
Polivitamínicos / Vitaminas	4	1	-	5
Reposição Óssea	-	-	1	1
Total	35	29	22	86

Na tabela 11, os sujeitos entrevistados do sexo feminino, apresentaram basicamente a mesmo perfil, exceto no consumo dos antiinflamatórios, comparado aos homens que apresentaram o antiácido.

A tabela 12 mostra o valor total nos três bairros para homens e mulheres. E sugere que as três classes mais lembradas, compradas e consumidas são os analgésicos/antitérmicos, antigripais e antiinflamatórios. Seguindo as respostas do

questionário aplicado aos farmacêuticos, foram destacados, os analgésicos, antiinflamatórios, anti-hipertensivos e antidiabéticos e outros na seqüência. A lembrança desses remédios vem de encontro da divulgação publicitária nos meios de comunicação efetuada pelos grandes laboratórios farmacêuticos e juntamente com a disposição exposta desses produtos nas gôndolas das farmácias.

Tabela 12 - Classes farmacológicas mais consumidas sem prescrição médica – Total (2008)

Classes	Aparecida	Boqueirão	Embaré	Total
Antiácidos	6	3	4	13
Antialérgicos	2	3	-	5
Antibióticos	3	2	1	6
Antidiarreicos	-	-	1	1
Antiespasmódicos	2	1	-	3
Antigripais	11	11	5	27
Antiinflamatórios	6	5	6	17
Analgésicos / Antitérmicos	16	17	12	45
Antiulcerosos	-	4	1	5
Disfunção erétil	-	2	-	2
Fitoterápicos	6	8	1	15
Laxantes	2	3	-	5
Hepatoprotetores	1	1	1	3
Polivitamínicos / Vitaminas	4	3	-	7
Reposição Óssea	-	-	1	1
Total	59	63	33	155

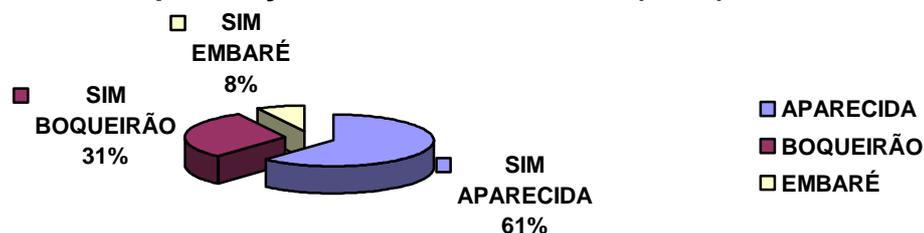
Nas tabelas 13 e 14, relacionam os sujeitos que apresentaram algum tipo de mal-estar ao consumir remédio sem orientação médica. Isso mostra uma tendência do usuário sejam eles idosos ou não a automedicar-se. O ato da autoindicação é presente e faz com que o usuário tenha por hábito comprar antes de conversar com o médico ou com o farmacêutico, para obter informações a respeito do medicamento comprado sem orientação. Esses profissionais de saúde certamente alertariam sobre os benefícios ou malefícios que poderiam ocorrer caso consuma sem orientação apropriada. Colocando em risco muitas vezes a própria saúde por associar esses medicamentos como os de uso contínuo, neste caso especificamente os idosos.

Tabela 13 - Sintomas indesejados apresentados – Masculino (2008)

Sintomas	Aparecida	Boqueirão	Embaré
Diarréia	1	-	-
Dispnéia (falta de ar)	-	1	-
Dor Abdominal	2	-	-
Dor de Cabeça	1	-	1
Insônia	-	-	-
Formigamento nas mãos	-	1	-
Náusea	1	-	-
Pernas Moles	-	-	-
Paralisia Facial	-	1	-
Sonolência	1	-	-
Taquiarritmia (coração acelerado)	-	1	-
Tontura	1	1	1
Tremores	1	1	-
Reação Alérgica	-	-	-
Visão Borrada	1	-	-
Vômito	-	-	-

Comparando a tabela13 com o gráfico 22, os sujeitos do sexo masculino, o bairro da Aparecida aparece em destaque por apresentar um percentual maior comparado aos demais bairros relacionados.

Gráfico 22: Sujeitos passaram mal com medicamentos sem prescrição médica - Masculino (2008)



A tabela 13, os sintomas indesejados apresentados pelos homens com maior frequência, estão: tontura, tremores e dor abdominal.

Já na tabela 14, as mulheres apresentaram alguns sintomas, como: tontura, tremores, dor de cabeça e reação alérgica. Talvez justifique porque elas fazem uso de medicamentos para um número maior de patologias diagnosticadas pelos médicos, pois sua frequência às consultas médicas, é realizada aproximadamente a cada três meses como foi apresentado no gráfico13, enquanto os homens vão aproximadamente a cada seis meses ou a cada ano como mostra o gráfico 12.

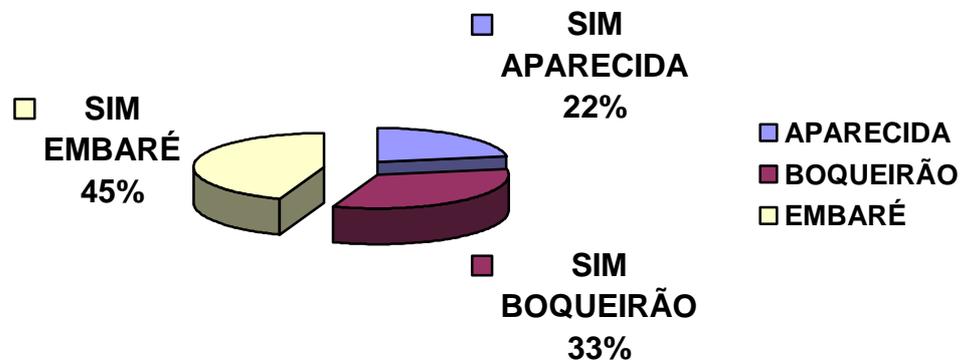
Os idosos tendem a usar mais medicamentos e por períodos prolongados. Isso aumenta a probabilidade de sofrerem os efeitos adversos de um ou vários medicamentos combinados. Como também é mais fácil confundir ou misturar medicamentos quando se toma mais de um. (NASCIMENTO, 2003, p. 45).

Tabela 14 - Sintomas indesejados apresentados – Feminino (2008)

Sintomas	Aparecida	Boqueirão	Embaré
Diarréia	-	1	-
Dispneia (falta de ar)	-	1	-
Dor Abdominal	-	1	1
Dor de Cabeça	3	2	-
Insônia	1	-	-
Formigamento nas mãos	-	-	-
Náusea	2	1	-
Pernas Moles	-	1	-
Paralisia Facial	-	-	-
Sonolência	1	-	1
Taquiarritmia (coração acelerado)	-	1	1
Tontura	3	1	2
Tremores	1	2	1
Reação Alérgica	1	2	1
Visão Borrada	-	2	-
Vômito	-	1	-

Comparando a tabela 14 com o gráfico 23, o bairro do Embaré apresenta um valor encontrado maior por consumir medicamentos sem orientação médica em relação aos bairros do Boqueirão e Aparecida, como mostra o gráfico 23.

Gráfico 23: Sujeitos passaram mal com medicamentos sem prescrição médica - Feminino (2008)



Dentre os medicamentos mais envolvidos com reações adversas entre outros, estão os antipiréticos e analgésicos (contra febre e dor), e os antibióticos (contra infecções), muito consumidos pela população, em quantidade e freqüência. Também, a crença de que o produto natural é sinônimo de produto livre de perigos é um embuste: tanto as substâncias sintéticas quanto as naturais podem fazer mal aos seus consumidores. (NASCIMENTO, 2004, p. 46).

Os idosos entrevistados confirmam as pesquisas de outros estudos quanto à compra e consumo desses medicamentos e possibilidade do efeito indesejado ocorrer. O número apresentado neste estudo é pequeno, mas importante, sugere atenção e cuidados para evitar eventos indesejados como apresentados nas tabelas 13 e 14 não venham ocorrer, pois nesta faixa etária o agravamento físico em alguns casos é desastroso e muitas vezes irreversível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de envelhecimento da população nos leva as diversas questões das mais variadas áreas da ciência. Em relação à saúde, muitos outros aspectos devem ser explorados dentre eles, a farmacoterapia. A população idosa apresenta-se de forma crescente a cada ano e é consumidora assídua de medicamentos de uso contínuo, devido número crescente de doenças crônico-degenerativas que se apresentam com freqüência nesta fase da vida.

Neste sentido, é necessária atenção e cuidado para com essa população, pois a associação medicamentosa coloca o uso não orientado de medicamentos como principal foco do assunto. O consumo de medicamentos sem indicação médica, é um fenômeno mundial, ato que envolve vários fatores para sua prática, o que difere um país do outro são suas políticas de saúde que intervêm e articula-se com outras políticas públicas para inibir esta prática.

Através do desenvolvimento deste estudo foi possível compreender e analisar elementos descritos no tema principal e específico, contribuindo para nós farmacêuticos, integrar-se a dimensão da temática do consumo dos medicamentos contínuos, medicamentos sem prescrição, os efeitos indesejados devido à associação e a conduta do farmacêutico no universo das farmácias.

A cidade de Santos nos serviu de referência para o estudo no ano 2008, destacando os bairros de maior população idosa com base nos dados fornecidos pelo censo do IBGE/2000.

No presente trabalho, a população idosa apresentou-se diferenciada nos três bairros analisados, em relação à faixa etária, destacando a população feminina com

representatividade maior do que a masculina. Importante destacar que essa população idosa, está localizada em áreas privilegiadas da cidade, onde apresentou segundo os gráficos, as melhores condições econômicas, acesso à saúde e escolaridade, em relação aos demais bairros deste município.

Nosso resultado apresentou-se de forma equânime entre homens e mulheres, quanto ao consumo de medicamentos de uso contínuo, destacando o consumo destes medicamentos, para o bairro do Boqueirão, devido ao fato de que este bairro atualmente, possui um grande número de idosos com idade mais avançada, como apresentado em nossos gráficos. Segundo informações do IBGE/2000, apresentava o bairro do Embaré como o mais populoso quanto às pessoas idosas, mas não apresentava os bairros com essa população referente à faixa etária mais avançada. A idade avançada não está relacionada ao consumo de medicamentos contínuos, mas ao número de patologias diagnosticadas. Esse quadro é aumentado pelo número de visitas a um ou a mais médicos, gerando na maior parte prescrição de receituário. Em nosso estudo, mostrou que a frequência regular a consulta médica é maior nas mulheres do que nos homens, confirmando resultados de outros estudos.

No nosso estudo, os medicamentos consumidos sob orientação médica, para os sujeitos da nossa pesquisa, apresentaram-se os anti-hipertensivos e hipoglicemiantes em maioria, confirmando estudos anteriores realizados. Ainda neste estudo, podemos observar um número considerado de consumo de medicamentos sem prescrição médica para os analgésicos e antiinflamatórios associados com os de uso contínuo e a presença de efeitos indesejáveis após o seu consumo, a maioria dos sintomas apresentados, foram: dor abdominal, dor de cabeça, reação alérgica, tontura e tremores, apesar do número pequeno apresentado, sugerem atenção e cuidado.

No entanto, nesta pesquisa não houve como relacionar que o fato de ir à farmácia comprar medicação sem orientação, seja fator pontual ligado ao evento da ocorrência de vir a passar mal, mas sim como um dos fatores a ser considerado. Por outro lado, confirma-se que é uma prática comum e merece atenção para que todos os fatores contribuintes sejam minimizados.

Dentro deste estudo pode observar que a idade avançada está relacionada ao déficit de memória, dificultando o reconhecimento e memorização, comprometendo a terapia do tratamento tanto em homens como em mulheres. O evento esquecimento e confusão apresentaram-se com valores percentuais altos, em sua maioria nos homens e no bairro do Boqueirão, conforme os resultados obtidos. O que nos chamou a atenção, é que sendo esses medicamentos de uso contínuo não deveriam ser esquecidos e confundidos, pelo fato de estarem incorporados a rotina diária dos idosos. O consumo dos medicamentos não prescritos é freqüente no dia-a-dia desta população, como foi mostrado nos gráficos 20 e 21, confirmando-se o hábito de procurar a farmácia antes de ir ao médico. O fato desta população, ser assistida pelos médicos, não influencia na não procura da farmácia e a compra de outros medicamentos. O que se pode observar que o medicamento é tratado nas farmácias como mercadoria de consumo provocando sua banalização diante do consumidor. Inúmeros recursos mercadológicos contribuem para essa realidade, desde a propaganda aos meios de comunicação, a falta de exigência da apresentação do receituário, a exposição facilitada dos medicamentos nas gôndolas das farmácias e o baixo poder regulador dos órgãos responsáveis.

Esta pesquisa foi direcionada para pessoas idosas, privilegiando um grupo minoritário que tem seu acesso à saúde facilitado, pois a maioria dos sujeitos entrevistados possui plano de assistência à saúde privado e essa população

apresentou-se consumindo medicamentos além do necessário, contrapondo a uma população que sofre com a iniquidade aos serviços de saúde, dificuldades no acesso a medicamentos e não consumindo nem o necessário.

Importante destacar que nesta população o acesso aos serviços de saúde e a medicamentos não está comprometido, pois se trata de uma população com renda e acesso, diante disso podemos concluir que fatores extrínsecos como as propagandas e culturais como a idéia de conhecer o problema de saúde, sejam os principais fatores influenciadores por este comportamento dos idosos em relação ao consumo de medicamentos não prescritos.

A farmácia desempenha um papel fundamental e informal de atenção primária à saúde e a presença do profissional farmacêutico nestes estabelecimentos, envolve o compromisso e a responsabilidade social da profissão, colocando a farmácia como estabelecimento de saúde, criando laços baseados na relação paciente-farmacêutico visando à busca da otimização de resultados na farmacoterapia em benefício da saúde do paciente. A presença do farmacêutico deve contribuir diretamente para a diminuição da prática do consumo não orientado, assegurando a qualidade da dispensação e orientação dos medicamentos, tornando-se um dos principais agentes de promoção do uso racional de medicamentos como preconiza a Política Nacional de Medicamentos.

Quanto aos farmacêuticos nas farmácias, pode-se observar que as dificuldades existentes são várias, a mais tocante é quanto ao conflito da ética profissional e o objetivo do mercado, marcado pela venda, criando para esses profissionais, dificuldades, desconforto, ausência de autonomia, deixando o farmacêutico basicamente a uma obediência subordinada, a venda, apresentando uma postura profissional frágil diante da força do comportamento de consumo.

Cabe ressaltar que a fragilidade da orientação farmacêutica diante deste quadro, se deve basicamente a força do mercado e pela falta de elementos que fortaleçam a postura do profissional, para a sua efetiva realização, necessita que se constituam mecanismos, recursos e políticas institucionais tanto do Estado, de todos os outros profissionais envolvidos com a saúde, como da sociedade para corroborar a valorização do profissional farmacêutico e da importância da farmácia como a porta de entrada da saúde, tornando a terapia medicamentosa eficiente.

Este estudo mostrou que o acompanhamento farmacêutico junto ao paciente é primordial para a redução do consumo de medicamentos não prescritos e a informação prestada por este profissional vem corroborar a importância do processo educativo acerca dos medicamentos e de outros elementos envolvidos na farmacoterapia.

O presente estudo não se pretende ser esgotado diante da complexidade que envolve a problemática estudada, mas permitiu que se efetuasse um recorte desta realidade em relação à temática abordada e suas conseqüências. Outros estudos com maior profundidade são necessários para compreensão de outros elementos envolvidos no tema e no cuidado com a saúde da população idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA O. P., RATTO L, GARRIDO R, TAMAI S. – **Fatores predisponentes e conseqüências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos.** - Rev. Bras. Psiquiatria, 21(3), p.152-57. – Jul/Set, 1999.

ANVISA. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária** - (2008). Conceitos. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/farmacovigilancia/conceito_glossario.htm. Acesso em: Set. 2008.

_____. Rev. Saúde Pública. Disponível em: <[HTTP://www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp). 40(1): 191-4. 2006.

AYMA, Sérgio. **Senecência ou senilidade - limites e ações da fisioterapia.** [HTTP://www.portaldoenvelhecimento.net/pforum/asi1.htm](http://www.portaldoenvelhecimento.net/pforum/asi1.htm). Acesso em: Set. 2008.

BALLONE, G. J. (2002). **O uso de Medicamentos em Idosos e Iatrogenia.** PsiqWeb, internet, disponível em: [HTTP://www.gballone.sites.uol.com.br/geriat/medica.html](http://www.gballone.sites.uol.com.br/geriat/medica.html). Acesso em: Set. 2007.

BARROS, J. A. C. **Propaganda de medicamentos: atentado à saúde?** São Paulo: Hucitec - Sobravime, 1995.

BASTOS, M. In: Saldanha, Assuero Luiz; Caldas, Célia Pereira. **Saúde do idoso: a arte de cuidar.** Rio de Janeiro, Interciência, p.187-198, tab. 2004.

BERMUDEZ, J. A. Z. **Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade: crítica da política de medicamentos no Brasil.** São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1995.

BERMUDEZ, J.A.Z.; Epstejn, R; Oliveira, M; Hasenclever, L. 2000. The WTO Trips Agreement and patent protection in Brazil: recent changes and implications for local production and access to medicines. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

_____ et al. **O Acordo TRIPS da OMC e a Proteção Patentária no Brasil: mudanças recentes e implicações para a produção local e o acesso da população aos medicamentos.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz/Ensp), 2000.

BENYAMINI Y, Leventhal EA, Leventhal H. **Gender differences in processing information for making self-assessment of health.** Psychosomatic Medicine 62:354-364. 2000.

BOGDAN, R. e BIKLEN, S. K. (1982) – **Qualitative Research for Education.** Boston. Allyn and Bacon, Inc.

BONFIM JUNIOR, de A. & MERCUCCI, V.L. (Orgs.). **A Construção da política de medicamentos.** São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1997.

BNDES. **Banco Econômico de Desenvolvimento e Social,** 2001.

BRODIE, C., PARISH., P.A., POSTON, J.W. **Societal needs for drugs and drug related services.** Am. J. Pharm. Educ. v. 44, p. 276-8, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde; **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica Instruções Técnicas para sua Organização**. Brasília, 2001.

_____. **Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Brasília, setembro, 2005.

_____, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília, 2005.

_____. **Portaria nº 176** de 08 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos estados e municípios ao incentivo a Assistência Farmacêutica Básica.

_____. **Portaria nº. 198** de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: MS, 2001.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME/** Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 5 ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p.7, 8, 15,16 e17. 2007.

BRASIL, 1994. **Política Nacional do Idoso.**

BRASIL, 1999. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, nº237 - E, pp. 20-24, seção 1, 13 dezembro 1999.

BRASIL. **Lei Federal nº. 8080**, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 20 de setembro 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília, 2006.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. **Avaliação Assistência Farmacêutica no Brasil.** Brasília, 2005.

CARTA DE BRASÍLIA DOS DIREITOS HUMANOS. Ordem dos Advogados do Brasil. Seção Distrito Federal, Comissão dos Direitos Humanos, 1996. In: **A Construção da política de Medicamentos.** São Paulo: Hucitec, 1997.

CARVALHO-FILHO et. al. **latrogenia no idoso.** Ver. Bras. Med., 53:117-37, 1996.

CARVALHO, M. C. R. D. et al. **Representações sociais do medicamento genérico por farmacêuticos: Determinação dos sistemas central e periférico.** Caderno de saúde pública vol. 21 nº1. Rio de Janeiro jan./fev. 2005.

COHN, Amélia. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços/** Amélia Cohn, Paulo Eduardo M. Elias. 5. ed. – São Paulo: Cortez: CEDEC, 2003.

Conceitos de Farmacovigilância - Agência Nacional de Vigilância Sanitária http://www.anvisa.gov.br/farmacovigilancia/conceito_glossario.htm . Acesso em 27/09/2007.

CORDEIRO, H. 1980. **A indústria da saúde no Brasil.** 1º Edição, Rio de Janeiro: Graal.

COX ME, Asselin S, Gracovetsky SA, Richards MP, Newmann NM. **Relationship between functional evaluation measures and self-assessment in nonacute low back pain.** *Spine* 25(14):1.817-1.826. 2000.

Declaração de Montreal sobre os direitos humanos a medicamentos essenciais. Disponível em <www.acessmeds.org/Declaração.html>. Acesso em 26/03/2006.

DEMO, P., 1941 – **Metodologia do conhecimento científico/** Pedro Demo. – São Paulo: Atlas, 2000.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade/** Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). 26. ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

DESTRUTI, A. B. C. B. **Farmacologia em situações especiais: fatores que a alteram e administração do medicamento**, Editora Senac São Paulo, 2007.

EDWARDS R., BIRIELL C. Harmonisation in Pharmacovigilance. *Drug Safety* 1994; 10 (2): 91-102. 2001.

ELIAS, Paulo E. M. **O que são sistemas de saúde?** Seminário interno. p. 1-16. São Paulo UNISANTOS, 2007.

ENNS MW, Larsen DK, Cox BJ. **Discrepancies between self and observer ratings of depression. The relationship to demographic, clinical and personality variables.** *Journal of Affective Disorders* 60:33-41. 2000.

FIBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

FRANÇA, J. L. **Manual para normalização de publicações técnico-científicas**, colaboração: Ana Cristina de Vasconcellos, Maria Helena de Andrade Magalhães, Stella Maris Borges, 5. ed. rev. Belo Horizonte Ed. UFMG, 2001.

GIOVANNI, G. **A questão dos remédios no Brasil: produção e consumo.** São Paulo: Livraria e Ed. Polis, 1980.

GOUVEIA, W. A. **At center stage: Pharmacy in the next century.** *Am. J. Health-Syst Pharm.* v.56, [sp]. 1999.

GURWITZ, T. H. et al. **Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting.** *JAMA*, v. 289, n. 09, p. 1107-1116, 2003.

HENNESSY, S. **Potencialmente remediáveis características da medicação – uso em ambiente nos Estados Unidos.** *Am. J. Health Syst Pharm.* v. 57, p. 543-547, 2000.

HEPLER, C. D. & STRAND, L. M. **Oportunidades e responsabilidades no cuidado farmacêutico.** *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47: 533-543, 1990. Disponível em <http://www.pharmaceutical-care.es/esp/1999/n1/pdf/p007.pdf>

HEPLER, C.D. **Observações sobre a conferência: A perspectiva do farmacêutico.** *Am. J. Health Syst Pharm* v. 57, p. 590-594, 2000.

JACOB, Leonard S. **Farmacologia NMS National Medical Series para Estudo Independente**, 4 ed. Williams & Wilkins, 1996.

LAZAROU, J., POMERANZ, B.H. & COREY, P.N. **Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies.** *Journal of American Medical Association*, vol. 279 n.15. Chicago: American Medical Association, p. 1200-1205. 1998.

LEFRÈVE, F. **A oferta e a procura imediata através do medicamento: proposta de um campo de pesquisa**, 1987.

LEVY M. et al. **Hospital admissions due to drug reactions: a comparative study from Jerusalem and Berlin.** Eur. J. Cl. Pharmacol., 17:25-30, 1980.

LINHARES, R. L., CARO, G. R. (Org.). **O que é o uso racional de medicamentos.** São Paulo: Sobravime-AIS-LAC, p.125, 2001.

MARIN, N. OSÓRIO-DE-CASTRO C.S. MACHADO-DOS-SANTOS, S.C. (orgas). **Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais.** Rio de Janeiro OPAS/OMS, 2003.

MARTINS, Marly T. G. **Uso dos Medicamentos por Moradores de Cortiços da Região Central de Santos.** -- Dissertação de Mestrado - Universidade Católica de Santos, Programa em Saúde Coletiva, 2006.

Medicamentos genéricos: informações para médicos, farmacêuticos e profissionais da saúde. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, 2001.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia.** [et al.]. – São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

MINAYO, Maria C. S. (org). **Antropologia, saúde e envelhecimento.** Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo e Carlos E. A. Coimbra Jr. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9. ed. revista e aprimorada – São Paulo: Hucitec, 2006.

MOTA, D. M. et al. A farmácia comunitária, a automedicação e o farmacêutico: projeções para o século XXI. **O Mundo da Saúde**. São Paulo: São Camilo, ano 24, v.24, n.2, p.98-105. Mar/abr, 2000.

MORAES, I. N., 1926 – **Conforto da automedicação: Importância e Perigos** – São Paulo: Roca, p. 03, 2004.

NASCIMENTO, M. C. do, 1958 – **Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde? : Vantagens e perigos do uso de produtos da indústria farmacêutica mais consumidos no Brasil: vitaminas, analgésicos, antibióticos e psicotrópicos** – Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2003.

NOLAN, L. O' MALLEY, K. **Prescribing for the elderly. Part I Sensivity of the elderly toadverse drug reactions**. J.A.Geriatr. Soc., 36:142-9, 1988.

OLIVEIRA, M. A. **Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos.**/ Maria Auxiliadora de Oliveira, Jorge Antonio Zepeda Bermudez e Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro. – Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ, p. 14 e 63, 2007.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Perspectivas Políticas sobre Medicamentos de la OMS**. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Ginebra: OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos. Relatório 2001-2002**. Brasília, Organização Pan-americana De Saúde, p. 46, 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El papel del farmacéutico en la atención a la salud** - declaración de Tokio. Ginebra, 1993. Disponível em <http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/ops-hss-hse-95-01.pdf>

PACHELLI, C.A. **A propaganda de medicamentos e a prática da automedicação no Brasil**. RAP – Rio de Janeiro 37(2): 409 - 25, mar./abr, 2003.

PEREIRA L. R.L., Vecchi LUP, Baptista MEC. **Avaliação da utilização de medicamentos em pacientes idosos por meio de conceitos de farmacoepidemiologia e farmacovigilância**. Ciên. Saúde Coletiva. 9:479-81, 2004.

PHARMACEUTICAL Care: The Minnesota model. Pharm. J. v. 258, p. 899-904, 1997. RENEKER, Maxine H. **A qualitative study of information seeking among members of an academic community: methodological issues and problems**. *Library Quarterly*, v. 63, n. 4, p. 487-507, Oct. 1993.

PIANETTI, G. **A Política Nacional de Medicamentos**. In GOMES, M.J.V. de M., REIS, A.M.M.R. Ciências Farmacêuticas: Uma abordagem em farmácia hospitalar. 1 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

RENEKER, Maxine H. **A qualitative study of information seeking among members of an academic community: methodological issues and problems**. *Library Quarterly*, v. 63, n. 4, p. 487-507, Oct. 1993.

Revista do Farmacêutico – Publicação do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - nº84 dez/jan./fev, 2007.

_____ – Publicação do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - nº86 maio/junho, 2007.

_____ – Publicação do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - nº87 julho/agosto, 2007.

Revista do Farmacêutico – Publicação do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - nº91 julho/agosto, 2008.

SALDANHA, A. L. **Saúde do idoso: a arte de cuidar/** Assuero Luiz Saldanha, Célia Pereira Caldas (organizadores) – 2ª. ed. Rio de Janeiro: Interciência, p. 03, 2004.

SCHOUERI J., R., RAMOS, L. R., PAPALÉO N., M. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In: CARVALHO FILHO, E.T., PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica.** São Paulo: Atheneu Editora, 1998.

SELECCIÓN de Medicamentos Esenciales. In: **Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Junio, 2002.

SANTOS, J. S. CFF: aspectos desejáveis dos estabelecimentos. **Pharmacia Brasileira**, Brasília, ano 2, n.10, p.24, jul./ago./set. 1998a.

SANTOS, J. S.. Documento contendo um conjunto de alternativas para solucionar problemas agudos do setor farmacêutico. **Pharmacia Brasileira**, Brasília, ano2, n.10, p.9-11, jul./ago./set. **1998b**.

SEVALHO, G. Farmacovigilância: **Bases Históricas, Conceituais e Operacionais**. In: GOMES, M. J. V. de M., REIS, A. M. M. **Ciências Farmacêuticas: Uma abordagem em farmácia hospitalar**. 1º ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico** – 22a. edição revista de acordo com a ABNT e Ampliada – São Paulo: Cortez, 2002.

SILVESTRE, J. A.; KALACHE, A.; RAMOS, L. R.; VERAS, R. P. **O envelhecimento populacional brasileiro e o setor de saúde**. A. G. G. 0(1): 81-9. Set, 1996.

SINITOX, Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. **Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento: Brasil, 1999**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Informação Científica e Tecnológica, 2000.

SÃO PAULO. **Portal da Prefeitura da cidade de São Paulo**. Disponível em: <http://www.capital.sp.gov.br/portalmmsp/homec.jsp>. Acesso em: Set, 2008.

SOARES, M. A. **Revista Pharmacia Brasileira**, Ano III, N^o 18, fevereiro de 2000.

TURATO, E.R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** - 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 362,565 e 566, 2003.

UMC-THE UPPSALA MONITORING CENTRE. The Uppsala Monitoring Centre & WHO Collaborating Centre for international Drug Monitoring. 2005. Disponível em: <<http://www.who-umc.org/umc.html>> acesso em: abr. 2007.

VERAS, R. **Desafios e conquistas advindas da longevidade da população: o setor saúde e as suas necessárias transformações.** VERAS, R. (org), 2001 IN: **Velhice numa perspectiva de futuro saudável.** Disponível em: http://www.unati.uerj.br/publicacoes/textos_Unati/unati2.pdf. Acesso em: 22/06/2007.

WINTERSTEIN, A.G., SAUER, B.C., HEPLER, C.D. et al. **Preventable drug related hospital admission.** Ann Pharmacother. v. 36, p. 1238 -1248, 2002.

WONG, Anthony. **Automedicação e Autoprescrição.** Entrevista. Disponível em: HTTP://www.drazuiovarella.com.br/entrevistas/autoe_wong1.aspFonte. Acesso em: Set, 2008.

ZANINI & OGA. **Farmacologia Aplicada.** Atheneu Editora (2001).

ZUBIOLI, A. Pronunciamento proferido no debate técnico sobre assistência farmacêutica, 26 jun. 1996. **Pharmacia Brasileira**, Brasília, ed. esp. p.1-2, jun.1996b.

ANEXO 1

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA ENTREVISTA

Santos, de de 2008.

A empresa:

Prezados senhores,

Eu, Beatriz Vieira de Moura, sou aluna do Programa de Mestrado de Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos (UNISANTOS), localizada no Campus Vila Mathias Rua: Doutor: Carvalho de Mendonça, 144 Santos – SP.

Venho solicitar a sua empresa autorização para realizar entrevista com o farmacêutico (a) responsável da loja no horário de seu expediente e também se necessário com o farmacêutico (a) substituto ou folguista em seu horário se houver. A primeira fase de entrevista será com os farmacêuticos (as) e posteriormente com os clientes da loja. Somente serão objeto de entrevistas pessoas idosas com 60 anos de idade ou mais. O tempo sugerido para cada entrevista será em torno de 30 minutos para mais ou para menos dependendo das circunstâncias do momento.

A entrevista consiste num questionário com perguntas específicas pertinentes ao tema do projeto para coleta de dados e informações a respeito do uso racional de medicamentos em pessoas idosas com 60 anos de idade ou mais, nos bairros onde essa concentração populacional é bem elevada. Podendo se necessário, também utilizar instrumento de gravação de voz, como gravador MP3 e/ou similares. Este trabalho é o pré-projeto de pesquisa de dissertação elaborada por mim, tendo por orientadora, a professora e Doutora: Maria Rosa Ferreiro Pinto. Este projeto de pesquisa está sendo submetido ao COMET - Comitê de Ética em pesquisa da UNISANTOS.

Essas informações serão adicionadas unicamente ao trabalho proposto, não serão utilizadas para outros fins, garantindo-se a confidencialidade dos dados obtidos e o nome da empresa.

Agradeço a colaboração e cooperação da empresa e por toda sua equipe para a importância deste trabalho acadêmico e científico junto à sociedade santista.

Atenciosamente,

Beatriz Vieira de Moura

De acordo, Nome do proprietário ou responsável jurídico:

Assinatura:

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO PARA OS FARMACÊUTICOS

1. Nome completo e o número do CRF.

2. A loja possui farmacêutico responsável:
 Sim
 Não

3. A loja possui farmacêutico substituto e folguista em todo horário de funcionamento da loja:
 Sim
 Não

4. Horário de atendimento dos farmacêuticos:
 Somente de manhã
 Somente à tarde
 Manhã e tarde
 Tarde e noite
 Manhã, tarde e noite

5. Há rotina de informação sobre o uso racional de medicamento pelo farmacêutico?
 Sim
 Não

6. A drogaria faz parte do Programa de Farmacovigilância - Farmácias Notificadoras?

Sim

Não

7. Qual é a frequência percentual aproximada de atendimento às pessoas de 60 anos de idade ou mais nesta loja?

20%

40%

60%

80%

100%

8. A maioria dos clientes idosos que freqüentam com regularidade a loja é residente do bairro?

Sim

Não

Nenhuma das anteriores

9. Os medicamentos são indicados por:

Médico

Farmacêutico

Amigo/ Conhecido

Propaganda

- Auto-indicado
- Todas as anteriores
- Nenhuma das anteriores

10. O idoso compra o medicamento de usos contínuo com receituário médico?

- Sim
- Não

11. Qual classe farmacológica abaixo de medicamento sem prescrição médica que o idoso costuma comprar?

- Analgésico
- Antiinflamatório
- Antibiótico
- Antidiabético
- Antidepressivo
- Anti-hipertensivo
- Vitaminas
- Outros medicamentos ()
- Nenhuma das anteriores
- Todas as anteriores

12. O médico prescreve medicamento de:

- Marca
- Genérico
- Similar

- Marca e/ou Genérico
- Marca e/ou Similar
- Genérico e/ou Similar
- Manipulado

13. O idoso solicita substituição do medicamento prescrito pelo médico?

- Sempre
- Às vezes
- Nunca

14. A solicitação da substituição é feita por conta do:

- Preço
- Fabricante
- Preço e Fabricante

15. O cliente idoso vem comprar seu medicamento de uso contínuo:

- Toda semana
- Todo mês
- A cada dois meses
- De vez em quando
- Nenhuma das anteriores

16. O cliente idoso sempre solicita informação a respeito de como utilizar o medicamento para o farmacêutico:

- Sempre

Às vezes

Nunca

17. Os funcionários são instruídos a fazer indicação de medicamentos tarjados:

Sempre

Às vezes

Nunca

18. Os funcionários são instruídos a fazer indicação de medicamentos de venda livre (MIP ou OTC):

Sempre

Às vezes

Nunca

19. Já aconteceu do cliente idoso tomar o medicamento indicado pelo médico e vir a passar mal e depois relatar o caso aqui na farmácia:

Sim

Não

20. É comum o cliente idoso vir à drogaria antes, do que ir ao hospital, clínica ou pronto-socorro:

Sim

Não

ANEXO 3

DADOS DA EMPRESA

Razão Social:

CNPJ:

Inscrição Estadual:

Nome fantasia:

Endereço:

Bairro:

CEP:

Telefone:

Cidade:

Horário de funcionamento da loja:

Gerentes responsáveis do período:

Número total de funcionários:

Horário da assistência farmacêutica:

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,

fui informado (a) sobre o estudo “Uso de medicamentos por pessoas idosas nos bairros de maior concentração dessa população na cidade de Santos”.

O objetivo deste estudo é conhecer o perfil de consumo de medicamentos utilizados por idosos e quanto aos efeitos indesejáveis do uso não racional de medicamentos. Trata-se de uma pesquisa realizada por Beatriz Vieira de Moura, aluna do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, sob orientação da Profa. Rosa Maria Ferreiro Pinto. O estudo consta de entrevistas através de um questionário com perguntas fechadas e estruturadas.

- Concordando em participar desta pesquisa, irei colaborar como entrevistado (a) em entrevista realizada dentro do estabelecimento comercial (se eu concordar).
- Mesmo sabendo que não há risco neste estudo, estarei livre para não responder alguma questão que me trazer desconforto e sei que posso, a qualquer momento, interromper minha entrevista.
- O acesso às respostas será reservado à Beatriz Vieira de Moura. Em nenhum relatório, artigo ou apresentação dos resultados da pesquisa será usado a minha identificação. Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa.
- A vantagem em participar deste estudo é que estarei contribuindo para uma melhor compreensão do comportamento em consumir medicamentos de uso contínuo associados ao sem indicação médica.
- Tenho o direito de receber informações atualizadas durante qualquer fase desta pesquisa. No caso de haver dúvidas quanto à minha participação neste estudo, poderei entrar em contato com a pesquisadora Beatriz Vieira de Moura, na Rua Carvalho de Mendonça, nº 144, 4º andar, sala 403, ou pelo telefone (13) 3205-5555, Ramal 716. Ainda poderei contatá-la em sua residência à Rua Tocantins, nº 17, apto. 23, Gonzaga, ou pelo telefone (13) 3235-1065.
- Em caso de dúvida, ainda poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos, à Avenida Conselheiro Nébias, nº 300, sala 209 ou pelo telefone 3205-5555.
- Não terei nenhum gasto ou ganho financeiro por participar da pesquisa.
- Minha participação é totalmente voluntária e posso retirar meu consentimento e abandonar a pesquisa a qualquer momento.
- Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas e esclarecidas para mim. Discuti com a pesquisadora sobre minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim os

propósitos do estudo e os esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

- Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no atendimento aos serviços da cidade.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Endereço:

R.G.

nº

Data: ____/____/____.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta pessoa para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data: ____/____/____.

ANEXO 5

QUESTIONÁRIO PARA OS IDOSOS DE 60 ANOS OU MAIS DE IDADE SOBRE USO DE MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO E O USO DE MEDICAMENTOS SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA

Entrevista n.º:

Data:

Início _____: _____

Término: _____: _____

Entrevistadora: Beatriz Vieira de Moura

Assinatura:

1. Nome Completo:

a) Endereço:

b) Bairro:

c) Data de Nascimento:

d) Sexo:

2. Grau de Escolaridade:

() Analfabeto

() 1º Grau Completo

() 1º Grau Incompleto

() 2º Grau Completo

() 2º Grau Incompleto

() Nível Superior Completo

() Nível Superior Incompleto

() Nível Técnico

3. Estado Civil:

() Casado (a)

- Separado (a)
- Solteiro (a)
- Desquitado (a)
- Divorciado (a)
- Mora junto
- Viúvo (a)

4. Renda Mensal:

- 1 salário mínimo
- 2 a 4 salários mínimos
- 6 a 7 salários mínimos
- acima de 7 salários mínimos

5. Exerce atualmente atividade profissional:

- Sim
- Não

6. Qual é a freqüência aproximada atualmente de sua visita ao médico:

- Semanal
- Mensal
- Bimestral
- Trimestral
- Semestral
- Anual
- Nenhuma das anteriores

7. Possui plano de saúde privado:

Sim

Não

8. Faz tratamento com medicamento de uso contínuo atualmente para algum tipo de problema de saúde crônico:

Sim

Não

9. Os gastos com os medicamentos de uso contínuo são aproximadamente em torno de:

abaixo da renda mensal

acima da renda mensal

10% da renda mensal

20% da renda mensal

30% da renda mensal

40% da renda mensal

50% da renda mensal

10. Quais são os medicamentos de uso contínuo que está tomando e quantas vezes é a dose diária?

11. Esqueceu-se nas últimas semanas de tomar o medicamento de uso contínuo no horário determinado pelo médico:

Sim

Não

12. Nas últimas semanas confundiu-se, tomou os medicamentos de uso contínuo em horários diferentes estabelecidos pelo médico:

Sim

Não

13. Quando está com algum mal-estar vai à farmácia antes de ir ao médico:

Sim

Não

14. Recentemente tomou algum medicamento prescrito pelo médico e veio passar mal depois:

Sim

Não

15. Costuma solicitar para o farmacêutico ou balconista indicação de algum medicamento sem prescrição médica:

Sim

Não

16. Recentemente veio passar mal com algum medicamento sem prescrição médica:

Sim

Não

17. Qual tipo de medicamento comumente compra sem receita médica na farmácia?

18. Na farmácia, costuma tirar dúvidas com o farmacêutico sobre o medicamento comprado sem receita médica:

Sim

Não

19. Que tipo de sintoma indesejado sentiu ao usar algum medicamento sem receita médica?

ANEXO 6

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,

fui informado (a) sobre o estudo “Uso de medicamentos por pessoas idosas nos bairros de maior concentração dessa população na cidade de Santos”.

O objetivo deste estudo é conhecer o perfil de consumo de medicamentos utilizados por idosos e quanto aos efeitos indesejáveis do uso não racional de medicamentos. Trata-se de uma pesquisa realizada por Beatriz Vieira de Moura, aluna do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, sob orientação da Profa. Rosa Maria Ferreiro Pinto. O estudo consta de entrevistas através de um questionário com perguntas fechadas e estruturadas.

- Concordando em participar desta pesquisa, irei colaborar como entrevistado (a) em entrevista realizada dentro do estabelecimento comercial (se eu concordar).
- Mesmo sabendo que não há risco neste estudo, estarei livre para não responder alguma questão que me trazer desconforto e sei que posso, a qualquer momento, interromper minha entrevista.
- O acesso às respostas será reservado à Beatriz Vieira de Moura. Em nenhum relatório, artigo ou apresentação dos resultados da pesquisa será usado a minha identificação. Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa.
- A vantagem em participar deste estudo é que estarei contribuindo para uma melhor compreensão do comportamento em consumir medicamentos de uso contínuo associados ao sem indicação médica.
- Tenho o direito de receber informações atualizadas durante qualquer fase desta pesquisa. No caso de haver dúvidas quanto à minha participação neste estudo, poderei entrar em contato com a pesquisadora Beatriz Vieira de Moura, na Rua Carvalho de Mendonça, nº 144, 4º andar, sala 403, ou pelo telefone (13) 3205-5555, Ramal 716. Ainda poderei contatá-la em sua residência à Rua Tocantins, nº 17, apto. 23, Gonzaga, ou pelo telefone (13) 3235-1065.
- Em caso de dúvida, ainda poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos, à Avenida Conselheiro Nébias, nº 300, sala 209 ou pelo telefone 3205-5555.
- Não terei nenhum gasto ou ganho financeiro por participar da pesquisa.
- Minha participação é totalmente voluntária e posso retirar meu consentimento e abandonar a pesquisa a qualquer momento.
- Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas e esclarecidas para mim. Discuti com a pesquisadora sobre minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim os

propósitos do estudo e os esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

- Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no atendimento aos serviços da cidade.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Endereço:

R.G.

nº

Data: ____/____/____.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta pessoa para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data: ____/____/____.