

**PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**

**USO DE MEDICAMENTOS E POLI MEDICAÇÃO NA POPULAÇÃO IDOSA RESIDENTE
NO MEIO RURAL DE RIO GRANDE - RS**

JULIANO BARBOSA DA COSTA

2020



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**



**USO DE MEDICAMENTOS E POLI MEDICAÇÃO NA POPULAÇÃO IDOSA RESIDENTE
NO MEIO RURAL DE RIO GRANDE - RS**

JULIANO BARBOSA DA COSTA

Mestrando

RODRIGO DALKE MEUCCI

Orientador

RIO GRANDE, RS, DEZEMBRO 2020

**USO DE MEDICAMENTOS E POLI MEDICAÇÃO NA POPULAÇÃO IDOSA RESIDENTE
NO MEIO RURAL DE RIO GRANDE - RS**

**Dissertação de mestrado
apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de mestre em
Saúde Pública junto ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública da
Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Rio Grande.**

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci

RIO GRANDE, RS, DEZEMBRO DE 2020

Ficha Catalográfica

C837u Costa, Juliano Barbosa da.
Uso de medicamentos e poli medicação na população idosa
residente no meio rural de Rio Grande – RS / Juliano Barbosa da
Costa. – 2020.
100 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande –
FURG, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Rio
Grande/RS, 2020.

Orientador: Dr. Rodrigo Dalke Meucci.

1. Idoso 2. Área Rural 3. Uso de medicação I. Meucci, Rodrigo
Dalke II. Título.

CDU 615.035.4-053.9

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

JULIANO BARBOSA DA COSTA

**USO DE MEDICAMENTOS E POLI MEDICAÇÃO NA POPULAÇÃO IDOSA RESIDENTE
NO MEIO RURAL DE RIO GRANDE - RS**

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci
Orientador (Presidente)

Prof. Dr. Bruno Pereira Nunes
Examinador externo – Universidade Federal de Pelotas – Professor colaborador do
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel

Profa. Dra. Maria Cecília Assunção
Examinadora interna

Prof. Dr. Christian Loret de Mola
Examinador Suplente

RIO GRANDE, RS, DEZEMBRO DE 2020
LISTA DE SIGLAS

OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
PNM	Política Nacional de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil
SUS	Sistema Único de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
UBS	Unidade Básica de Saúde

Uso de medicamentos e poli medicação na população idosa residente no meio rural de Rio Grande – RS

Resumo

Objetivo: Identificar o perfil de utilização de medicamentos pela população idosa residente na área rural de Rio Grande, RS.

População alvo: Indivíduos com 60 anos ou mais que residissem permanentemente na área rural do município.

Delineamento: Estudo transversal de base populacional realizado na área rural do município de Rio Grande.

Desfecho: Prevalência do uso de medicamentos, prevalência da poli medicação, formas de obtenção dos medicamentos mais utilizados.

Processo amostral: Para a seleção de idosos foi utilizado um método para exclusão aleatória de 1 a cada 5 domicílios dos setores censitários rurais. Este procedimento garantiu que fossem amostrados quatro em cada cinco domicílios (80%) da área rural do município.

Análise: Descrição do perfil de utilização dos medicamentos e das formas de obter os fármacos.

Resultados: Foram entrevistados 1029 idosos, a prevalência de uso de medicamentos foi de 78%. 76,1% da amostra necessitava de algum fármaco de forma contínuo, a poli medicação esteve presente em 16,7% da amostra. 73,1% dos idosos precisaram comprar ao menos 1 medicamento e apenas 34,5% conseguiram seus medicamentos diretamente na unidade básica de saúde ou farmácia municipal.

Conclusão: Os indivíduos entrevistados apresentaram uma alta prevalência de uso de medicamentos e polifarmácia, comparáveis a habitantes de áreas urbanas. A compra ainda é a principal forma de obter alguma medicação, com apenas 1/3 dos idosos conseguindo obter algum fármaco diretamente na unidade básica/farmácia popular, evidenciando a necessidade de ampliar a assistência farmacêutica.

Descritores: Idoso; Área rural; Uso de medicação

Use of medicines and poly medication in the elderly population living in rural areas of Rio Grande – RS

Abstract

Objective: To identify the profile of medication use by the elderly population living in the rural area of Rio Grande, RS.

Target population: Individuals aged 60 or over who lived permanently in the rural area of the municipality.

Design: Cross-sectional population-based study carried out in the rural area of the municipality of Rio Grande.

Outcomes: Prevalence of medication use, prevalence of polymedication, ways of obtaining the most used medications.

Sampling process: For the selection of the elderly, a method was used to randomly exclude 1 in 5 households from rural census sectors. This procedure ensured the sampling of four out of five households (80%) in the rural area of the municipality.

Analysis: Description of the medication use profile and ways of obtaining the medications.

Results: 1029 elderly people were interviewed, the prevalence of medication use was 78%. 76.1% of the sample needed some medicine for continuous use, poly medication was present in 16.7% of the sample. 73.1% of the elderly bought at least 1 medicine and only 34.5% obtained their medicines directly at the basic health unit or municipal pharmacy.

Conclusion: The interviewed individuals presented a high prevalence of medication use and polypharmacy, comparable to residents of urban areas. Buying is still the main way to obtain some medication, with only 1/3 of the elderly managing to obtain some medicine directly at the basic unit / popular pharmacy, showing the need to expand pharmaceutical assistance.

Descriptors: Elderly; Rural Areas; Use of medication

CONTEÚDOS DO VOLUME

	página
1. Projeto	10
2. Relatório de Campo	36
3. Adaptações em relação ao projeto inicial (se houver)	48
4. Normas da Revista a qual o artigo	50
5. Artigo	63
6. Nota à imprensa	90
7. Apêndices	92

1 – PROJETO DE PESQUISA

SUMÁRIO

1	Introdução	12
1.1	Sistema Único de Saúde e Assistência Farmacêutica.	13
2	Revisão bibliográfica	15
2.1	Processo de busca de artigos	15
2.2	Uso de medicamentos	16
2.3	Polifarmácia	19
2.4	Estudos internacionais	19
3	Justificativa	20
4	Objetivos	22
4.1	Objetivos específicos	22
5	Hipóteses	23
6	Metodologia	25
6.1	Local do Estudo	24
6.2	Amostra	25
6.3	Ética	26
6.4	Instrumentos	26
6.5	Análise dos dados	27
7	Divulgação dos Resultados	28
8	Limitações	29
9	Orçamento	29
10	Cronograma	29
11	Referências Bibliográficas	30
12	Apêndices	92

1 Introdução

A população mundial vislumbra um aumento gradual na perspectiva de vida e mudança no perfil da pirâmide etária, onde o número de idosos aumenta cada vez mais. Os avanços em áreas como saneamento básico e saúde pública contribuíram para a diminuição da mortalidade por doenças infecciosas, ajudando a elevar a possibilidade de um indivíduo ultrapassar os 60 anos de idade. Em 2015, os idosos representavam 12% da população mundial e, até 2020, haverá mais idosos do que crianças menores do que 5 anos (OPAS, 2015). Países mais desenvolvidos passaram pelo envelhecimento de suas populações de forma gradativa, tendo nações como o Japão, Canadá e Estados Unidos, a capacidade de se adaptar a estas novas realidades populacionais durante 70 anos ou mais, adequando seus sistemas previdenciários e de saúde. Nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, o envelhecimento populacional se dá de forma muito rápida, ocorrendo entre 40 a 50 anos. A OPAS, Organização Pan Americana de Saúde, estima que em 2050, 80% dos idosos do mundo estarão nos países de baixa e média renda. O Brasil, na década de 1960, possuía uma expectativa de vida estimada em 54 anos e já enfrentava problemas com os sistemas previdenciários e de saúde e hoje, a expectativa de vida para mulheres é de 80 anos e para os homens, 73 anos (IBGE, 2019). A falta de desenvolvimento e capacidade dos sistemas públicos em acolher esta nova realidade reflete-se em potencial diminuição da qualidade de vida e aumento da carga de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

O processo de envelhecimento pode vir acompanhado com um impacto da acumulação de uma grande variedade de danos celulares ao longo do tempo. Isto leva a uma diminuição gradual da capacidade física e mental, além do risco crescente de DCNT (OMS, 2015), sendo hipertensão arterial sistêmica, diabetes e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas as de maior prevalência, passando a ser uma importante questão no planejamento e gestão da saúde pública. Para diminuir os efeitos destas condições, além de outras terapias, o uso de medicamentos é uma ferramenta de amplo emprego para regular, complementar ou auxiliar no tratamento destas morbidades. Neste contexto, a disponibilidade e o uso de medicamentos para tratamento de DCNT numa população cada vez mais envelhecida passa a ser uma

questão relevante para as políticas e o planejamento em saúde pública. Somado a isto, cerca de 35% dos idosos residentes em área rural continuam exercendo atividades laborais mesmo após se aposentarem (PINTO, 2016). Os idosos residentes em área rural possuem uma carga de trabalho diferenciada, com maior esforço físico em atividades consideradas extenuantes, podendo levar a danos físicos, como problemas osteomusculares e dores crônicas, além de desgaste mental e emocional, sendo este um fator de risco para o aumento da probabilidade do idoso ingerir algum medicamento (CEZAR-VAZ, 2018). A definição de população rural atualmente utiliza a Lei n. 5.172/1966, onde “rural” é toda a área fora do perímetro urbano, onde os municípios são responsáveis pela delimitação de seus espaços, junto às suas secretarias de habitação e assistência social.

1.1 Sistema Único de Saúde e Assistência Farmacêutica.

A primeira lista de medicamentos essenciais é anterior ao Sistema Único de Saúde (SUS) e foi estabelecida pelo Decreto nº 53.612, de 26 de fevereiro de 1964, à frente da primeira listagem da OMS, realizada apenas em 1977. Em 1973, pelo decreto nº 72.552 foi oficializado o Plano Diretor de Medicamentos, determinando também o estabelecimento da "Relação Nacional de Medicamentos Essenciais" (RENAME). Entre 1973 e 1977 foram publicadas diversas portarias regulando e aperfeiçoando a RENAME. Em 1987 foi lançado o programa Farmácia Básica que constava de uma seleção de aproximadamente 40 medicamentos, integrantes da RENAME

O SUS, criado na Constituição de 1988, regulamentado pela lei nº 8.080/90, tem entre seus princípios a integralidade e a universalidade da assistência à saúde. A integralidade é *“entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;”* (Lei nº 8080/1990). A universalidade é a garantia de acesso gratuito e integral a todos os residentes do território nacional.

Em cumprimento ao princípio da integralidade da assistência e, diante da desarticulação e abastecimento irregular de medicamentos para o Sistema Único de Saúde, foi formulada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), por meio da

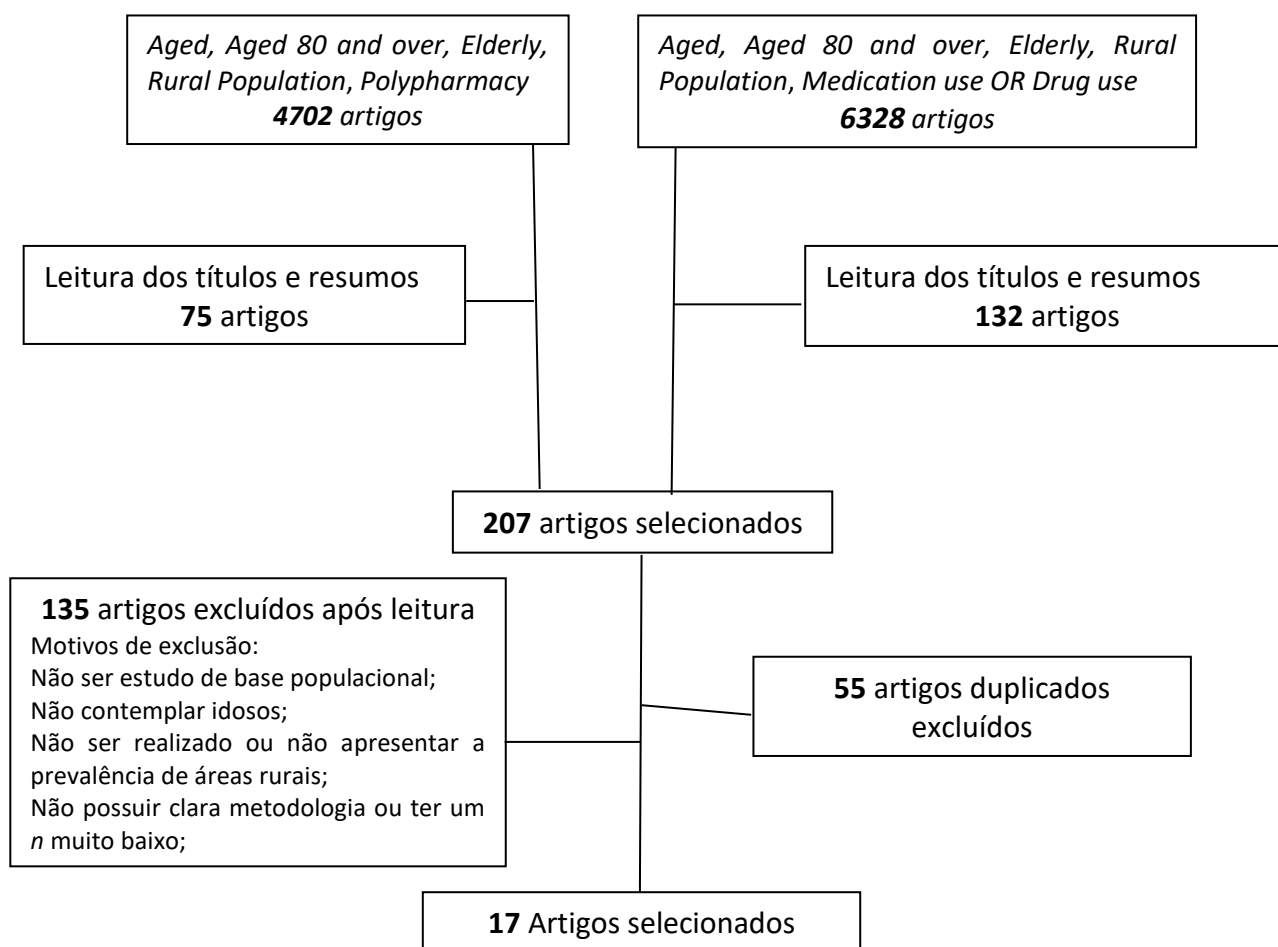
Portaria MS/GM n.º 3916, de 30 de outubro de 1998. Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde publicou a Resolução Nº338, aprovando a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, criada com o objetivo de oferecer uma alternativa de acesso a medicamentos considerados essenciais para a população, fomentando seu uso racional. Dentre o conjunto de diretrizes, a PNM definiu que a assistência farmacêutica *“envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população;”* (Resolução 338, CNS). O Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004 instaurou o programa Farmácia Popular, com unidades próprias dentro do Sistema Único de Saúde. A assistência farmacêutica se faz presente na dispensação de medicamentos na atenção básica, diretamente nas Unidades Básicas de saúde e, a partir de 2006, por meio da Portaria nº 491, o programa passou a utilizar a rede varejista de farmácias, ampliando seu alcance.

2 Revisão bibliográfica

A revisão de literatura dividiu-se basicamente em duas etapas distintas, sendo a primeira etapa constituída por pesquisa eletrônica nas bases de dados Pubmed, Lilacs e Scielo. Foram utilizados os seguintes descritores na língua inglesa: “*Aged AND Aged 80 and over*” OR *Elderly, Rural Population, Polypharmacy, “Medication use OR Drug Use*”. Na língua portuguesa foram utilizados os descritores Idosos, População Rural e Medicamentos. Na plataforma PubMed, utilizando os descritores *Mesh*, foram feitas duas pesquisas, uma utilizando o termo *Polypharmacy*, e outra usando os termos “*medication use OR drug use*”. Usando *polypharmacy*, foram encontrados 4702 títulos, destes, após leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 75 artigos. Utilizando os descritores *medication use OR drug use* foram encontrados 6328 artigos, após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 132 títulos. Na plataforma Lilacs e Scielo, utilizando a mesma metodologia, porém com os descritores em português e filtrados apenas para estudos que abordem populações brasileiras, foram selecionadas 20 publicações ao todo.

2.1 Processo de busca de artigos

A segunda etapa da revisão consistiu na leitura integral dos artigos elegíveis, dos quais restaram apenas 31 publicações, sendo elas 17 internacionais e 14 que estudam populações brasileiras. Após a seleção, os estudos foram divididos em dois quadros, um com os artigos referentes a estudos realizados no Brasil e o outro, com estudos realizados em áreas rurais de outros países. As publicações internacionais contemplam áreas rurais ou a comparação entre essas e o meio urbano. Nos estudos realizados no Brasil, foram selecionados aqueles que apontavam a prevalência do uso de medicamentos pela população idosa ou a prevalência de polifarmácia entre os idosos, independentemente do local de habitação. Considerando “urbano” e “rural”, 14 publicações foram selecionadas para a revisão.



2.2 Uso de medicamentos

A maioria dos estudos brasileiros selecionados eram de delineamento transversal, com amostras retiradas de cortes ou outros estudos maiores. Quanto a forma da coleta dos dados, apenas um estudo valeu-se unicamente de entrevistas nas unidades de saúde (NASCIMENTO, 2017), enquanto os outros valiam-se de entrevistas domiciliares, usualmente utilizando o método de inventário em suas metodologias. Tal método consiste no ato do entrevistado buscar todos os medicamentos utilizados pelo idoso, para diminuir a possibilidade de ocorrer erro de recordatório. Apenas 4 autores não relatam o uso desta ferramenta em seus estudos (CORRALO, 2016; FARES, 2012; DAL PIZZOL, 2012; FLORES, 2005). Quanto ao período de recordatório, cinco autores registram como “uso de medicamentos” todos aqueles fármacos utilizados em uma semana, ou nos últimos 7 dias (FILHO, 2004; LUTZ, 2017; FLORES, 2005;

FLORES, 2008; CORRALO, 2016), duas publicações registram como “uso” os medicamentos utilizados nas últimas duas semanas (FILHO, 2006; ROSENFELD, 2008). Para períodos maiores, vale-se dos medicamentos utilizados no último mês (NASCIMENTO, 2017; PEREIRA, 2017). Apenas dois autores utilizam como parâmetro os medicamentos utilizados de forma contínua (DAL PIZZOL, 2012; SANTOS, 2013), sendo que os demais não relatam o período de recordatório. Para o presente estudo, será utilizado o período recordatório dos fármacos utilizados nas últimas duas semanas.

A média da prevalência do uso de medicamentos foi de 80%, sendo Fortaleza - CE a cidade estudada com a menor prevalência (69,5%) (FILHO, 2004) e Pelotas - RS a com índices mais altos (89,93%) (CORRALO, 2016), como pode se observar na figura 1. Em Carlos Barbosa - RS, foi encontrada uma diferença na prevalência de uso de medicamentos entre idosos residentes em área rural e urbana, sendo que no perímetro urbano, 79,4% dos indivíduos fazem uso de medicamentos, bem acima da população rural, com prevalência de 63,5% (DAL PIZZOL, 2012). Em Paraíso - SC, a prevalência de uso de medicamentos na área rural foi semelhante à da área urbana, com 87,8% e 86,2%, respectivamente (CORRALO, 2016). Apenas dois estudos referem diretamente o uso de medicamentos pela população rural (DAL PIZZOL, 2012; CORRALO, 2016).

Quanto ao acesso, mesmo entre os usuários que dependem exclusivamente do SUS, 63% obtiveram seus medicamentos em drogarias e farmácias, sendo apenas 30% dispensados nos serviços diretos da atenção básica (COSTA, 2016). Em áreas rurais, a assistência farmacêutica é mais requisitada pela população masculina (MIRANDA, 2019).

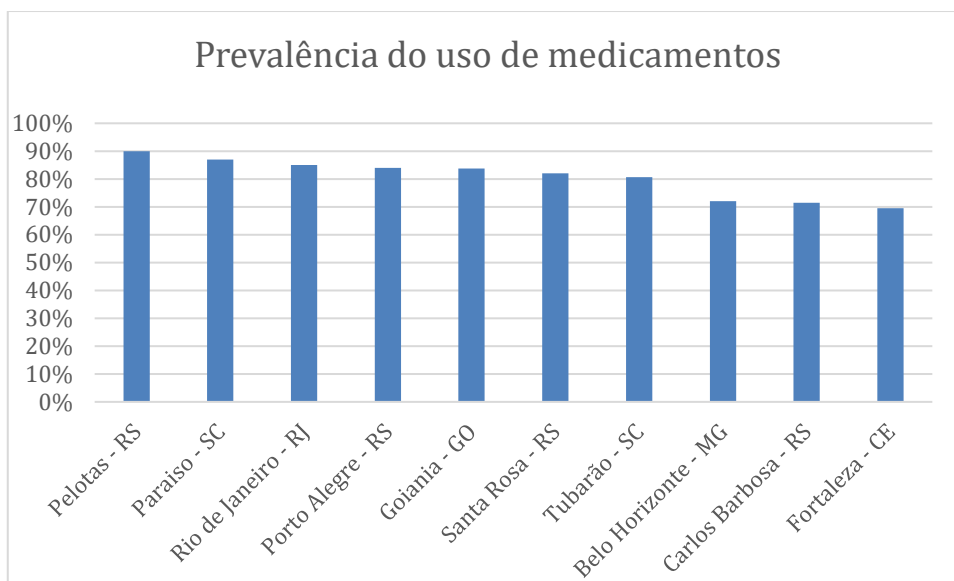


Figura 1 - Prevalência do uso de medicamentos, estudos realizados no Brasil.

2.3 Polifarmácia

A definição de polifarmácia é heterogênea, sendo que alguns autores sugerem a utilização de 3 ou mais medicamentos usados de forma contínua, enquanto a utilização de 5 ou mais medicações diariamente é a de maior consenso, sendo essa utilizada como referência para este estudo (MASNOON, 2017).

A menor prevalência de polifarmácia é a de Fortaleza – CE, com 7,1% (FILHO, 2004), enquanto em Antônio Carlos - SC, chegou a 53,1% (FARES, 2012), conforme Tabela 2. Em estudo realizado pela PNAUM, ao pesquisar 272 municípios brasileiros em entrevistas realizadas nas unidades de saúde, foi encontrada uma prevalência de polifarmácia de 18,1% (NASCIMENTO, 2017). Em Carlos Barbosa - RS, a prevalência de polifarmácia foi maior na área rural em relação à área urbana, 41,2% e 35,1%, respectivamente (DAL PIZZOL, 2012).

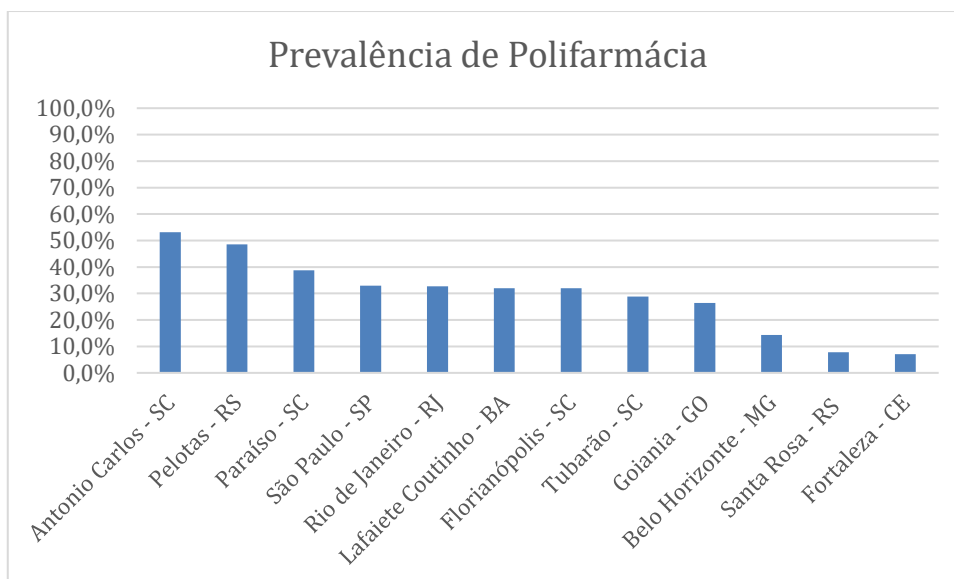


Figura 2. Prevalência de polifarmácia em estudos realizados no Brasil

2.4 Estudos internacionais

Os 17 artigos internacionais utilizados eram em sua grande maioria estudos transversais, sendo apenas 1 longitudinal. A literatura apresentada diverge em relação ao período de recordatório, sendo que a maioria dos estudos selecionados não o descrevem em suas metodologias, apesar destes usualmente utilizarem amostras de estudos maiores, com boa metodologia descrita. Dois estudos estabelecem o consumo no último mês (LU, 2014; KLARIN, 2003), enquanto em 4, “nas últimas 24 horas” ou “uso contínuo” (LI, 2014; WONG, 2015; QUIROGA, 1996; SIGURDARDOTTIR, 2013). Estados Unidos, Espanha e China foram os países com maior número de publicações, tendo o primeiro 5 estudos e os demais 3 artigos cada.

A média das prevalências de uso de medicamentos nos idosos em área rural foi estimada em 82%, enquanto a polifarmácia foi de 23%. Estudo Chinês realizado com idosos com mais de 90 anos, relatou uma prevalência de polifarmácia de apenas 3,7% (LU, 2014). A maior prevalência de polifarmácia entre os idosos com mais de 65 anos foi encontrada na Suíça, com 41,1% (KLARIN, 2003). Estudos dos Estados Unidos mostram prevalências muito diferentes conforme as regiões avaliadas sendo que utilização de medicamentos variou entre 71% a 98,2 % e a polifarmácia, entre 18,7% e 41%. No Vale do Aço, EUA, a utilização de medicamentos entre idosos é praticamente universal (98,2%) (STOEHR, 2008).

3 Justificativa

A mudança no perfil etário, envelhecimento da população e aumento na expectativa de vida não é um fenômeno restrito. Para o ano de 2019, a expectativa de vida do brasileiro foi estimada em 76,5 anos (IBGE, 2018), sendo este grupo populacional o que possui condições de saúde específicas e maior risco de desenvolver DCNT. Devido ao acúmulo de danos celulares ao longo do tempo, os idosos também sofrem de uma diminuição gradual da capacidade física e mental, necessitando muitas vezes de medicamentos para o tratamento de doenças de longa duração. Avaliar o uso destes medicamentos é importante para substanciar ações de prevenção quaternária na atenção básica, que consiste em evitar danos associados a intervenções de profissionais da saúde, como a indicação de medicamentos em excesso, princípios ativos não relacionados ao caso clínico e procedimentos desnecessários, por exemplo. Além disso, uso de medicamentos pode causar interações entre os medicamentos, podendo reduzir o efeito de um dos fármacos ou potencializá-lo, o que pode causar efeitos imprevisíveis no tratamento e efeitos diversos ao esperado pelo princípio ativo. A polifarmácia está associada ao aumento do risco e da gravidade das reações alérgicas a medicamentos e de precipitar interações medicamentosas, de reduzir a adesão ao tratamento e elevar a morbimortalidade. (SECOLLI, 2010) Quanto ao sistema de saúde, a dispensação de medicamentos em excesso gera custos mais altos e menor estoque, custos de consulta a especialistas, atendimento de emergência e de internação hospitalar, nos casos onde ocorre efeitos adversos e interações, criando problemas logísticos e financeiros.

Em áreas rurais, o acesso aos serviços de saúde e conseqüentemente ao tratamento, tende a ser mais difícil devido a questões relacionadas à infraestrutura e manejo de recursos humanos e materiais (ARRUDA, 2018). Além disso, existem poucos estudos nacionais que avaliem a prevalência de uso de medicamentos e polifarmácia em idosos de áreas rurais. Apesar da área rural do município do Rio Grande possuir uma cobertura de 100% pela Estratégia em Saúde da Família, é importante observar o momento financeiro em que o Estado do Rio Grande do Sul e

o próprio município se encontram, com crise aprofundada, dificuldade em manter os compromissos com fornecedores e pagamentos do funcionalismo, refletindo também nos aportes de financiamento para a saúde. Neste contexto, as áreas rurais podem ser mais afetadas do que as áreas urbanas, visto que a manutenção de serviços e tratamentos tendem a ser mais caros em decorrência dos custos com logística, servindo este estudo como fornecedor de dados para outros momentos financeiros, para efeitos de comparação e verificação do impacto. Deste modo, identificar o perfil de utilização medicamentos nesta população ajuda a compreender a importância da assistência farmacêutica como política pública da saúde, que privilegia o acesso à medicamentos para as doenças mais prevalentes.

4 Objetivo geral

Estimar a prevalência do uso de medicamentos pela população idosa residente na área rural de Rio Grande, RS;

4.1 Objetivos específicos

- ✓ Estimar a prevalência da polifarmácia;
- ✓ Classificar os medicamentos utilizados;
- ✓ Descrever o modo de obtenção dos medicamentos;

5 Hipóteses

- A Prevalência do uso de medicamentos será próxima aos 80%;
- A Prevalência de polifarmácia será de 30%;
- Medicamentos para o tratamento para aparelho Cardiovascular, seguido da categoria do aparelho digestivo serão as classes medicamentosas mais utilizadas;
- Obtenção dos medicamentos em farmácias e drogarias como forma mais prevalente de acesso aos fármacos.

6 Metodologia

Este projeto irá utilizar dados da pesquisa “Saúde da população rural Rio-Grandina”, coletados no ano de 2017. Foi utilizado um modelo de trabalho baseado no formato de consórcio de pesquisa, que teve a finalidade de conhecer indicadores básicos de saúde e o padrão de morbidade e de utilização e acesso a serviços de saúde em três grupos populacionais residentes nesta área: crianças menores de cinco anos e suas mães, mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) e idosos (60 anos ou mais).

O delineamento escolhido para o consórcio foi do tipo transversal de base populacional através de questionário padronizado, aplicado em domicílio. Este delineamento permite avaliar a prevalência de várias exposições e desfechos simultaneamente, em uma única abordagem, o que aumenta a aceitação e diminui perdas para o estudo.

Este projeto irá utilizar uma variável ainda não explorada no banco de dados dos idosos, que se baseia na utilização de medicamentos e suas categorias mais prevalentes e da ocorrência de polifarmácia, bem como a forma de obtenção dos medicamentos.

6.1 Local do estudo

Rio Grande é uma cidade do extremo sul do Estado do Rio Grande do Sul, possui uma área territorial de 2.708,375km², incluindo parte da reserva ecológica do Taim, conta com uma população estimada em 210.000 pessoas (197.228 no censo de 2010), além de ter uma renda per capita de R\$36.816,27 em 2016. Os residentes de área rural somam 8.225 indivíduos, representando 5,5% dos munícipes.

6.2 Amostra

Segundo o IBGE, a área rural de Rio Grande possui 2.431 domicílios, nos quais residiam aproximadamente 1100 idosos (13,1% da população rural). A população alvo do estudo foram os indivíduos entrevistados pelo consórcio com idade igual ou superior a 60 anos, que residissem permanentemente na área rural do município, mesmo que a aplicação dos questionários fosse realizada com seu cuidador.

Para a seleção de idosos foi utilizado um método para exclusão aleatória de 1 a cada 5 domicílios. Este processo foi realizado através do sorteio de um número entre "1" e "5", sendo que o número sorteado correspondeu ao domicílio a ser excluído. Este procedimento garantiu que fossem amostrados quatro em cada cinco domicílios (80%). Como critério de exclusão, a população institucionalizada acabou sendo considerada "não elegível" para o Estudo.

O Cálculo de amostra para este estudo foi realizado na plataforma Openepi.com, calculadora de código aberto, com os seguintes parâmetros:

Para a prevalência de uso de medicamentos:

- Intervalo de confiança de 95%
- Prevalência estimada do uso de medicamentos em 80%
- Diferença mínima a ser detectada: 3 pontos percentuais
- Efeito de desenho: 1.5
- Tamanho: 633 idosos
- Acréscimo de 10% para perdas e recusas: 664 idosos

Para a prevalência de polifarmácia:

- Intervalo de confiança de 95%
- Prevalência de polifarmácia estimada em 30%
- Diferença mínima a ser detectada: 3 pontos percentuais
- Efeito de desenho: 1.5
- Tamanho: 742 idosos
- Acréscimo de 10% para perdas e recusas: 816 idosos.

Com isso, infere-se que o tamanho amostral para o estudo em questão necessita ser de 816 idosos.

6.3 Ética

Apesar deste consórcio ter sido considerado de risco mínimo, conforme a resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da instituição, sendo aprovado pelo parecer Nº 51/2017, processo 23116.009484/2016-26. A todos participantes foi assegurada a participação voluntária e confidencialidade, respeitando a resolução 196/96 do CNS. As perguntas se iniciavam apenas após a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurada a desistência bem como a possibilidade de responder apenas parte do questionário sem necessidade de justificativa ou prejuízo por parte do entrevistado.

6.4 Instrumento

Foram utilizados dois questionários, sendo um bloco domiciliar e o outro o bloco do idoso (Apêndice 1).

O domiciliar foi respondido pelo chefe do domicílio e investigou informações domiciliares gerais como trabalho, renda, características do domicílio e da propriedade. O questionário individual investigou características demográficas, comportamentais, morbidades e utilização de serviços de saúde e de medicamentos. A utilização de medicamentos foi investigada através das perguntas: “O(a) Sr(a). precisa tomar algum remédio de uso contínuo?”; “Desde <dia da semana retrasada até agora> o(a) Sr(a). usou algum remédio?”; aqueles que responderam afirmativamente à utilização nos últimos 14 dias, foi questionado o(s) nome(s) do(s) medicamento(s), bem como a forma de obtenção e os custos relacionados à compra.

6.5 Análise de dados

Todos os dados foram inseridos no programa Stata 14.0, de forma que os indivíduos não pudessem ser identificados. A nomenclatura dos fármacos obtida na entrevista será ajustada por um colaborador, bolsista da graduação em medicina, que realizará alteração do nome fornecido pelos entrevistados para os princípios ativos e categorias da qual fazem parte. Este ajuste será revisado por outros dois alunos, em busca de inconsistências.

A análise dos dados será realizada na versão atualizada do programa Stata, em sua versão 15.1, descrevendo os dados obtidos para os desfechos a serem utilizados. Para a prevalência de uso de medicamentos, nos fármacos em que não for possível reconhecer o princípio ativo, seja por erro de grafia ou outros, serão estes considerados como perdas.

Para a prevalência da polifarmácia (já definida como utilização contínua de 5 ou mais fármacos), será considerado cada fármaco utilizado pelo indivíduo, mesmo aqueles que possuam efeito similar. Será realizada ainda análise referente à forma de obtenção dos medicamentos, estratificada por sexo. Para a descrição das classes dos medicamentos mais utilizados, será realizada a categorização dos fármacos consumidos, utilizando o princípio ativo, buscando a máxima aproximação com a RENAME, entendendo que alguns princípios ativos possuem funções e interações com mais de um sistema, como por exemplo, o Ácido Acetilsalicílico.

7 Divulgação dos Resultados

Os resultados obtidos serão divulgados em revista de livre acesso na web, em forma de artigo científico, como matéria a ser veiculada em jornal de circulação local e na forma de dissertação, com volume impresso disponível nas bibliotecas central e da Faculdade de Medicina da FURG.

8 Limitações

Como limitação podemos citar o fato de que os dados foram previamente coletados por consórcio de estudo anterior, tendo participação nula do autor na coleta, gestão e armazenamento das informações.

Outra limitação a ser citada é a inexistência de dados acerca do uso de medicamentos pela população idosa em área urbana do mesmo município, para fins de comparação e análise.

9 Orçamento

O consórcio realizado contou com um orçamento de R\$ 48.995,00 (quarenta e oito mil novecentos e noventa e cinco reais), financiados pela Pastoral da Criança, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e dos mestrandos partícipes da pesquisa.

Para este estudo, não haverá financiamento ou custas públicas.

10 Cronograma

Atividade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Revisão Bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboração do projeto				■	■	■	■	■	■	■	■													
Qualificação do projeto												■												
Análise de dados											■	■	■	■	■	■	■	■						
Redação do artigo																■	■	■	■	■	■	■	■	■
Defesa da dissertação																								■
Divulgação dos resultados																								■

11 Referências Bibliográficas

1. Blalock SJ, et al. Factors associated with potentially inappropriate drug utilization in a sample of rural community-dwelling older adults. *Am J Geriatr Pharmacother* 2005; 3(3): 168-179.
2. Cano-Guitierrez C, et al. Uso de medicamentos en adultos mayores de Bogotá, Colombia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2016; 33(3): 419-424.
3. Cesar-Vaz MR, et al. Rural workload and factors associated with the use of medication by elderly people. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2018; 52.
4. Coelho Filho JM, et al. Medication use patterns among elderly people in urban area in Northeastern Brazil. *Rev Saude Publica* 2004; 38(4): 557-564.
5. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, maio de 2004. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html
6. Corralo VS., et al. Fatores associados à polimedicação em idosos dos meios rural e urbano." *Estud. interdiscip. Envelhec*, 2016; 21(2): 195-210.
7. Dal Pizzol T, et al. Use of medication by the elderly in urban and rural areas in southern Brazil: a population-based study. *Cad Saude Publica* 2012; 28(1): 104-114.
8. Decreto nº 53.612, de 26 de fevereiro de 1964. *Diário Oficial da União - Seção 1 - 27/2/1964*: 1947.

9. Decreto nº 72.552, de 30 de julho de 1973. Diário Oficial da União - Seção 1 - 31/7/1973: 7483.
10. Fares D, et al. Fatores associados ao estado nutricional de idosos de duas regiões do Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2012; 58(4): 434-441.
11. Filho AL, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(12): 2657-266.
12. Filho, JMC, et al. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2004; 38(4): 557-564.
13. Flores L. M, Mengue SS. Drug use by the elderly in Southern Brazil. *Rev Saude Publica* 2005; 39(6): 924-929.
14. Flores VB, Benvegnu LA. Use of medicines by the elderly in Santa Rosa, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(6): 1439-1446.
15. Galato D, et al. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. *Cad. saúde coletiva* 2010; 15(6); 2899-2905.
16. Gri E, et al. The consumption of drugs and natural remedies in the older population of a rural área. *Aten Primaria* 1999; 23(8): 455-46.
17. Heuberger RA, Caudell K. Polypharmacy and nutritional status in older adults: a cross-sectional study. *Drugs Aging* 2014; 28(4): 315-323

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf> : 2017.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Em 2018, expectativa de vida era de 76,3 anos. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/26104-em-2018-expectativa-de-vida-era-de-76-3-anos> : 2019.
20. Katrein F, et al. Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. *Cad. Saúde Pública*; 31 (7): 2015.
21. Klarin I, et al. A population-based study of drug use in the very old living in a rural district of Sweden, with focus on cardiovascular drug consumption: comparison with an urban cohort. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2003; 12(8): 669-678.
22. Lassila HC, et al. Use of prescription medications in an elderly rural population: the MoVIES Project. *Ann Pharmacother* 1996; 30(6): 589-595.
23. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União - Seção 1 - 20/9/1990*: 18055.
24. Li IC, et al. Medication use in community-residing older adults in Taiwan: a comparison between conventional and complementary and alternative medications. *J Community Health* 2015; 40(2): 301-307.
25. Liang Y, et al. Use of medications and functional dependence among Chinese older adults in a rural community: A population-based study. *Geriatr Gerontol Int* 2015; 15(12): 1242-1248.

26. Lu J et al. Polypharmacy among nonagenarians/centenarians in rural China. *Intern Med J* 2014; 44(12a): 1193-1199.
27. Lutz BH, Miranda VIA, Bertoldi AD. Inadequação do uso de medicamentos entre idosos em Pelotas, RS. *Rev Saude Publica*. 2017; 51:52.
28. Masnoon N, et al. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):230.
29. Miranda SVC, et al. Necessidades e reivindicações de homens trabalhadores rurais frente à Atenção Primária à Saúde. *Trab. educ. saúde*; 18(1); Rio de Janeiro: 2020.
30. Nascimento RCRM, et al. Polypharmacy: a challenge for the primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Rev. Saúde Pública* 2017; 51: suppl.2, 19s.
31. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. 2015, disponível em <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
32. Organização Pan-Americana de Saúde. Folha informativa – Envelhecimento em saúde, disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820 : 2018
33. Peligros AG, et al. Self-perceived health, the use of services and drug consumption in a noninstitutionalized older population. *Aten Primaria* 1993; 11(5): 233-234, 235-238.

34. Pereira KG, et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. *Rev. bras. epidemiol.* 2017; 20(2): 335-344.
35. Pinto AH, et al. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva.* 2016; 21(11).
36. Quiroga SV, et al. Drug consumption by people over 60 years of age in a rural area. *Aten Primaria* 1996; 17(8): 496-500.
37. Rozenfeld S, et al. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2008; 23(1): 34-43.
38. Rushworth GF, et al. A cross-sectional survey of the access of older people in the Scottish Highlands to general medical practices, community pharmacies and prescription medicines. *Res Social Adm Pharm* 2018; 14: 76-85.
39. Santos TRA, et al. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2013; 47: 94-103.
40. Secoli, SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev. bras. enferm.* 2010, vol. 63.
41. Secoli, SR. et al. Sobrevida de idosos e exposição à polifarmácia no município de São Paulo: Estudo SABE. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2018, vol.21.

42. Sigurdardottir AK, et al. Socioeconomic status and differences in medication use among older people according to ATC categories and urban-rural residency. *Scand J Public Health* 2013; 41(3): 311-317.
43. Silva RCS. Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública 2000; 215.
44. Snyder VNS, et al. Damage, not age, is what makes a person old: ageing and health in rural males. *Salud Publica Mex* 2005; 47(4): 294-302.
45. Stoehr GP, et al. Factors associated with adherence to medication regimens in older primary care patients: the Steel Valley Seniors Survey. *Am J Geriatr Pharmacother* 2008; 6(5): 255-263.
46. Wong H, et al. Associations between alcohol use, polypharmacy and falls in older adults. *Nurs Older People* 2016; 28: 30-36.
47. Yang M, et al. Does residing in urban or rural areas affect the incidence of polypharmacy among older adults in western China? *Arch Gerontol Geriatr* 2015; 60(2): 328-333.

2 – RELATÓRIO DE CAMPO

O curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) possui seu modelo de trabalho baseado no formato de um consórcio de pesquisa. Esse modelo de pesquisa propicia o trabalho conjunto de todos os mestrandos do programa, desde a elaboração dos instrumentos de pesquisa à coleta de dados. O consórcio da turma de mestrandos 2016-2017 foi denominado “Saúde da população rural Rio-Grandina”. Seu objetivo geral era conhecer indicadores básicos de saúde e o padrão de morbidade e de utilização e acesso a serviços de saúde em três grupos populacionais residentes nesta área: crianças menores de cinco anos e suas mães, mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) e idosos (60 anos ou mais). Além deste objetivo geral, foram incorporados os objetivos específicos de cada pós-graduando (a), conforme apresentado no quadro 1.

1. Organização do consórcio

Quadro1. Descrição dos alunos, graduação, população de estudo e tema de pesquisa do consórcio de 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

	Aluno (a)	Graduação	População	Tema de pesquisa
1	Adriana Camerini	Odontologia	Crianças	Saúde bucal
2	Aline Henriques Perceval	Fisioterapia	Idosos	Apneia do sono
3	Alessandra Coelho Dziekaniak	Medicina	Idosos	Incontinência urinária
4	Andrea Silveira Lourenço	Psicologia	Mulheres	Violência psicológica
5	Fabiana da Silva Fernandes	Enfermagem	Crianças	Sibilância recorrente
6	Fernanda de Castro Silveira	Nutrição	Mulheres	Consumo alimentar
7	Franciane M. Machado SchroedeR	Odontologia	Idosos	Serviços odontológicos
8	Luiza Santos Ferreira	Psicologia	Idosos	Serviços de atenção primária
9	Mariana Lima Corrêa	Psicologia	Idosos	Depressão
10	Nathalia Matties Maas	Nutrição	Domicílios	Insegurança alimentar
11	Otávio Amaral de Andrade Leão	Educação Física	Idosos	Comportamento Sedentário
12	Pedro San Martin Soares	Psicologia	Mulheres	Transtornos mentais comuns
13	Sabrina Silveira Leite	Enfermagem	Crianças	Adequação do pré-natal
14	Stephanie Jesien	Fisioterapia	Idosos	Curandeiros e benzedeiros
15	Vitória dos Santos Alam	Nutrição	Idosos	Comportamento alimentar
16	Priscila Arruda da Silva	Enfermagem	-	-
17	Seiko Nomiya	Enfermagem	-	-

O "Estudo Saúde da população rural Rio-Grandina" foi coordenado pelos professores Rodrigo Dalke Meucci e Juraci Almeida Cesar. O trabalho de campo foi supervisionado por uma equipe de dezessete pós-graduandos, que incluiu, além dos 15 mestrandos e uma pós-doutoranda do PPGSP, uma doutoranda do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da FURG.

Para otimização dos trabalhos, os pós-graduandos foram alocados nas seguintes comissões:

a) Elaboração dos questionários: responsável pela estruturação dos questionários na versão em papel;

b) Elaboração do manual de instruções: responsável pela elaboração dos manuais de instruções, contendo informações acerca de todas as perguntas e alternativas presentes nos questionários;

c) Banco de dados e questionário eletrônico: responsável por programar o questionário eletrônico no programa RedCap® a partir do questionário da versão em papel. Além disso, no decorrer da coleta de dados, esta comissão foi responsável pelo envio dos dados dos tablets para o servidor <http://redcap.furg.br/>, bem como pela limpeza do banco de dados e verificação/correção de inconsistências;

d) Controle de qualidade: responsável pela elaboração e aplicação de uma versão reduzida dos questionários para verificação da consistência das respostas através da reentrevista de 10% dos indivíduos de cada uma das populações;

e) Mapeamento dos setores e registro de campo: responsável por mapear os setores censitários da área rural e planejar trajetos, além de monitorar os números de domicílios, indivíduos, pendências, perdas e recusas;

f) Organização financeira: responsável pela gestão das finanças do consórcio, incluindo compra de materiais, aluguel de veículos, pagamento de pessoal e prestação de contas;

g) Folder: responsável pela elaboração e diagramação do folder de divulgação do estudo, o qual foi distribuído em todos os domicílios visitados pela equipe deste consórcio.

2. Instrumentos e manuais de instruções

Foram elaborados quatro questionários, sendo um bloco domiciliar, bloco do idoso, blocoparamulheresde15-49eblocoparacriançasmenoresde5anos.

O questionário do Bloco domiciliar era respondido pelo chefe do domicílio, preferencialmente alguém com 18 anos ou mais. Este questionário avaliou aspectos socioeconômicos e demográficos da família, participação em programas de transferência de renda (Bolsa Família), criação de animais, cultivo de alimentos, doenças genéticas na família, planos de saúde e uma escala reduzida da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar.

O questionário para idosos foi aplicado em indivíduos com 60 anos ou mais de idade. Foram investigados aspectos relacionados à saúde física e mental, acesso a serviços de saúde, utilização de serviços de benzedeiras, aspectos comportamentais (consumo de álcool, tabagismo, atividade física), comportamento sedentário, comportamento alimentar e utilização de serviços odontológicos.

O questionário das mulheres foi aplicado a mulheres de 15 a 49 anos e/ou mães de crianças com menos de cinco anos. Foram avaliados aspectos relacionados à saúde reprodutiva, transtornos mentais comuns, consumo alimentar, violência psicológica e comportamento (consumo de álcool, tabagismo, atividade física)

O questionário das crianças foi aplicado às mães de menores de cinco anos de idade. Foram avaliados aspectos relacionados à adequação da assistência ao pré-natal, sibilância recorrente, saúde bucal, vacinação e alimentação. Peso e altura/comprimento da criança foram aferidos ao final das entrevistas.

3. Seleção e treinamento de entrevistadoras para aplicação dos questionários em papel

O treinamento das entrevistadoras com o questionário na versão em papel foi realizado entre os dias 10 e 13 de abril de 2017, totalizando uma carga horária de 32 horas (quadro 2). Ao final das apresentações de cada um dos blocos de questionários (domiciliar, mulher em idade fértil, criança e idoso), as candidatas simularam a aplicação dos instrumentos com os pós-graduandos. No último dia de treinamento foi realizado o estudo piloto num setor censitário da área rural de Rio Grande. Os

domicílios abordados no estudo piloto foram excluídos do processo de amostragem realizado durante a coleta de dados. Ao final do treinamento, foram selecionadas seis candidatas, ficando uma como suplente.

Quadro2. Cronogramado treinamento das entrevistadorasrealizado no ano de 2017. Programa de Pós-Graduação emSaúde Pública/FURG.

Programação	10/abril	11/abril	12/abril	13/04
Apresentação geral do consórcio.				
Apresentação do bloco domiciliar.				
Simulação do bloco domiciliar.				
Apresentaçãodoblocoparamulheresemidade fértil.				
Simulação do bloco para mulheres em idade fértil.				
Apresentação do bloco para crianças.				
Simulação do bloco para crianças.				
Treinamento de medidas antropométricas: peso e altura/comprimento de crianças.				
Apresentação do bloco para idosos.				
Simulação do bloco para idosos.				
Estudo piloto				

3.1 Treinamento de entrevistadoras para aplicação dos questionários eletrônicos

Após três semanas de coleta de dados com os questionários em papel, foi realizado um novo treinamento, dessa vez utilizando os questionários eletrônicos em tablets, através do aplicativo móvel RedCap®. Esse treinamento foi realizado em duas tardes, totalizando uma carga horária de oito horas.

4. Amostragem

A zona rural do município de Rio Grande é constituída por 24setores censitários com cerca de 8500 habitantes distribuídos em aproximadamente 2700 domicílios permanentemente habitados.

Para a seleção de idosos e mulheres de 15-49 anos, utilizou-se um processo de amostragem de modo a selecionar 80% dos domicílios da zona rural. Este processo foi realizado através do sorteio de um número entre "1" e "5", sendo que o número sorteado correspondeu ao domicílio considerado pulo. Por exemplo, no caso do

número "3" ter sido sorteado, todo domicílio de número "3" de uma sequência de cinco domicílios não era amostrado, ou seja, era pulado. Este procedimento garantiu que fossem amostrados quatro em cada cinco domicílios.

Para a seleção das crianças menores de 5 anos, foi realizado um censo dos domicílios da zona rural. Deste modo, mesmo os domicílios pulados no processo de amostragem para idosos e mulheres entre 15-49 anos foram abordados para verificar se haviam moradores menores de 5 anos de idade. Em caso afirmativo, a mãe era entrevistada através aplicação dos questionários da criança e domiciliar, além de realizadas as medidas antropométricas da criança.

5. Logística do trabalho de campo

O trabalho de campo iniciou no dia 17 de abril de 2017 e encerrou em 29 de outubro do mesmo ano. Inicialmente, a coleta de dados era realizada de segunda à sexta-feira, das 12:00 às 19:00 horas. Posteriormente, passou a ser feita também nos finais de semana.

Para organização da coleta de dados, os pós-graduandos foram alocados em três escalas semanais de trabalho. A primeira, realizada no turno da manhã, era destinada à organização da sala do consórcio, denominada de Quartel General(QG). O supervisor escalado tinha a responsabilidade de providenciar os materiais necessários à coleta de dados que seria realizada no turno da tarde. Todo material devia ser organizado em seis pastas individuais para cada entrevistadora (caneta, lápis, borracha, questionários em papel, tablets, termos de consentimento, folders). Além disso, eram organizadas caixas com balanças, estadiômetros e bolsas de pesagem de crianças.

A segunda escala, também matutina, era referente à comissão do questionário eletrônico, composta por dois membros que se revezavam diariamente para envio de dados e revisão/correção de inconsistências.

A terceira escala organizou os pós-graduandos para a supervisão da coleta de dados. Foi elaborada de modo a garantir a presença de pelo menos dois supervisores em campo junto às entrevistadoras. Nessa escala, um supervisor trabalhava a semana inteira enquanto os outros se alternavam durante os dias de semana. O deslocamento

diário das equipes foi realizado predominantemente por viaturas oficiais conduzidas por motoristas da FURG. Adicionalmente, para agilizar a coleta de dados, foi utilizada uma viatura com motorista da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande, a qual foi cedida por cerca de 40 dias úteis. Também foram utilizados veículos alugados custeados pelo próprio consórcio, além de carros particulares de alguns mestrandos e do coordenador.

5.1 Abordagem de domicílios

Sempre que chegava em um domicílio elegível amostrado, ou não amostrado com morador menor de 5 anos de idade, o supervisor lhe atribuía um número na planilha de domicílios. Em seguida, abordava os moradores, explicando o estudo, entregando o folder de divulgação e convidando os participantes elegíveis a participar. Mediante aceite, o supervisor apresentava a entrevistadora que, após leitura e assinatura do termo de consentimento, aplicava o questionário correspondente à faixa etária do(s)entrevistado(s), mais o bloco domiciliar ao chefe do domicílio.

5.2 Organização de trajetos e domicílios

A equipe responsável pelos trajetos e planilhas de domicílios organizou os mapas e trajetos de modo que os supervisores soubessem para quais localidades deveriam se deslocar. Isso foi feito de modo a permitir a identificação de domicílios pendentes e/ou finalizados. Do mesmo modo, era feita a descrição dos locais onde a coleta de dados havia parado, viabilizando a continuidade do trajeto no dia seguinte.

As planilhas de controle de trabalho de campo foram elaboradas para que os supervisores anotassem os registros dos domicílios e trajetos percorridos. Primeiramente, o supervisor deveria preencher a planilha com informações do domicílio (número de identificação e endereço), as populações identificadas (crianças menores de 5anos, mulheres de 15-49 anos e idosos) e a situação do domicílio (pulo, vazio ou inelegível). Ao final da planilha, eram anotados os domicílios com alguma pendência e que, portanto, deveriam ser revisitados. No decorrer do trabalho de campo foi adicionada a coluna "status do domicílio" na qual foi convencionada a

seguinte simbologia: “OK” se o domicílio estava completo com todos os questionários realizados; “P” para pendente; “V” para vazio; “INE” inelegível; “?” se a população não tinha sido identificada por porteira fechada ou falta de acesso ao domicílio; “RE” recusa; e “X” para os domicílios que eram pulo.

Também foram adicionadas colunas para registrar os nomes dos indivíduos elegíveis e telefone para contato. Os endereços deveriam ser anotados com o máximo possível de informações de pontos de referência e aspectos da moradia (cor, tipo de construção etc.) para facilitar o retorno quando necessário.

No início da coleta de dados os trajetos eram feitos de acordo com as delimitações dos setores censitários a partir dos mapas fornecidos pelo IBGE. Entretanto, para otimizar as saídas de campo e aumentar o número de entrevistas realizadas por dia, foram planejados trajetos que incluíam mais setores. Por exemplo, a BR 471 (estrada Rio Grande-Chuí) passa por 7 setores censitários, assim, o supervisor levava todas as planilhas dos setores incluídos na BR471 e arredores.

Adicionalmente, alguns trajetos tiveram que ser reorganizados em decorrência da dificuldade de acesso. Assim, foram designadas equipes de supervisores e entrevistadoras para viabilizar a identificação de domicílios e realização das entrevistas nas localidades remotas ou de difícil acesso. Conforme este planejamento em dias específicos, a coordenação do estudo solicitou a saída a campo com caminhonetes com tração nas quatro rodas, de acordo com a disponibilidade do setor de viaturas da FURG e/ou da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande.

5.3 Revisão/Codificação e Digitação dos Questionários em Papel

Durante as três primeiras semanas do trabalho de campo, as entrevistas foram realizadas em questionários de papel sendo estes, posteriormente, revisados, codificados e digitados no programa RedCap®.

5.4 Banco de dados e questionário eletrônico

Após a elaboração e preparo do questionário eletrônico, a partir da quarta semana de trabalho de campo, os dados passaram a ser coletados através de tablets utilizando o programa RedCap®. Os dados armazenados nos tablets eram diariamente enviados para o servidor da FURG (redcap.furg.br) através de conexão com a internet. Semanalmente, no próprio servidor, era realizado um controle de qualidade dos dados (ferramenta "data quality") para a identificação de variáveis sem resposta ou com algum erro. Nestes casos, os questionários retornavam às entrevistadoras para correção das informações. Após correção, os dados eram novamente enviados ao servidor. Adicionalmente, era realizado um backup semanal do banco de dados em planilhado Microsoft Excel® para garantir que não houvesse perda de informações.

Ao final do trabalho de campo, foram feitas correções adicionais nos bancos de dados e todas as informações que permitiam a identificação dos indivíduos foram excluídas dos bancos enviados aos pós-graduandos para análise no programa estatístico Stata14®.

5.5 Controle de qualidade

Foi aplicada uma versão reduzida de cada instrumento (domiciliar, idosos, crianças até 5 anos e mulheres 15-49 anos) em 10% dos indivíduos entrevistados. Os indivíduos reentrevistados foram sorteados a partir de uma listagem semanal das entrevistas realizadas. As reentrevistas foram realizadas pelos mestrandos por meio de ligações telefônicas iniciadas em 15 de maio de 2017. Ao final do controle de qualidade, foram aplicados 226 questionários domiciliares (13,8%), 38 questionários de crianças (10,2%), 113 questionários de mulheres em idade fértil (10,5%) e 105 questionários de idosos (10,2%).

Em seguida, foi calculada a estatística Kappa que variou do seguinte modo entre as variáveis analisadas, conforme o instrumento:

- bloco domiciliar: 0,52 a 0,94;
- bloco idosos: 0,50 a 0,88;

- bloco paramulheres de 15-49 anos: 0,51 a 0,97;
- bloco para crianças: 0,68 a 0,84.

Deste modo, a concordância das questões utilizadas nos quatro instrumentos utilizados variou entre boa a excelente.

6. Números gerais da pesquisa

Ao final do trabalho de campo, foram identificados 4.189 domicílios na área rural do município de Rio Grande, sendo 2.669 domicílios permanentes e 1.419 desocupados ou com moradores temporários (somente finais de semana/temporada). Não foi possível obter informações de moradores ou vizinhos de 110 domicílios mesmo após três ou mais tentativas.

Dos 2.669 domicílios que apresentavam moradores permanentes, foram amostrados 2218, o que corresponde a uma amostragem de 83,1% dos domicílios da área rural de Rio Grande. Deste total de domicílios amostrados, 1785 eram elegíveis, ou seja, tinham moradores de ao menos uma das três populações de interesse (crianças menores de cinco anos, mulheres entre 15 e 49 anos ou idosos) (Quadro 3). Do total de domicílios elegíveis amostrados, o percentual de perdas e recusas foi de 8,4%.

Quadro3. Descrição do processo de identificação e amostragem de domicílios da zona rural de Rio Grande, RS. Consórcio 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

Total de domicílios encontrados	Total de domicílios com moradores permanentes	Total de domicílios amostrados	Total de domicílios amostrados com população elegível
4189	2669	2218	1785

Os dados referentes a cada população específica do estudo, incluindo perdas e recusas estão descritos no quadro 4.

Quadro4. Totais das populações estudadas no Consórcio 2016-2017 do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública/FURG.

População	Identificados	Amostrados	Perdas	Recusas	%Total de Perdas e Recusas
Crianças	360	360 (100%)	14 (3,9%)	3 (0,8%)	4,7%
Mulheres em idade fértil	1.391	1.199 (86,2%)	103 (8,6%)	17 (1,4%)	10,0%
Idosos	1.351	1.131 (83,7%)	78 (7,0%)	22 (1,9%)	8,9%

7. Aspectos Éticos

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande sob o parecer Nº 51/2017, processo 23116.009484/2016-26. Idosos e mulheres com idade entre 18-49 anos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As adolescentes de 15-17 anos assinaram o termo de assentimento e todos os responsáveis pelos menores de 18 anos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

7.1 Encaminhamentos de saúde mental

O questionário dos idosos incluiu o Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9), o qual é um instrumento utilizado para rastreamento de sintomas depressivos que possui uma questão específica referente à ideação suicida. Todos os idosos que responderam afirmativamente para esta pergunta foram contactados para oferta de encaminhamento às Unidades Básicas de Saúde da área rural de Rio Grande, conforme acordado com a Secretaria Municipal de Saúde.

8. Orçamento

A pesquisa recebeu financiamento da Pastoral da Criança, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e dos próprios pós-graduandos. O custo total deste consórcio de pesquisa foi de R\$48.995,00 (quarenta e oito mil novecentos e noventa e cinco reais). A maior parte deste montante foi

utilizada para pagamento de entrevistadoras, aluguel de carro, custeio de combustível, confecção de camisetas e compra de materiais de escritório.

9. Apoio

A execução deste consórcio de pesquisa teve apoio logístico e organizacional da Faculdade de Medicina da FURG, coordenação do PPGSP, Pró-Reitoria de Infra Estrutura/Divisão de Transportes/FURG e Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação da Estratégia em Saúde da Família/Setor de Viaturas/ Prefeitura Municipal de Rio Grande.

10. Participação do autor

Devido a não participação do autor nas fases de coleta de dados, este estudo utilizou um banco de dados ainda não explorado do consórcio, centrado no uso de medicamentos pela população idosa entre os domicílios amostrados, baseando o estudo na análise descritiva das características da população idosa residente na área de interesse, bem como as prevalências dos desfechos escolhidos.

O instrumento de coleta de dados acerca dos medicamentos resta no método de inventário e recordatório, registrando o nome comercial e nome aproximado dos fármacos utilizados. Para adequação da grafia dos fármacos fornecidos pelos entrevistados, bem como do nome comercial para seu princípio ativo, foi realizado trabalho em conjunto com as bolsistas de graduação em medicina Giovanna Pagliaro, Marielly Mantey e Simone Heckler de Lima, onde após a adequação, cada princípio ativo foi categorizado de acordo com as classificações anatômicas terapêuticas, conforme a ATC.

3 – ADAPTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO ORIGINAL

O projeto original foi apresentado no dia 11 de dezembro de 2019, sob orientação do Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci. Neste volume resta o projeto retificado e revisado pelo orientador, tendo como base as sugestões realizadas pela banca avaliadora.

A revisão de literatura foi ampliada, bem como foi adicionada a definição de polifarmácia na mesma, ficando definido para este projeto “a utilização de 5 ou mais medicamentos de forma contínua”. Foi realizada a adição de novos trechos na introdução, com melhor definição de “população rural”, bem como contextualização na introdução para a referida população.

Na justificativa, o envelhecimento foi relacionando com a prevenção quaternária e possíveis efeitos das medicações.

**4 – NORMAS DA REVISTA A QUAL O ARTIGO SERÁ SUBMETIDO
(REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA)**

1. Escopo e informações gerais

A Revista Brasileira de Epidemiologia (RBE) é um periódico científico publicado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (www.abrasco.org.br). Seu primeiro número foi publicado em 1998, mantendo desde então contínua e regular divulgação de artigos originais com elevado mérito científico que contribuam para o avanço do conhecimento e o desenvolvimento da Epidemiologia e ciências afins.

Os artigos são publicados em fluxo contínuo e todos são de acesso livre e gratuito em <https://www.scielo.br/rbepid>. Os artigos publicados pela RBE estão sob licença Creative Commons do tipo BY-CC. Assim, é permitida a cópia, a adaptação, a remixagem e a redistribuição do material em qualquer formato e por qualquer meio, indicando claramente eventuais mudanças realizadas. Sempre devem ser dados os créditos apropriados de autoria e publicação, além de apresentado o link para a licença. Ao publicarem seu artigo na RBE, os autores transferem os direitos autorais à revista e concedem a ela o direito de primeira publicação.

Os manuscritos são submetidos online por meio da plataforma Scholar One, disponibilizada em <https://mc04.manuscriptcentral.com/rbepid-scielo>.

A Revista Brasileira de Epidemiologia não cobra taxas para a submissão, a avaliação ou a publicação de artigos.

2. Políticas da Revista Brasileira de Epidemiologia

2.1. Política de ética e transparência na publicação

2.1.1 Princípios gerais

A RBE segue as orientações de ética e transparência na publicação contidas no documento Princípios de Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas, publicado pelo Committee on Publication Ethics (COPE), pelo Directory of Open Access Journals (DOAJ), pela Open Access Scholarly Publishers Association (OASPA) e pela World Association of Medical Editors (WAME). Ele pode ser acessado na íntegra em <https://doi.org/10.24318/cope.2019.1.12>.

2.1.2. Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Todos os trabalhos submetidos à RBE devem ter seguido as recomendações de ética em pesquisa da Declaração de Helsinque e as normas constantes nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. A aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é dispensada para estudos que analisam dados agregados e sem identificação das pessoas, tais como aqueles disponíveis em bancos de dados oficiais de domínio público. Nenhuma instância é superior ao CEP para analisar a natureza das propostas de investigação, seguindo a orientação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (CONEP). O CEP que aprova a investigação deve ser registrado na CONEP.

É obrigatório o envio da cópia do parecer do CEP no ato da submissão.

2.1.3. Registro de ensaios clínicos

A RBE apoia as políticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) para registro de ensaios clínicos, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação em acesso aberto. Por essa razão, são aceitos para publicação somente os artigos de pesquisa clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação/aprovação deverá ser registrado na Folha de rosto.

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

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR);
- ClinicalTrials.gov;
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN);
- Netherlands Trial Register (NTR);
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR);
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP).

2.1.4. Critérios de autoria

Para a definição de autoria dos artigos, a RBE acompanha as Recomendações para Elaboração, Redação, Edição e Publicação de Trabalhos Acadêmicos em Periódicos Médicos, elaboradas pelo International Committee of Medical Journal Editors. Os autores devem seguir as diretrizes disponíveis em <http://www.icmje.org/>, traduzidas para o português no artigo de Duarte e Pansani (2015), disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300577.

2.1.5. Má conduta em pesquisa

A RBE incorpora em seus protocolos rígidas diretrizes para prevenir e identificar eventuais más condutas nas pesquisas. Caso identificado algum sinal de má conduta no estudo submetido à revista, os Editores-Chefes seguem as diretrizes COPE para lidar com a situação.

2.1.6. Compartilhamento de dados

A RBE incentiva que os autores disponibilizem publicamente os dados brutos dos seus estudos e as rotinas utilizadas nas análises dos dados. No caso de estudos de intervenção, os dados devem, obrigatoriamente, estar disponíveis em acesso aberto ou a pedido, sempre anonimizados.

2.2. Política do processo de revisão por pares

O processo de revisão por pares é etapa vital do processo editorial do artigo, por isso a RBE dedica a ele muito cuidado. Ao mesmo tempo, a revista entende que a agilidade do processo editorial é muito importante para os autores e para a comunidade científica. Assim, a RBE procura sempre oferecer análises com ética, máximo rigor científico e agilidade. Para isso, são seguidas as seguintes etapas:

2.2.1. Análise de mérito pelos Editores-Chefes

Todos os manuscritos recebidos são analisados pelos Editores-Chefes, que avaliam (a) a adequação do estudo ao escopo da revista, (b) a contribuição que ele oferece ao avanço do conhecimento, (c) a sua originalidade, (d) o rigor metodológico com que o estudo foi conduzido, (e) a aderência das conclusões aos resultados apresentados.

2.2.2. Revisão técnica dos manuscritos

A secretaria-executiva da RBE avalia se os manuscritos selecionados pelos Editores-Científicos estão formatados de acordo com as instruções técnicas da revista. Caso alguma incorreção seja identificada, o manuscrito é devolvido ao autor de correspondência com a indicação do ajuste necessário. Apenas textos que atendam a todos os critérios de forma descritos nas “Instruções aos Autores” passam à revisão por pares.

2.2.3. Revisão por pares

Os manuscritos selecionados pelos Editores-Chefes são encaminhados a um Editor-Associado, que sempre será um pesquisador com sólida e reconhecida formação no tema do manuscrito. Ele irá indicar revisores com notória competência para análise do estudo. Cada manuscrito irá receber no mínimo dois pareceres, que serão analisados pelo Editor-Associado para elaboração de um parecer aos Editores-Chefes. O processo de revisão por pares adotado pela RBE é duplo-cego, ou seja, revisores e autores não conhecem as identidades uns dos outros.

2.2.4. Decisão editorial:

Com base nos pareceres dos revisores e do Editor-Associado, os Editores-Chefes decidem (1) pela recusa do manuscrito; (2) por oferecer nova chance aos autores mediante apreciação e resposta aos pareceres recebidos; ou (3) aprovação com ou sem mudanças. No caso dos desfechos 2 e 3, a apreciação da nova versão do

manuscrito pode ser feita apenas pelos editores ou o texto revisado pode ser enviado novamente a revisores ad hoc. Mais de uma rodada de avaliação do manuscrito pode ser necessária, de acordo com os pareceres dos editores. A não observância pelos autores dos prazos de revisão estipulados pela revista pode resultar no arquivamento da submissão.

A RBE analisa todos os manuscritos submetidos em sistema para identificação de plágio.

A RBE reforça aos revisores a necessidade de rigorosa observância dos requisitos éticos para revisão por pares elaborados pelo Committee on Publication Ethics, conforme disponível em https://publicationethics.org/files/Ethical_Guidelines_For_Peer_Reviewers_2.pdf

2.3. Equidade de gênero

Editores e revisores da Revista Brasileira de Epidemiologia, além dos autores que publicam na revista, devem sempre observar as diretrizes sobre Equidade de Sexo e Gênero em Pesquisa (Sex and Gender Equity in Research - SAGER). As diretrizes SAGER compreendem um conjunto de diretrizes que orientam o relato de informações sobre sexo e gênero no desenho do estudo, na análise de dados e nos resultados e interpretação dos achados, conforme descrito em inglês em <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/sager-guidelines/> e em português em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017005001101&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Além disso, a RBE observa a política de equidade de gênero na formação de seu corpo de editores e revisores.

3. Tipos de manuscritos aceitos

A RBE recebe manuscritos nas seguintes categorias:

Artigos originais: com resultados inéditos de pesquisas (máximo de 3.400 palavras);

Artigos de revisão sistemática e metanálise (não são aceitas revisões integrativas; máximo de 3.400 palavras);

Artigos metodológicos e ensaios teóricos: artigos que tratem de técnicas ou teorias utilizadas em estudos epidemiológicos (máximo de 3.400 palavras);

Artigos que descrevam e analisem os procedimentos metodológicos de estudos conduzidos no Brasil: o objetivo é apresentar como se dá a construção de estudos de base populacional, sejam transversais ou de coorte, compartilhando experiências, desafios e soluções. A Introdução deve apresentar o contexto e sua justificativa; os Métodos devem conter os procedimentos adotados, público participante, medidas realizadas, desafios e soluções; os Resultados devem contemplar os principais resultados gerais do estudo; e a Discussão deve apresentar as suas implicações, como o artigo se situa diante das demais pesquisas e incluir suas fortalezas e limitações (máximo de 3.400 palavras);

Artigos para Debate: o artigo receberá comentários e análises de diferentes autores na forma de consenso/dissenso. Essa modalidade ocorre a convite dos editores (máximo de 2.000 palavras);

Comunicações breves: relatos curtos dos resultados de pesquisa original. Em geral são análises mais enxutas e com breve discussão dos resultados (máximo de 1.000 palavras, 2 tabelas/figuras e até 6 referências);

Cartas ao Editor: comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista Brasileira de Epidemiologia (de 500 a 700 palavras).

A contagem das palavras contempla Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (folha de rosto, resumo, abstract, referências, tabelas e figuras não são incluídas nessa contagem).

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Epidemiologia, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. As informações e os conceitos presentes nos artigos, bem como a veracidade dos conteúdos das pesquisas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

4. Apresentação dos manuscritos

Os manuscritos são aceitos em português, espanhol ou inglês. Os artigos em português e espanhol devem ser acompanhados do resumo no idioma original do

texto, além de abstract em inglês. Os artigos em inglês devem ser acompanhados do abstract no idioma original do artigo, além de resumo em português.

Os manuscritos devem ser apresentados obrigatoriamente com a seguinte estrutura, em arquivo único:

4.1. Folha de rosto

A folha de rosto deve conter:

- Título do manuscrito em português e inglês (máximo de 25 palavras cada título);
- Título resumido (máximo de 10 palavras);
- Dados dos autores (nomes completos, e-mails, números ORCID, entidades institucionais de vínculo profissional com cidades, estados e países — titulação e cargo não devem ser descritos);
- Indicação do autor para correspondência, com seu endereço completo e e-mail;
- Agradecimentos (máximo de 70 palavras). Podem ser mencionadas nos agradecimentos pessoas que colaboraram com o estudo, porém não preencheram os critérios de autoria, e/ou instituições que apoiaram a pesquisa com recursos financeiros, logísticos ou outros. Os autores devem enviar à RBE a anuência (formulário assinado) das pessoas mencionadas nos agradecimentos;
- Informação quanto à existência ou ausência de conflitos de interesses;
- Fonte de financiamento, informando se público ou privado; se não houver, mencionar que o estudo não contou com financiamento;
- Número de identificação/aprovação do CEP;
- Colaboração individual de cada autor na elaboração do manuscrito.

Nas páginas que seguem, iniciando sempre em nova página, as seguintes seções devem ser apresentadas:

4.2. Resumo e abstract

Os resumos devem ter, no máximo, 250 palavras e devem ser apresentados na forma estruturada, contemplando as seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. As mesmas regras aplicam-se ao abstract.

Os autores deverão apresentar no mínimo quatro e no máximo seis palavras-chave no idioma em que o manuscrito foi apresentado e em inglês. Caso o idioma seja o inglês, as palavras-chave também devem ser enviadas em português. Esses descritores devem estar padronizados conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (disponíveis em <http://decs.bvs.br/>).

- Introdução
- Métodos
- Resultados
- Discussão

Recomenda-se que o(s) último(s) parágrafo(s) da Discussão seja(m) destinado(s) às conclusões e recomendações.

4.3. Referências

Devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a primeira menção no texto e utilizando-se algarismos arábicos sobrescritos. A listagem final deve seguir a ordem numérica do texto, ignorando a ordem alfabética dos autores. Não devem ser abreviados títulos de livros, editoras ou outros. Os títulos de periódicos seguirão as abreviaturas do Index Medicus/Medline. Devem constar os nomes dos seis primeiros autores, seguidos da expressão et al. quando ultrapassarem esse número. Sempre que disponível, o Digital Object Identifier (DOI) deve ser informado ao final da referência, conforme exemplo a seguir. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências, sendo apresentados somente no corpo do texto ou em nota de rodapé. Quando um artigo estiver em vias de publicação, deverão ser indicados o título do periódico, o ano e outros dados disponíveis, seguidos da

expressão, entre parênteses, “No prelo” ou “In press”. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

4.3.1. Exemplos de referências

Artigo de periódico

Vieira LS, Gomes AP, Bierhals IO, Farías-Antunez S, Ribeiro CG, Miranda VIA, et al. Quedas em idosos no Sul do Brasil: prevalência e determinantes. Rev Saúde Pública 2018; 52: 22. <https://doi.org/10.11606/s518-8787.2018052000103>

Barros AJ, Victora CG. Measuring coverage in MNCH: determining and interpreting inequalities in coverage of maternal, newborn, and child health interventions. PLoS Med 2013; 10: e1001390. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001390>

Livros e outras monografias

Kirkwood BR, Sterne JAC. Essentials of medical statistics. 2ª ed. Malden: Blackwell Science; 2003.

Capítulo de livro

Laurenti R. Medida das doenças. In: Forattini OP, ed. Ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 369-98.

Dissertação

Terlan RJ. Prevalência de não realização de citopatológico de colo de útero entre gestantes no município de Rio Grande, RS [dissertação de mestrado]. Rio Grande: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Rio Grande (FURG); 2015.

Tese

Barros S. Efeito da respiração lenta na pressão arterial e na função autonômica em hipertensos [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP); 2017.

Trabalho de congresso ou similar (publicado)

Jacobina AT. A emergência do movimento da reforma sanitária brasileira e sua relação com os partidos políticos. In: Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2018 jul 26-29; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2018. Disponível em: <https://proceedings.science/saude-coletiva-2018/papers/a-emergencia-do-movimento-da-reforma-sanitaria-brasileira-e-sua-relacao-com-os-partidos-politicos>

Relatório da Organização Mundial da Saúde

World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2010. Genebra: World Health Organization; 2011.

Documentos eletrônicos

Brasil. Indicadores e dados básicos: IDB Brasil [Internet]. 2010 [acessado em 7 mar. 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/matriz.htm#mort>

4.4. Figuras e tabelas

As tabelas e figuras (gráficos, mapas e desenhos) deverão ser inseridas no final do manuscrito, não sendo permitido o envio em arquivos separados. Deve haver quebra de página entre cada uma delas, respeitando o número máximo de cinco páginas dedicadas a tabelas e figuras. Não formatar tabelas usando a tecla TAB; utilizar a ferramenta de tabelas do programa de editor de texto.

As ilustrações podem ter, no máximo, 15 cm de largura na orientação retrato e 24 cm de largura na orientação paisagem e ser apresentadas dentro da margem solicitada (configuração nomeada pelo Word como “Normal”). São aceitas figuras coloridas. As fotos devem ser fornecidas em alta resolução; os gráficos, em formato editável; e as tabelas, equações, quadros e fluxogramas devem ser enviados sempre em arquivo editável (MS Word ou MS Excel), nunca em imagem.

4.5. Material suplementar

Materiais adicionais que contribuam para melhor compreensão do artigo podem ser submetidos pelos autores. Esses arquivos ficarão disponíveis online e devem ser mencionados no corpo do texto. No entanto, esse material não será incorporado na diagramação do artigo e será publicado na forma em que for recebido. Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, os documentos suplementares não

passarão por revisão, padronização, diagramação ou tradução. Cada arquivo suplementar deve ser acompanhado de título que o descreva. Os autores devem transferir os arquivos em PDF, com a opção Arquivo Complementar para Avaliação (Supplemental File for Review). O conteúdo desses arquivos não deve ser inserido no final do manuscrito. Todos devem ser suficientemente claros para permitir sua reprodução e as imagens devem ser fornecidas em alta resolução.

4.6. Conflito de interesses

Todos os autores devem manifestar a existência ou a ausência de conflitos de interesses na realização do estudo. Os conflitos de interesses podem ocorrer quando algum autor ou instituição tem relações de qualquer natureza com organizações ou indivíduos que podem influenciar o estudo em questão. Exemplos de conflitos de interesses incluem vinculação de emprego, prestação de serviços de consultoria, financiamento ou outro auxílio financeiro recebido, participação acionária em empresas, posse de patentes e homenagens recebidas. Caso não haja conflito de interesses, os autores devem declarar: “Os autores informam a inexistência de qualquer tipo de conflito de interesses”.

A informação sobre conflitos de interesses deve ser incluída na folha de rosto.

4.7. Declarações

Todos os autores deverão concordar e assinar a declaração de conflito de interesses, a declaração de direitos autorais e a declaração de exclusividade da primeira publicação.

Não é necessário o envio das declarações na submissão do manuscrito. Os documentos serão solicitados pela secretaria da RBE apenas após a aprovação do manuscrito.

5. Uso de guias para relato de informações científicas

Recomenda-se aos autores, sempre que pertinente, a leitura e a observância dos guias de redação científica. Para ensaios clínicos, recomenda-se o CONSORT (<http://www.consort-statement.org/>), para estudos observacionais o STROBE

(<http://www.strobe-statement.org>) e para revisões sistemáticas o PRISMA (<http://www.prisma-statement.org>). Sugere-se o portal da Rede EQUATOR (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research) para acesso a outros guias e para orientações adicionais que visam garantir qualidade e transparência nas pesquisas em saúde (<https://www.equator-network.org>).

6. Outras orientações

Todo o conteúdo do artigo (folha de rosto, resumo, abstract, introdução, método, resultados, discussão, referências bibliográficas e ilustrações) deve ser apresentado em fonte Times New Roman, tamanho 12 e espaço entrelinhas duplo. Não utilizar quebras de linha. Não utilizar hifenizações manuais forçadas.

O arquivo final completo (folha de rosto, seções, referências e ilustrações) deve ser submetido somente no formato DOC (Microsoft Word).

Quando abreviaturas forem citadas pela primeira vez no texto, devem ser acompanhadas pelo termo por extenso. Não devem ser utilizadas abreviaturas no título e no resumo.

5 - ARTIGO FINAL
(A SER SUBMETIDO A REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA)

Título: Uso de medicamentos e poli medicação na população idosa residente no meio rural de Rio Grande – RS

Titile: Use of medicines and poly medication in the elderly population living in rural areas of Rio Grande – RS

Título resumido: Uso de medicamentos e poli medicação em idosos de área rural no extremo sul – Brasil

Autores:

Juliano Barbosa da Costa

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande (RS), Brasil.

Rodrigo Dalke Meucci

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande (RS), Brasil.

Autor Correspondente:

Juliano Barbosa da Costa. Universidade Federal do Rio Grande. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Rua Visconde de Paranaguá, 102 - Centro, Rio Grande - RS, 96203-900.

E-mail: dr.julianobarbosa@gmail.com

Conflitos de interesse: Nada a declarar

Fonte de Financiamento: Não houve

Comitê de Ética: Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (parecer N° 51/2017).

Contribuição dos autores: J.B.C. participou em todas as etapas do artigo. R.D.M. participou da revisão e escrita do texto.

Uso de medicamentos e poli medicação na população idosa residente no meio rural de Rio Grande – RS

Juliano B. da Costa¹

Rodrigo D. Meucci¹

1 - Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande (RS), Brasil.

Resumo

Objetivo: descrever o perfil da utilização de medicamentos na população idosa residente em meio rural de um município do extremo sul do Brasil.

Metodologia: estudo transversal com idosos residentes da zona rural de Rio Grande, RS, em 2017. A coleta de dados foi realizada por questionário domiciliar. Foram avaliadas a idade, coabitação, cor da pele, renda familiar, escolaridade, presença de morbidades e autoavaliação da saúde. Os desfechos foram a utilização de medicamentos nos últimos 14 dias, o uso de medicamentos de forma contínua e poli medicação, definida como uso de 5 ou mais fármacos nos últimos 14 dias. **Resultados:** A prevalência de uso de medicamentos foi de 78% (n=1029), 76,1% da amostra necessitava de algum fármaco de forma contínua e 16,7% faziam uso de poli medicação, sendo mais frequente nas mulheres, nos que auto referiram sua saúde como ruim/muito ruim e naqueles com mais de 3 comorbidades. A forma de obtenção mais frequente dos medicamentos foi a compra, sendo que 73,1% dos idosos compraram ao menos 1 medicamento. 34,5% conseguiram seus medicamentos diretamente na unidade básica de saúde ou farmácia municipal. **Conclusões:** Os indivíduos entrevistados apresentaram uma alta prevalência de uso de medicamentos e poli medicação, comparáveis a habitantes de áreas urbanas. A compra ainda é a principal forma de obter alguma medicação, com apenas 1/3 dos idosos conseguindo obter algum fármaco diretamente na unidade básica de saúde/farmácia popular, evidenciando a necessidade de ampliar a assistência farmacêutica.

Palavras chave: Idosos; Área Rural; Uso de medicamentos; Polimedicação.

Abstract

Objective: to describe the profile of medication use among elderly people living in the rural area of a municipality in the Brazilian far south. **Methods:** cross-sectional study with elderly residents in the rural area of Rio Grande, RS, in 2017. The data collection was performed by an electronic questionnaire. Age, cohabitation, skin color, family income, education, presence of morbidities and self-rated health were evaluated. The outcomes were the medication use in the last 14 days, the continuous use of medication and poly medication, defined as the use of 5 or more drugs in the last 14 days. **Results:** The prevalence of medication use was 78% (n = 1029), 76.1% used medication continuously and poly medication was reported by 16.7% of the sample, which was more frequent among women, those who self-reported their health as bad /very bad and those with more than 3 comorbidities. Purchase was the main way to get at least 1 medicine (73,1%). 34.5% obtained their medicines directly at the basic health unit or municipal pharmacy. **Conclusions:** it was found a high prevalence of medication use and poly medication, comparable to inhabitants of urban areas. Buying still the main way to obtain some medication, with only 1/3 of the elderly obtaining some drug directly at the Health basic unit/popular pharmacy, showing the need to expand pharmaceutical assistance.

Keywords: Elderly; Rural area; Medication use; Polymedication.

Introdução

O envelhecimento da população e aumento da perspectiva de vida é cada vez mais perceptível em praticamente todos os países, em 2015, os idosos representavam 12% da população mundial. A OPAS (Organização Pan Americana de Saúde) estima que em 2050, 80% dos idosos do mundo estarão nos países de baixa e média renda, nestes países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento¹, o envelhecimento populacional se dá de forma muito rápida, ocorrendo entre 40 a 50 anos, enquanto países mais desenvolvidos passaram pelo envelhecimento de suas populações de forma gradativa. Para o ano de 2019, a expectativa de vida do brasileiro ficou estimada em 76,5 anos². A falta de desenvolvimento e capacidade dos sistemas públicos em acolher esta nova realidade reflete-se em potencial diminuição da qualidade de vida e aumento da carga de DCNT (doenças crônicas não transmissíveis). Somado a isto, cerca de 35% dos idosos residentes em área rural continuam exercendo atividades laborais mesmo após se aposentarem³

O processo de envelhecimento pode vir acompanhado com um impacto da acumulação de uma grande variedade de danos celulares ao longo do tempo. Isto leva a uma diminuição gradual da capacidade física e mental, além do risco crescente de DCNT⁴. Somado a isso, os idosos residentes em área rural possuem uma carga de trabalho diferenciada, com maior esforço físico em atividades consideradas extenuantes, podendo levar a danos físicos, como problemas osteomusculares e dores crônicas, além de desgaste mental e emocional, sendo este um fator de risco para o aumento da probabilidade de o idoso ingerir algum medicamento⁵.

Para diminuir os efeitos destas condições, além de outras terapias, o uso de medicamentos é uma ferramenta de amplo emprego para regular, complementar ou auxiliar no tratamento destas comorbidades. Neste contexto, a disponibilidade e o uso de medicamentos para tratamento de DCNT numa população cada vez mais envelhecida passa a ser uma questão relevante para as políticas e o planejamento em saúde pública.

A primeira lista de medicamentos essenciais para o Brasil é anterior ao SUS (Sistema Único de Saúde) sendo estabelecida em 1964, à frente da primeira listagem da OMS, realizada apenas em 1977, sendo esses distribuídos de forma gratuita para os

usuários do sistema de saúde (até 1988 este não era de acesso universal). O SUS foi criado na Constituição Brasileira de 1988 e, tendo em vista o cumprimento do seu princípio da integralidade e diante da desarticulação e abastecimento irregular de medicamentos para os usuários, foi formulada a Política Nacional de Medicamentos (PNM)⁶ dentro da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Após evoluções nesta política, em 2004 foi instaurado o programa Farmácia Popular do Brasil, com unidades próprias dentro do Sistema Único de Saúde. A assistência farmacêutica também se faz presente na dispensação de medicamentos na atenção básica, diretamente nas Unidades Básicas de saúde e, a partir de 2006, o programa Farmácia Popular passou a utilizar a rede varejista de farmácias, ampliando seu alcance. Ao compreender a importância da assistência farmacêutica como política pública da saúde, alguns municípios criam ainda, de forma complementar, seus próprios programas de assistência, as Farmácias Municipais.

Este estudo busca identificar o perfil da utilização de medicamentos na população idosa residente em meio rural de um município do extremo sul do Brasil. Deste modo, descrever o perfil de utilização nesta população ajuda a compreender e identificar a importância da assistência farmacêutica como política pública da saúde.

Metodologia

Estudo transversal com idosos, parte da pesquisa “Saúde da população rural Rio-Grandina”, que teve seus dados coletados no ano de 2017^{7,8}, objetivando estudar indicadores básicos de saúde e o padrão de morbidade e de utilização e acesso a serviços de saúde em três grupos populacionais: crianças menores de cinco anos e suas mães, mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) e idosos (60 anos ou mais).

Para a seleção dos domicílios a serem entrevistados, foi utilizado um método para exclusão aleatória de 1 a cada 5 domicílios, sendo que a área rural de Rio Grande possuía em 2010 2.452 domicílios permanentemente habitados⁹, divididos em 24 setores censitários, nos quais residiam aproximadamente 1100 idosos (13,1% da população rural).

Este processo foi realizado através do sorteio de um número entre "1" e "5", sendo que o número sorteado correspondeu ao domicílio a ser excluído. Este

procedimento garantiu que fossem amostrados quatro em cada cinco domicílios (80%). Para este estudo, foram considerados elegíveis todos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, que residissem nos domicílios amostrados, mesmo que a aplicação dos questionários fosse realizada com seu cuidador.

Foram avaliadas a idade (em anos completos), coabitação (se vive só ou não), cor da pele, renda familiar (valor recebido por todos os moradores do domicílio no mês imediatamente anterior à entrevista), escolaridade (em anos completos de estudo), morbidades (hipertensão, diabetes, problemas pulmonares, problemas na coluna, reumatismo/artrite/artrose, osteoporose, episódio de depressão na vida) e autoavaliação da saúde.

As informações foram coletadas por entrevistadoras submetidas a um treinamento de 30 horas e a um estudo piloto. O questionário eletrônico foi aplicado em tablets através do aplicativo RedCap® (Research Electronic Data Capture). Diariamente, após o término das entrevistas, os questionários preenchidos eram exportados dos tablets para o servidor da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) onde eram efetuadas análises de consistência dos dados. Ao final, o banco de dados foi exportado para o Stata versão 15.1 para análise.

Para caracterização da utilização de medicamentos, foram utilizadas as seguintes perguntas: “O(a) Sr(a). precisa tomar algum remédio de uso contínuo?”, e “Desde a semana retrasada até agora o(a) Sr(a). usou algum remédio?”. Com resposta positiva a esta pergunta, eram realizados os seguintes questionamentos: “O(A) Sr(a). poderia trazer as caixas ou receitas de todos os remédios que tomou nos últimos 14 dias?”, sendo nesta pergunta listados até 10 medicamentos consumidos, caracterizando o método de inventário. Em seguida, foi investigado o método de obtenção dos medicamentos, se no posto de saúde ou farmácia municipal, amostra grátis, farmácia popular, se comprou ou outros.

Para descrição dos medicamentos utilizados, foi realizada uma adequação da grafia dos fármacos fornecidos pelos entrevistados, bem como do nome comercial para seu princípio ativo. Após este processo, foram obtidas duas variáveis: medicamentos inseridos no RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais)¹⁰ e medicamentos que não estão no RENAME, mas constam na ATC (Anatomical

Therapeutic Chemical - OMS)¹¹, sendo excluídos alguns fitoterápicos que não constavam em nenhuma das listas. A partir das duas variáveis, foi criada a junção dos medicamentos presentes nas referidas listagens, sendo que cada princípio ativo foi categorizado de acordo com a CATQ (classificação anatômica terapêutica química), conforme a ATC (Sangue e órgãos hematopoiéticos, Aparelho cardiovascular, Aparelho digestivo e metabolismo, Sistema nervoso, Aparelho geniturinário e hormônios sexuais, Órgãos sensitivos, Preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulinas, Sistema musculoesquelético, Anti-infecciosos para uso sistêmico, Aparelho respiratório, Fitoterápicos, Vários, Agentes antineoplásicos e imunomoduladores e Medicamentos dermatológicos). O banco de dados contava com o registro de até 10 medicamentos utilizados por indivíduo, sendo o perfil de consumo categorizado em 4 categorias, sendo elas: “nenhum medicamento”, “até dois medicamentos”; “de 3 a 4 medicamentos” e “5 ou mais medicamentos”. Esta última categoria é definida como poli medicação¹². O termo polifarmácia, mais usual, foi preterido pois não seria possível inferir se o uso dos fármacos se deu de forma contínua ou não, sendo esta forma de utilização critério para a definição do termo.

Para descrever os medicamentos utilizados em cada categoria de consumo “de um a dois medicamentos”; “de 3 a 4 medicamentos” e “5 ou mais medicamentos” conforme a CATQ, foi realizada a soma individual de medicamentos para cada categoria de consumo, passando a unidade de análise para medicamentos consumidos e não mais de indivíduos (idosos). Desta forma foi possível inferir as prevalências de cada classificação anatômica terapêutica para as faixas de consumo.

Conforme a resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da instituição, sendo aprovado pelo parecer Nº 51/2017, processo 23116.009484/2016-26. A todos participantes foi assegurada a participação voluntária e confidencialidade, respeitando a resolução 196/96 do CNS. As perguntas se iniciavam apenas após a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurada a desistência bem como a possibilidade de responder apenas parte do questionário sem necessidade de justificativa ou prejuízo por parte do entrevistado.

Resultados

Para este estudo foram analisados os dados de 1029 idosos com residência permanente na área rural de Rio Grande – RS, sendo que a maioria possuía até 69 anos de vida (51,4%), se autodeclararam brancos (91,6%), na maioria homens (55,2%), recebiam até 2 salários-mínimos (58,8%) que correspondia a R\$1.874 em 2017 e tinham até 4 anos de estudo (69,1%). Quase um quarto dos entrevistados viviam sozinhos (22,6%) e a minoria eram fumantes (13,2). Entre as DCNT, as mais prevalentes foram hipertensão (54,9%), problema de coluna não especificado (37,7%) e artrose (28,3%). Quanto ao uso de medicamentos, a maioria dos idosos tomaram algum medicamento nos últimos 14 dias e necessitavam do uso medicamentos de forma contínua (78% e 76,1% respectivamente), com uma alta prevalência de poli medicação (16,7%). (TABELA 1)

A utilização de alguma medicação de uso contínuo foi maior nas mulheres (87,0% versus 67,2% nos homens), naqueles com 80 anos ou mais (89,6%), que não moravam sozinhos (78,4%), cor da pele branca (76,9% versus 66,3% cor da pele preta e parda) e não fumantes (82,4% versus 58,5% nos fumantes). Praticamente a totalidade dos indivíduos com três ou mais comorbidades (97,8%) relataram uso de medicamento de uso contínuo, assim como aqueles com autoavaliação de saúde ruim/muito ruim (94,5%). (TABELA 2)

Entre os que utilizaram medicamentos de uso contínuo, a poli medicação foi mais frequente nas mulheres (26,7%), naqueles com autoavaliação de saúde ruim/muito ruim (32,4%) e nos que relataram três ou mais morbidades (40,3%). Quanto ao tabagismo, destacam-se os que nunca fumaram (25,5%). (TABELA 3)

Quanto à forma de obtenção, 73,1%, 54,6% e 34,5% dos idosos relataram que obtiveram seus medicamentos por compra direta, farmácia popular e farmácia municipal/unidade básica de saúde, respectivamente. (TABELA 4)

Em relação ao Grupo Principal Anatômico, pôde ser observado que quatro deles foram os mais prevalentes em todas as faixas de consumo, sendo o sistema cardiovascular (60% para até 2 medicamentos, 54,8% para 3 a 4 medicamentos e 46,9% para 5 ou mais medicamentos), sistema nervoso (16,7% para até 2 medicamentos, 15,3% para 3 a 4 medicamentos e 16,6% para 5 ou mais medicamentos), aparelho digestivo e metabolismo (11,5% para até 2 medicamentos, 12,8% para 3 a 4 medicamentos e 16,3% para 5 ou mais medicamentos) e sangue e órgãos hematopoiéticos (3,8% para até 2 medicamentos, 7,3% para 3 a 4 medicamentos e 7,8% para 5 ou mais medicamentos). FIGURA 1

Discussão

O presente estudo encontrou que cerca de oito em cada dez idosos da área rural do município do Rio Grande faziam uso de medicamentos de uso contínuo. Mulheres, idosos de maior idade, maior renda, que moravam com alguém, com a cor da pele autorreferida branca, não fumantes, portadores de DCNT e autoavaliação de saúde ruim/muito ruim foram aqueles que mais relataram consumo de medicamentos de uso contínuo. Mulheres, idosos com autoavaliação de saúde ruim/muito ruim e os que relataram três ou mais morbidades tiveram frequência muito maior do uso de poli medicação (05 ou mais medicamentos). A compra direta foi a principal forma de obtenção de medicamentos, seguida da farmácia popular. Apenas 1/3 dos idosos relataram obter algum dos seus medicamentos pelo SUS (farmácia municipal/farmácia da UBS) e os medicamentos para o sistema cardiovascular predominaram sobre todos a outras CATQ em qualquer uma das faixas de consumo.

Em âmbito nacional, há uma escassez de pesquisas que investiguem o perfil de consumo de medicamentos em idosos de área rural, tendo a prevalência de utilização variando entre 63,5% e 87,8%^{13,14}. No município de Rio Grande, o consumo de medicamentos pode ser comparado ao de áreas urbanas, com prevalências entre 72,1% a 89,9%^{15,16}. Apesar da utilização ser elevada, as altas prevalências podem indicar facilidade no acesso e utilização dos serviços de saúde, bem como à dispensação de medicamentos. O município estudado possui cobertura de 100% da estratégia Saúde da

Família na área rural, sendo que o sistema de dispensação de medicamentos possui uma farmácia municipal na qual podem ser obtidos alguns medicamentos não fornecidos nas unidades básicas de saúde. Questões como urbanização, acesso e cobertura da ESF (Estratégia em Saúde da Família) podem influenciar para que as prevalências da área rural do município sejam comparáveis às áreas urbanas. Em relação a estudos internacionais, a média das prevalências de uso de medicamentos nos idosos em áreas rurais varia entre 71% a 98,2 % entre Estados Unidos, China, Espanha, Escócia, México, Taiwan, Islândia, Suíça e Colômbia^{17,18,19,20,21,22,23,24,25}. Questões como acesso, infraestrutura e condicionantes de saúde podem explicar as diferenças entre as prevalências.

Embora este seja um estudo descritivo, a maior utilização de medicamentos entre mulheres é consistente na literatura. Elas utilizam os serviços de saúde com maior frequência do que os homens e, conseqüentemente, têm mais acesso ao diagnóstico e tratamento saúde^{26,27}. Ainda, alguns autores sugerem que elas possuem maior suscetibilidade às DCNT^{14,28,29,30}. Quanto à idade, a utilização de medicamentos torna-se maior nas faixas etárias mais elevadas, com literatura apontando que o número de DCNT e a degradação tecidual tendem a aumentar com o envelhecimento, levando a uma conseqüente maior utilização de terapias medicamentosas^{17,30}. Em relação a renda, o consumo foi maior nos quartis de renda superior a 1,5 salários-mínimos, sendo que a baixa renda, em estudo realizado na cidade de Maringá – PR, foi associada a pouca adesão ao tratamento³¹. Quanto ao tabagismo, a maior prevalência de uso de medicamentos entre os que nunca fumaram e ex-fumantes pode ser explicada pela maior adesão a programas de saúde por ex-fumantes em conseqüência de morbidades decorrentes deste hábito e por maior busca aos serviços de saúde pelos que nunca fumaram. Além disso, os fumantes tendem a utilizar menos os serviços de saúde³². Em consonância com a literatura, pode-se inferir que aqueles que possuem mais DCNT tendem a consumir mais medicamentos do que aqueles indivíduos com menor número ou sem morbidades³³. Sugere-se também que aqueles com pior autopercepção de saúde buscam na terapia medicamentosa a principal forma de tratamento para suas condições de saúde^{13,15}. Os idosos com cor de pele negra, pardos e outros possuíram uma prevalência de consumo de medicamentos menor do que os autorreferidos brancos, mas isso não significa que tenham melhores indicadores de saúde, podendo ser reflexo de um contexto de iniquidades decorrentes de direitos sociais minguados que repercutem nas condicionantes de saúde ao longo do ciclo vital^{34,35}. Estes achados podem refletir

em um menor acesso desta população, visto que em estudo realizado em São Paulo, 60% dos que referem sua cor como preta relatam já ter sofrido alguma discriminação racial em serviços de saúde³⁶.

Quanto ao perfil de utilização, aqueles que necessitam de 5 ou mais medicamentos precisaram ser categorizados como poli medicação, pois o termo polifarmácia está relacionado ao uso concomitante de 5 ou mais medicamentos de forma contínua. Como o estudo foi realizado com o uso do método de inventário, não foi possível aferir se a utilização nos últimos 14 dias era ou não de forma contínua. Na literatura nacional, a prevalência de polifarmácia em idosos varia de 5,4%, na periferia de Fortaleza - CE a 38,8% em Paraíso – SC^{14,37}. Em estudo realizado pela Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), a prevalência de polifarmácia entre idosos entrevistados nos postos de saúde foi de 18,1%³⁸, sendo muito próxima ao deste estudo. Existe uma divergência em publicações mais antigas quanto o número de medicamentos usados para a definição de polifarmácia, pois a revisão sistemática utilizada como referência foi publicada apenas em 2017. Vale ressaltar que a poli medicação, bem como a polifarmácia, podem induzir alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas, aumentando o risco em até 58% de um efeito adverso da terapia medicamentosa^{39,40}, podendo estes serem agravadas na terceira idade.

Ao descrever a forma de obtenção dos medicamentos, infere-se que a aquisição de medicamentos pelo PFPB (Programa Farmácia Popular do Brasil), que possui uma relação de medicamentos essenciais para tratamento de doenças crônicas mais prevalentes, é consoante com a literatura nacional, a qual relata uma utilização deste programa superior a 50% para aquisição de alguma medicação prescrita^{16,41,42}. A farmácia municipal descrita neste estudo funciona de forma complementar à dispensação de medicamentos na unidade básica de saúde. Vale salientar que os medicamentos prescritos que não estejam na RENAME não podem ser adquiridos de forma gratuita nas unidades básicas e farmácias municipais ou de forma subsidiada pelo programa Farmácia Popular do Brasil, necessitando assim que o indivíduo realize sua compra. Apenas os medicamentos fornecidos diretamente pela UBS são de fácil aquisição para o usuário, pois como característica da região, as farmácias (mesmo aquelas vinculadas ao programa Farmácia Popular do Brasil) localizam-se nos aglomerados mais urbanizados. A farmácia municipal reflete um problema logístico

ainda maior aos usuários, pois sua dispensação situa-se no centro da área urbana do município, demandando grandes deslocamentos para o efetivo acesso à medicação.

A assistência farmacêutica é uma política de Estado que visa garantir o acesso a medicamentos essenciais de modo equânime no sistema de saúde. Políticas de austeridade e o teto de gastos imposto pela Emenda Constitucional 95⁴³ estão levando ao encerramento da rede própria do programa Farmácia Popular. Isso resultará num retrocesso às políticas de saúde, sendo que ampliação do acesso aos medicamentos para tratamento de DCNT mais prevalentes resultou em redução expressiva do quantitativo de internações hospitalares e óbitos no Brasil⁴⁴.

Ao descrever os grupos anatômicos mais utilizados, o sistema cardiovascular é o com as maiores prevalências de consumo, variando na literatura de 29,3% a 52,0%. Dentre os 3 grupos anatômicos terapêuticos mais prevalentes, os estudos foram concordantes, apontando, além do aparelho cardiovascular, o Sistema Nervoso (13,5% a 15,5%) e o sistema digestivo e metabolismo (12,2% a 20,5%)^{15,37,45,46}. A variação entre as prevalências de consumo de medicamentos na literatura para o sistema cardiovascular pode estar relacionada a uma questão de temporalidade, tendo em vista que alguns dos estudos pesquisados foram realizados no início da implementação do programa Farmácia Popular, em 2004.

Em relação às limitações deste estudo, deve-se destacar o fato de que as morbidades avaliadas foram autorreferidas, assim, alguns achados são passíveis do erro de recordatório. Outra limitação resta no instrumento utilizado para aferir a quantidade de medicamentos consumidos, o qual não pôde indicar o uso concomitante, sendo excluído o uso do termo mais usual “polifarmácia”. Entretanto, trata-se de um estudo que descreve o perfil de utilização de medicamentos numa população que geralmente é preterida em estudos epidemiológicos. O método de inventário, usado para registrar os medicamentos utilizados, contribui para diminuir a possibilidade de ocorrer um viés de memória ou de informação. Além disso, fomenta a discussão para novos estudos que visem avaliar o impacto de intervenções políticas em programas de saúde pública, como o gradual desmonte do programa Farmácia Popular do Brasil.

Conclusões

Foi possível identificar um alto consumo de medicamentos, seja nos últimos 14 dias ou de uso contínuo, possuindo uma prevalência de utilização muito próxima a de regiões urbanas. A poli medicação também possui prevalência elevada entre os idosos, tendo em vista a adoção do critério para definição como a utilização de 5 ou mais fármacos, ficando próxima a estudos que utilizam a definição baseadas em menos medicações utilizadas.

A alta necessidade de aquisição de ao menos uma medicação encontrada reflete a necessidade de ampliação da assistência farmacêutica, fundamental para proporcionar acesso às terapias propostas, sem onerar em demasia o usuário do Sistema Único de Saúde.

Os achados descritos no estudo podem ser úteis aos serviços de saúde pois a identificação daqueles que se encontram em iniquidade, como os indivíduos de pele negra, fumantes e os que vivem sozinhos, pode auxiliar no atendimento mais adequado, destes.

Referências Bibliográficas

1. Organização Pan-Americana de Saúde. Folha informativa – Envelhecimento em saúde, disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820 : 2018
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Em 2018, expectativa de vida era de 76,3 anos. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/26104-em-2018-expectativa-de-vida-era-de-76-3-anos> : 2019.
3. Pinto AH, Lange C, Pastore CA, Llano PMP, Castro DP, Santos F. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. Rev. Ciência e saúde Coletiva. 2016; 21(11).
4. World Health Organization. World report on ageing and health. 2015. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf
5. Cesar-Vaz MR, Bonow CA, Abreu DPG, Vaz JC, Mello MCVA, Xavier, DM. Rural workload and factors associated with the use of medication by elderly people. Rev. Esc. Enfermagem; 52. São Paulo 2018. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017048303374>
6. Presidência da República. Decreto nº 5.090/2004, programa "Farmácia Popular do Brasil". Diário Oficial da União de 21/01/2004.
7. Leão OAA, Knuth AG, Meucci RD. Carga de trabalho rural e fatores associados ao uso de medicamentos por idosos. Revista brasileira de epidemiologia; vol.23 Rio de Janeiro 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200008>

8. Soares PSM, Meucci RD. Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns entre mulheres na zona rural de Rio Grande, RS, Brasil. *Ciência & saúde coletiva* vol.25 no.8 Rio de Janeiro 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020258.31582018>
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Domicílios particulares ocupados, por situação do domicílio e localização da área, segundo os municípios – 2010. Disponível em <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=212&uf=43>
10. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2020. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf
11. World Health Organization. ATC/DDD Index 2020. Disponível em https://www.whocc.no/atc_ddd_index/
12. Masnoon N, Shakib S, Kallisch-Ellett L, Gaughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr.* 2017;17(1):230. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2>
13. Dal Pizzol TS, Pons ES, Hugo FN, Bozzetti MC, Sousa MLR, Hilgert JB. Use of medication by the elderly in urban and rural areas in southern Brazil: a population-based study. *Cad Saude Publica* 2012; 28(1): 104-114. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100011>
14. Corralo VS, Bohnen LC, Schmidt CL, De Sá CA. Fatores associados à polimedicação em idosos dos meios rural e urbano." *Estud. interdiscip. Envelhec*, 2016; 21(2): 195-210. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.59647>
15. Filho AL, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo

Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(12): 2657-266.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200015>

16. Miranda VIA, Lutz BH, Bertoldi AD. Inadequação do uso de medicamentos entre idosos em Pelotas, RS. *Rev Saude Publica*. 2017; 51:52.

<http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006556>

17. Lassila HC1, Stoehr GP, Ganguli M, Seaberg EC, Gilby JE, Belle SH, et al. Use of prescription medications in an elderly rural population: the MoVIES Project. *Ann Pharmacother* 1996; 30(6): 589-595. <https://doi.org/10.1177/106002809603000604>

18. Klarin I, Fastbom J, Wimo A. A population-based study of drug use in the very old living in a rural district of Sweden, with focus on cardiovascular drug consumption: comparison with an urban cohort. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2003; 12(8): 669-678. <https://doi.org/10.1002/pds.878>

19. Gri E, Vázquez F, Barroso A, Cantero M, Monjo M, Juncosa S, et al. The consumption of drugs and natural remedies in the older population of a rural area. *Aten Primaria* 1999; 23(8): 455-46.

20. Li IC, Kuo HT, Sin MK, Liu CT. Medication use in community-residing older adults in Taiwan: a comparison between conventional and complementary and alternative medications. *J Community Health* 2015; 40(2): 301-307. <https://doi.org/10.1007/s10900-014-9934-7>

21. Rushworth GF, Cunningham S, Pflieger S, Hall J, Stewart D. A cross-sectional survey of the access of older people in the Scottish Highlands to general medical practices, community pharmacies and prescription medicines. *Res Social Adm Pharm* 2018; 14: 76-85. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.01.002>

22. Snyder VNS, Gonzáles-Vázquez TT, Jáuregui-Ortiz B, Bonilla-Fernández P. Damage, not age, is what makes a person old: ageing and health in rural males. *Salud Publica Mex* 2005; 47(4): 294-302.
23. Sigurdardottir AK, Arnadottir SA, Gunnarsdottir ED. Socioeconomic status and differences in medication use among older people according to ATC categories and urban-rural residency. *Scand J Public Health* 2013; 41(3): 311-317. <https://doi.org/10.1177/1403494813476375>
24. Cano-Guitierrez C, Samper-Terment R, Cabrera J, Rosselli D. Uso de medicamentos en adultos mayores de Bogotá, Colombia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2016; 33(3): 419-424. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2292>
25. Stoehr GP, Lu SY, Lavery L, Bilt JV, Saxton JA, Chang CCH, et al. Factors associated with adherence to medication regimens in older primary care patients: the Steel Valley Seniors Survey. *Am J Geriatr Pharmacother* 2008; 6(5): 255-263. <https://doi.org/10.1016/j.amjopharm.2008.11.001>
26. Curtis E, Litwic A, Cooper C, Dennison E. Determinants of Muscle and Bone Aging. *J Cell Physiol*. 2015;230(11):2618–25. <https://doi.org/10.1002/jcp.25001>
27. Silva MC da, Fassa AG, Valle NCJ. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saude Publica*. 2004;20(2):377–85. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200005>
28. Freitas FFQ, Rocha AB, Moura ACM, Soares SM. Fragilidade em idosos na Atenção Primária à Saúde: uma abordagem a partir do geoprocessamento. *Ciênc. Saúde & coletiva* vol.25 no.11 Rio de Janeiro. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.27062018>
29. Duarte M, Paúl C. Prevalência de fragilidade fenotípica em pessoas em processo de envelhecimento numa comunidade portuguesa. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* vol.18

no.4 Rio de Janeiro, 2015. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14160>

30. Romano-Lieber SN, Corona LP, Marques LFG, Secoli, SR. Sobrevida de idosos e exposição à polifarmácia no município de São Paulo: Estudo SABE. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2018, vol.21. disponível em <https://doi.org/10.1590/1980-549720180006.supl.2>.

31. Barreto MS, Cremonese IZ, Janeiro V, Matsuda LM, Marcon SS. Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. *Rev. Bras. Enferm.* vol.68 no.1 Brasília, 2015. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680109p>

32. Gama H, Damasceno A, Silva-Matos C, Diogo D, Azevedo A, Lunet N. Baixa prevalência de hipertensão com tratamento farmacológico e fatores associados. *Rev. Saúde Pública* vol.47 no.2 São Paulo, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0034-910.2013047004328>

33. Silva MRR, Diniz LM, Santos JBR, Reis EA, Mata AR, Araújo VE, et al. Uso de medicamentos e fatores associados à polifarmácia em indivíduos com diabetes mellitus em Minas Gerais, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* vol.23 no.8 Rio de Janeiro, 2018 <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.10222016>

34. Oliveira BLCA, Thomaz EBAF, Silva RA. The association between skin color/race and health indicators in elderly Brazilians: a study based on the Brazilian National Household Sample Survey (2008). *Cad. Saúde Pública* vol.30 no.7 Rio de Janeiro, 2014. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00071413>

35. Perreira KM, Telles EE. The Color of Health: Skin Color, Ethnoracial Classification, and Discrimination in the Health of Latin Americans. *Social Science &*

Medicine vol. 116: 241-250. 2014. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4117723>

36. Kalckmann S, Santos CG, Batista LE, Cruz VM. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Revista Saúde e sociedade*. v.16(2) São Paulo. 2007. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200014>

37. Filho JMC, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, vol.38(4), São Paulo, 2004. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000400012>

38. Nascimento RCRM, Álvares J, Junior AAG, Silveira MR, Costa EA, et al. Polypharmacy: a challenge for the primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Revista de Saúde Pública*, vol.51(2) 2017. Disponível em <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007136>

39. Cortes ALB, Silvino ZR. Factors associated to potential drug interactions in one Intensive Care Unit: a cross-sectional study. *Escola Anna Nery*, vol.23(3). Rio de Janeiro, 2019. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0326>

40. Prybys KM, Melville K, Hanna J, Gee A, Chyka P. Polypharmacy in the elderly: clinical challenges in emergency practice: part 1 overview, etiology, and drug interactions. *Emergency Medicine Reports*, vol.23(8), p.145-53. 2002.

41. Rastrepo SF, Vieira MRS, Barros CRS, Bousquat A. Gasto privado com medicamentos entre idosos e o comprometimento da renda familiar em município de médio porte no estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, vol. 23. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497202000042>

42. Muniz ECS, Goulart FC, Lazarini CA, Marin MJS. Analysis of medication use by elderly persons with supplemental health insurance plans. *Revista Brasileira de*

Geriatrics e Gerontology, vol.20(3). Rio de Janeiro, 2017. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160111>

43. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 2016. Diário Oficial da União - Seção 1, p.2 - 16/12/2016. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html> acessado em 03 de dezembro de 2020.

44. Almeida ATC, Sá EB, Vieira FS, Benevides RPS. Impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil sobre a saúde de pacientes crônicos. Revista de Saúde Pública, vol.53. São Paulo, 2019. Disponível em <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000733>

45. Rozenfeld S, Fonseca MJM, Acurcio FAA. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. Revista Panamericana de Salud Publica 2008; 23(1): 34-43. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720200077>

46. Galato D, Silva ES, Tiburcio LS. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. Ciência saúde coletiva 2010; 15(6); 2899-2905. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600027>.

Figura 1. Grupos anatômicos terapêuticos de acordo com os níveis de consumo de medicamentos utilizados por idosos residentes na área rural de Rio Grande, RS, 2017 (N = 1029). Figure 1. Anatomical therapeutic groups according to the levels of consumption of medications used by elderly residents in the rural area of Rio Grande, RS, 2017 (N = 1029).

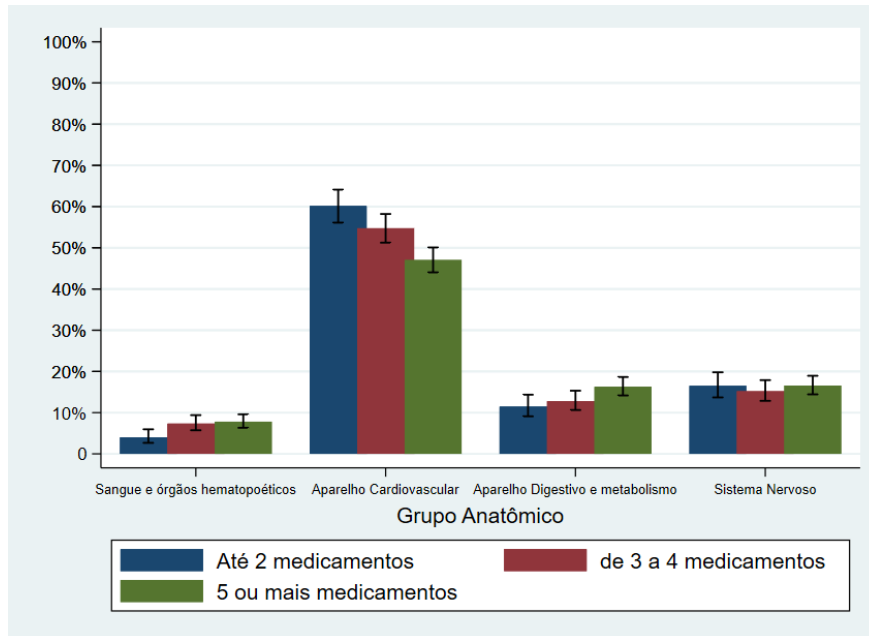


Tabela 1. Descrição da amostra de idosos moradores da área rural do município do Rio Grande, RS, 2017, segundo características demográficas, comportamentais e de saúde. (N=1029). Table 1. Description of the sample of elderly people living in the rural area of the city of Rio Grande, RS, 2017, according to demographic, behavioral and health characteristics. (N = 1029)

	n	%
Sexo		
Masculino	568	55,2
Feminino	461	44,8
	1029	
Idade*		
60 – 69 anos	528	51,4
70 – 79 anos	327	31,8
80 anos ou mais	173	16,8
Escolaridade		
Sem escolaridade	206	20,3
1 a 4 anos	496	48,8
5 a 8 anos	233	22,9
9 anos ou mais	81	8,0
Renda		
Até 1,5 salário-mínimo	278	27,9
> 1,5 a 2	308	30,9
> 2 a 3	280	28,1
> 3	131	13,1
Coabitação		
Sim	796	77,4
Não	233	22,6
Cor da pele		
Branca	940	91,6
Preta/Parda e outros	86	8,4
Tabagismo		
Nunca Fumou	544	52,9
Ex-Fumante	348	33,9
Fumante	135	13,2
Morbidades		
Hipertensão	564	54,9
Diabetes	161	15,7
Problemas pulmonares	70	6,8
Problemas na coluna	388	37,7
Reumatismo\Artrite\Artrose	290	28,3
Osteoporose	96	9,4
Episódio de depressão	243	23,7
Número de Morbidades		
Sem morbidades	231	22,7
1 morbidade	276	27,1
2 morbidades	243	23,8
3 ou mais morbidades	269	26,4
Uso de remédio nos últimos 14 dias		
Sim	802	78,0
Uso de remédio de uso Contínuo		
Sim	782	76,1
Uso de 5 ou mais medicamentos		
Sim	172	16,7

* 1 registro de idade considerado *missing*

Tabela 2. Uso de medicamentos de uso contínuo e nos últimos 14 dias de acordo com características demográficas, comportamentais e de saúde em idosos da área rural do município do Rio Grande, RS, 2017. (N=1029). Table 2. Use of medication for continuous use and in the last 14 days according to demographic, behavioral and health characteristics in elderly people from the rural area of the city of Rio Grande, RS, 2017. (N = 1029)

	n	Uso contínuo (%)	Valor - P	Últimos 14 dias (%)	Valor-P
Sexo			<0.001		<0.001
Masculino	568	67,2		69,3	
Feminino	461	87,0		88,7	
	1029	76,1		78,0	
Idade			<0.001		<0.001
60 – 69 anos	528	70,4		73,1	
70 – 79 anos	327	78,0		79,5	
80 anos ou mais	173	89,6		90,2	
Renda			0.006		0.005
Até 1,5 salário mínimo	277	69,3		71,5	
> 1,5 a 2 salários mínimos	308	80,8		83,1	
> 2 a 3 salários mínimos	280	76,4		78,2	
> 3 salários mínimos	131	80,9		81,7	
Coabitação			<0.001		<0.001
Sim	796	78,4		80,3	
não	232	68,1		70,2	
Cor da pele			0.027		0.014
Branca	940	76,9		78,9	
Preta/Parda e outros	86	66,3		67,4	
Tabagismo			<0.001		<0.001
Nunca Fumou	544	82,4		83,8	
Ex-Fumante	348	73,0		75,6	
Fumante	135	58,5		60,7	
Morbidades					
Hipertensão			< 0.001		< 0.001
Sim	564	95,6		95,7	
Não	463	52,3		56,4	
Diabetes			< 0.001		< 0.001
Sim	290	90,3		91,7	
Não	735	70,3		72,5	
Osteoporose			< 0.001		< 0.001
Sim	96	90,6		93,8	
Não	929	74,5		76,3	
Episódio de depressão			< 0.001		< 0.001
Sim	242	91,7		93,4	
Não	784	71,2		73,2	
Depressão atualmente			<0.001		<0.001
Sim	85	97,7		98,2	
Não	945	74,1		76,1	
AVC					
Sim	76	93,4		92,1	
Não	952	74,7		76,9	
Vacina contra gripe			<0.001		0.084
Sim	833	80,8		82,7	
Não					
Número de Comorbidades*			<0.001		< 0.001
Sem morbidades	230	37,0		41,3	
Uma morbidade	276	74,6		76,8	
Duas comorbidades	243	89,7		91,4	
Três ou mais comorbidades	269	97,8		97,8	
Condição da saúde			< 0.001		< 0.001
Boa/Muito Boa	589	66,2		68,1	
Regular	357	88,2		90,5	
Ruim/Muito Ruim	78	94,9		96,2	

Tabela 3. Quantidade de medicamentos utilizados entre aqueles que utilizavam medicamentos de uso contínuo. Idosos da área rural do município do Rio Grande, RS, 2017. (N=782). Table 3. Number of medicines used among those who used medicines for continuous use. Elderly people from the rural area of the city of Rio Grande, RS, 2017. (N = 782)

	n	1 a 4 medicamentos (%)	5 ou mais medicamentos (%)	Valor P
Sexo				P = 0,002
Masculino	381	79,5	17,1	
Feminino	401	71,8	26,7	
Cor da Pele				P = 0,027
Branco	723	75,2	22,7	
Pretos, pardos e outros	57	79,0	14,0	
Idade				P = 0,325
60 a 69 anos	371	77,1	21,3	
70 a 79 anos	255	76,5	20,8	
80 ou mais	155	70,3	25,8	
Escolaridade				P = 0,999*
Sem escolaridade	166	75,9	21,7	
1 a 4 anos	375	75,5	22,1	
5 a 8 anos	170	74,1	23,5	
9 ou mais	81	77,6	20,7	
Saúde				P < 0,001
Muito Boa/Boa	390	83,3	14,4	
Regular	315	68,6	28,9	
Ruim	74	64,9	32,4	
Número de morbidades				P < 0,001
Sem morbidades	85	91,8	4,7	
1 morbidade	206	85,4	12,1	
2 morbidades	218	81,2	16,1	
3 ou mais morbidades	269	57,8	40,3	
Tabagismo				P = 0,015*
Nunca fumou	448	72,3	25,5	
Ex-Fumante	254	78,4	19,3	
Fumante	79	86,1	10,1	
Coabitação				P = 0,820*
Sim	624	75,2	22,4	
não	158	77,2	20,3	

Os valores percentuais não somarão 100% devido a exclusão da categoria “nenhum medicamento”

*=Teste exato de Fischer

Tabela 4. Meio de obter ao menos um dos remédios entre os idosos que necessitam de medicação de uso contínuo. Área rural do município do Rio Grande, RS, 2017 (N=1029)*. Table 4. Means of obtaining at least one of the remedies among the elderly who need medication for continuous use. Rural area of the city of Rio Grande, RS, 2017 (N = 1029)

	n	%
Farmácia Popular	424	54,6%
Comprou	568	73,1%
UBS	268	34,5%
Amostra grátis	11	1,4%
Outros meios	4	0,5%

* Percentuais maiores que a amostra pois o instrumento permitia múltipla resposta

6 – NOTA À IMPRENSA

Uso de medicamentos e poli medicação na população idosa residente no meio rural de Rio Grande – RS

O programa de pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da FURG realizou no ano de 2017 uma pesquisa sobre saúde na área rural do município de Rio Grande, denominada “Saúde da população rural Rio-Grandina”. Utilizando este estudo, o pesquisador Juliano Barbosa da Costa, sob orientação do Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci, investigou o uso de medicamentos entre 1029 idosos residentes na zona rural do município.

O pesquisador verificou que oito a cada 10 idosos fazem o uso de medicação e entre estes, 1/4 fazem o uso de 5 ou mais medicamentos. O uso de muitos remédios juntos, utilizados de forma incorreta, pode gerar combinações que provocam danos e podem aumentar o risco de interações medicamentosas. Para o pesquisador, o fato de uma grande parte desses medicamentos ainda precisa ser comprado, evidencia a necessidade de ampliação de acesso gratuito ou subsidiado aos medicamentos, fomentando a adesão aos tratamentos propostos.

7 - APÊNDICES

Apêndice 1 - Perguntas referentes aos medicamentos, BLOCO D

INSTRUÇÃO 18: Agora vamos falar sobre remédios			
155) O(a) Sr(a). precisa tomar algum remédio de uso contínuo? Considere remédio de uso contínuo aquele que o(a) Sr(a). usa regularmente sem data para parar. (0) Não (1) Sim (9) IGN			dprecreme _
156) Desde <DIA> da semana retrasada até agora o(a) Sr(a). usou algum remédio? (0) Não → INSTRUÇÃO 19 (1) Sim (9) IGN			dremedio _
157) O(A) Sr(a). poderia trazer as caixas ou receitas de todos os remédios que tomou nos últimos 14 dias, desde <DIA> da semana retrasada até agora?			
Medicamento 1 _____	(8) NSA	(9) IGN	dmed1_
Medicamento 2 _____	(8) NSA	(9) IGN	dmed2_
Medicamento 3 _____	(8) NSA	(9) IGN	dmed3_
Medicamento 4 _____	(8) NSA	(9) IGN	dmed4_
Medicamento 5 _____	(8) NSA	(9) IGN	dmed5_
Medicamento 6 _____	(8) NSA	(9) IGN	dmed6_
Medicamento 7 _____	(8) NSA	(9) IGN	dmed7_
Medicamento 8 _____	(8) NSA	(9) IGN	dmed8_
Medicamento 9 _____	(8) NSA	(9) IGN	dmed9_
Medicamento 10 _____	(8) NSA	(9) IGN	dmed10_
O(A) Sr(a). conseguiu estes remédios pelo(a)...			
158) Farmácia Popular?	(0) Não (1) Sim	(8) NSA (9) IGN	dfarpop _
159) Posto de Saúde/Unidade de Saúde?	(0) Não (1) Sim	(8) NSA (9) IGN	dpsubs _
160) Farmácia Municipal?	(0) Não (1) Sim	(8) NSA (9) IGN	dfarmun _
161) Comprou?	(0) Não (1) Sim	(8) NSA (9) IGN	dcomprou _
162) Amostra grátis?	(0) Não (1) Sim	(8) NSA (9) IGN	damostra _
163) Outro	(0) Não () Sim, qual _____	(8) NSA (9) IGN	doutrom _
164) SE COMPROU PELO MENOS UM REMÉDIO: Quanto o(a) Sr(a). gastou com medicação desde <DIA DO MÊS PASSADO PARA CÁ>? R\$: _____ (888888) NSA (999999) IGN			dgastomed _
165) Desde <DIA DO MÊS PASSADO PARA CÁ>, teve algum remédio que o(a) Sr(a). precisou tomar e não conseguiu? (0) Não → INSTRUÇÃO 19 (1) Sim (8) NSA (9) IGN			dprecremed _
166) SE SIM: Por qual motivo? _____ (8) NSA (9) IGN			dremedmot _

Quadro 1. Revisão de literatura, estudos Brasileiros.

AUTOR/ANO/PAÍS	OBJETIVO	DELINEAMENTO	AMOSTRA	DESFECHO/VARIÁVEL	Utilização	RESULTADOS
FILHO, J. M. C. 2004 Brasil.	Identificar padrões de uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas com diferentes condições socioeconômicas na cidade de Fortaleza, Brasil	Transversal	668 idosos (60 anos ou mais) residentes na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil Amostra aleatorizada por método probabilístico e sistemático	Desfecho: padrão no uso de medicamentos - Método de inventário, computados aqueles que foram utilizados nos últimos 7 dias.	60 – 69 anos 70 – 79 anos 80 anos ou mais	80,3% na área central; polifarmácia 13,6% 67,5% na área intermediária; polifarmácia 7,7% 60,7% na área periférica. polifarmácia 5,4%, Sistema cardiovascular (29,3%); sistema nervoso central (13,5%); metabolismo (12,6%)
DAL PIZZOL, S. 2012, Brasil	A identificação de padrões de uso de medicamentos pelos moradores da área rural, comparado aos padrões urbanos.	Transversal	811 idosos (60 anos ou mais) Residentes em Carlos Barbosa, incluindo sua área rural, Rio Grande do Sul, Brasil Amostra aleatorizada por sorteio de setor censitário	Desfecho: Uso de medicamentos em áreas urbanas e rurais - Entrevista, computados apenas medicamentos de uso contínuo	60 – 69 anos 70 – 79 anos 80 anos ou mais	Prevalência em área urbana: 79,4% Prevalência em área rural: 63,5% P < 0,05 Diuréticos: 17,1%; Anti-hipertensivos: 16,6%
FLORES, L. M. 2005, Brasil	Descrever o uso de drogas autorreferidas pelos idosos, avaliando a ocorrência de polifarmácia e a influência das condições sociodemográficas e de saúde no uso de medicamentos	Longitudinal	215 idosos residentes em Porto Alegre, RS, Brasil Amostra selecionada a partir de base de dados dos usuários de Serviço de Saúde Comunitária, cálculo amostral para aleatorização	Desfecho: uso de medicamentos pelos idosos e ocorrência de polifarmácia. - Entrevista, uso de medicamentos na última semana	60 – 70 anos 70 – 80 anos 80 – 90 anos 90 anos ou mais.	84% de prevalência do uso de medicamentos, mulheres e idosos que vivem sozinhos tiveram maior prevalência que os demais. Polifarmácia 24% Sistema Cardiovascular: 32%; Sistema Nervoso Central: 22%
Flores, V. B., 2008. Brasil	O presente estudo teve como objetivo avaliar o perfil do consumo farmacêutico pelos idosos	Transversal	294 idosos residentes em Santa Rosa, RS, Brasil Amostra aleatorizada a partir dos setores censitários	Desfecho: uso de medicações por idosos, classes mais utilizadas - Entrevista, método de inventários, computados os utilizados na última semana	60 – 64 anos 65 – 69 anos 70 – 74 anos 75 anos ou mais	A prevalência do foi de 82% Polifarmácia definida em 6 medicamentos ou mais, com prevalência de 7,8% p < 0,003 Sistema Cardiovascular (54,65%); Sistema Nervoso central (12,82%)
GALATO, D. 2010, Brasil	Objetivou-se avaliar o uso de medicamentos na população idosa residente em um município do sul catarinense.	Transversal	104 idosos, distribuídos em 5 equipes do Programa Saúde da Família, na cidade de Tubarão, SC, Brasil Amostra aleatorizada a partir de cálculo amostral	Desfecho: Prevalência de polifarmácia. Entrevista, método de inventário, não relata período recordatório	60 – 69 anos 70 a 79 anos 80 a 89 anos 90 anos ou mais	Prevalência em 80,7% 51,9% polimedicação menor (2 a 4 medicamentos) 28,8% polimedicação maior (5 ou mais) sistema cardiovascular (48,1%) sistema nervoso (16,9%) trato alimentar e metabolismo (14,7%)

ROSENFELD, S. 2008, Brasil	Descrever a utilização de medicamentos por aposentados brasileiros com ênfase no uso inadequado.	Transversal	800 aposentados do INSS, com 60 anos ou mais, residentes na cidade do Rio de Janeiro, RJ, Brasil Amostra aleatorizada retirada do Dataprev	Desfecho: Utilização de medicamentos Entrevista, método de inventário, período de 15 dias anteriores	60 – 69 anos 70 – 79 anos 80 anos ou mais	Prevalência de 85% Polifarmácia 32,7% Sistema Cardiovascular 34.4% trato alimentar e metabolismo 20.5% Sistema nervoso 15.5%
SECOLI, S. R., et al, 2018	Examinar as tendências da prática de automedicação dos idosos do Estudo SABE entre 2006 e 2010.	Longitudinal	1.258 idosos, São Paulo, SP, Brasil Participantes da Coorte SABE	Desfecho: polifarmácia Entrevista, método de inventário e recordatório, sem especificar o período	60 – 74 anos 75 anos ou mais	2006: Prevalência de polifarmácia: 33% - sobrevida de 77,2% para pratica de polifarmácia, 85,5% para os que consumiam até 4 medicamentos p < 0,001 Polifarmácia mulheres 36,6% e 26,9% homens 75 anos ou mais 41,3%
NASCIMENTO, R. C. R. et al, 2017	Caracterizar a polifarmácia em usuários da atenção primária e identificar fatores a ela associados.	Transversal	1087 idosos com 65 anos ou mais, em 272 municípios brasileiros Participantes da PNAUM, amostra estimada pela bibliografia	Desfecho: Polifarmácia na população em geral Entrevista em postos de saúde, método de inventário, recordatório dos últimos 30 dias	45 – 64 anos 65 anos ou mais	Polifarmácia entre usuários de medicamentos: 18,1% Sinvastatina (35,7%); Losartana (34%); Omeprazol (33,6%); Acido acetilsalicílico (26,5%)
CORRALO, V. et al, 2016	Avaliar a prática de polimedicação e fatores associados em idosos residentes nos meios rural e urbano de um município do extremo oeste catarinense	transversal	242 idosos (148 do ambiente rural e 94 do ambiente urbano) no município de Paraíso – SC. Amostra aleatorizada	Desfecho: Uso de medicamentos e polifarmácia. Entrevista domiciliar com questionário SABE modificado, uso de medicamentos nos últimos 7 dias	Fala idosos, mas não especifica idade inicial	Prevalência: Rural - 87,8% Urbano - 86,2% Polifarmácia: 38,84% Maior prevalência de polifarmácia entre as mulheres (48,4%)
FARES, D. et al, 2012	Verificar a associação do estado nutricional com fatores sociodemográficos e fatores de vida, estilo de vida e estado de saúde em idosos de duas cidades em diferentes regiões do Brasil	transversal	793 idosos residentes em Antônio Carlos - SC e Lafaiete Coutinho – BA Amostra e dados obtidos dos seguintes estudos: “Eficácia das intervenções em saúde, atividades físicas, produtividade e nutrição em idosos de Antônio Carlos, Santa Catarina ” e “ Estado nutricional, risco comportamentos e estado de saúde dos idosos em Lafaiete Coutinho, Bahia”	Desfecho: Polifarmácia Entrevista domiciliar utilizando o questionário “SABE”	60 – 74 anos 75 anos ou mais Lafaiete Coutinho:	Polifarmácia (4 ou mais medicamentos) Antonio Carlos: 53.1% Lafaiete Coutinho: 32%

PEREIRA, K. G. et al, 2017	Investigar a polifarmácia em idosos residentes na área urbana de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, estimando a prevalência e os fatores a ela associados.	Transversal	1.705 idosos residentes em Florianópolis. O presente estudo fez parte do Epifloripa Idoso 2009/2010, tamanho da amostra foi realizado no programa Epi-Info, os indivíduos selecionados foram obtidos por sorteios setoriais.	Desfecho: Polifarmácia Entrevista domiciliar padronizada, Método de inventário, medicamentos utilizados nos últimos 30 dias.	60 – 69 anos 70 – 79 anos 80 anos ou mais	Polifarmácia: 32% (IC95% 29,8 – 34,3) Sistema cardiovascular, Trato alimentar e metabolismo Sistema nervoso.
FILHO, A. I. L., et al, 2006	O objetivo deste estudo foi investigar o uso de medicamentos e fatores associados (sociodemográficos, condições de saúde e uso de serviços de saúde),	Transversal	1.598 idosos (mais de 60 anos) na Grande Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil Cálculo amostral com base na literatura, aleatorização por setor censitário	Desfecho: Uso de medicamentos Entrevista domiciliar, questionário e método de inventário, medicamentos utilizados nas últimas duas semanas	60 – 69 anos 70 – 79 anos 80 anos ou mais	Prevalência de 72,1% Polifarmácia de 14,3% sistema cardiovascular (52,0%) sistema nervoso (14,2%) trato alimentar e metabolismo (12,2%)
SANTOS, T. R. A., et al., 2013	Analisar o padrão de consumo de medicamentos entre idosos e sua associação com aspectos socioeconômicos e autopercepção de saúde.	Transversal	934 idosos residentes em Goiânia, Goiás Cálculo amostral, setores censitários randomizados	Desfecho: uso de medicamentos Entrevista domiciliar, método de inventário, medicamentos utilizados nos últimos 3 meses.	60 – 69 anos 70 – 79 anos 80 anos ou mais	Prevalência 83,8% Polifarmácia: 26,4% p < 0,001 Aparelho cardiovascular (38,6%) Sistema nervoso (19,6%) Aparelho digestivo e metabolismo (17,1%)
MIRANDA, V. I. A. et al., 2017	Avaliar o uso de medicamentos potencialmente inadequados entre idosos.	Transversal	1.451 idosos com 60 anos ou mais em Pelotas, Rio Grande do Sul Cálculo amostral, setores censitários randomizados	Desfecho: uso de medicamentos potencialmente inadequados entre idosos. Entrevista domiciliar, método de inventário, medicamentos utilizados nos últimos 15 dias	60 – 69 anos 70 – 79 anos 80 anos ou mais	Prevalência: 89,93% Polifarmácia: 48,58%

Quadro2. Revisão de literatura, estudos Internacionais.

AUTOR/ANO/PAÍS	OBJETIVO	DELINEAMENTO	AMOSTRA/TIPO	DESFECHO/VARIÁVEL	Faixa etária	RESULTADOS
WONG, H. et al, 2015, Estados Unidos	Descrever a prevalência de consumo de álcool, uso de medicamentos e quedas, avaliar a associação entre consumo de álcool e uso de medicamentos e avaliar os efeitos do uso de álcool, medicamentos e / ou ambos na ocorrência de quedas	Longitudinal	2444 idosos residentes em área rural do noroeste americano Amostra por conveniência, centros comunitários, associações etc.	Desfecho: Associação de uso de medicamentos com quedas entre os idosos. - Entrevista, recordatório quantitativo de medicamentos diários.	60 – 103 Neste estudo a idade era um fator de exposição para o desfecho do estudo: Quedas	Prevalência de 83% Polifarmácia em 41%
STOEHR, G. P., et al, 2008, Estados Unidos	Explorar associações entre dois domínios cognitivos específicos e aspectos do gerenciamento de medicamentos entre pacientes idosos da atenção primária.	Transversal	343 idosos residentes na área de McKeesport, Pensilvânia. e Amostra retirada de prontuários de 7 consultórios médicos, entre 1999 e 2001 com consentimento individual	Desfechos: uso de medicamentos Entrevista com questionário, método de inventário. Não refere período recordatório	65 anos ou mais	Prevalência de 98.25%, Polifarmácia (5 ou mais) em 37,9%
BLALOCK, S. J., et al, 2005, Estados Unidos	Determinar fatores associados à utilização de medicamento potencialmente inapropriado entre adultos da comunidade rural-idosos, usando uma estrutura convencional adaptada	Transversal ou longitudinal?	892 idosos residentes em área rural de um condado na Carolina do Norte Amostra retirada de estudo prévio (de um estudo maior acerca da depressão em osteoartrite), convidados por carta e telefone para participar de novo estudo	Desfecho: O uso potencialmente inadequado de medicamentos. Entrevista com questionário. Não refere período recordatório	65 anos ou mais	Prevalência de 89,7%, 1º: Propoxifeno, 2º Relaxantes musculares e antiespasmódicos (35%) 3º Anticolinérgicos e anti-histamínicos (30%)
HEUBERGER, R. A., CAUDELL, K., 2011, Estados Unidos	Os objetivos deste estudo transversal foram examinar o status, uso de medicamentos e interações medicamentosas e nutricional em idosos.	Transversal	1065 idosos residentes em área rural do Centro – Oeste Americano Amostra de conveniência.	Desfecho: Uso de medicação e tipos de medicamentos utilizados Entrevista por questionário, não relata período recordatório	65 anos ou mais	Polifarmácia: 22% Gastrointestinal: 36,8% Anti-hipertensivo: 36,3% Diurético: 26% Analgésico: 18,1%

LASSILA, H. C., et al, 1996, Estados Unidos	Determinar a Farmaco-epidemiologia do uso de medicamentos prescritos em uma amostra da comunidade rural idosa, especificamente números e categorias de medicamentos tomados e os fatores associado a eles.	Transversal	1366 idosos residentes em Monongahela, Pensilvânia Amostra aleatorizada entre os indivíduos com registro eleitoral	Desfecho: Uso de medicamentos Entrevista por questionário, domiciliar, método de inventário, não refere período recordatório	65 – 74 anos 75 – 84 anos 85 anos ou mais	Prevalência: 71% Polifarmácia: 65-74 anos: 14,9% 75-84 anos: 17,3% 85 anos ou mais: 24,1% p < 0,001 digoxina (15%), dipiridamol (10%) furosamida (9%), dinitrato de isossorbida (8%) hidroclorotiazida (8%) diltiazem (6%) propranolol (6%), verapamil (6%), ibuprofeno (5%) e levotiroxina (4%)
GRI, E., et al, Espanha	Avaliar o conhecimento sobre tratamento médico em pessoas com mais de 70 anos, especificamente, o entendimento, o motivo da prescrição e a dosagem	Transversal	178 idosos residentes na área rural da comarca de Osona Amostra sistematizada de banco de dados dos usuários do Centro de Saúde de Santa Eugenia de Berga	Desfecho: Conhecimento sobre tratamento médico em pessoas com mais de 70 anos. - Entrevista, recordatório – Foco do estudo era conhecimento do tratamento	70 anos ou mais	Prevalência de 87,6% Polifarmácia em 24% Mais prevalentes: Sistema Cardiovascular (33,4%) Sistema Nervoso central (17,9%) Trato alimentar e metabolismo (17,5%)
QUIROGA, S. V., et al, 1996, Espanha	Descrever a frequência e a distribuição do consumo de medicamentos em uma amostra censitária de pessoas com 60 anos ou mais.	Transversal	825 idosos residentes nos distritos sanitários de Arevalo em Castilla y Leon. Amostra retirada do censo populacional	Desfecho: prevalência de utilização de medicamentos, classificar medicamentos mais utilizados. Entrevista com questionário standardizado, recordatório das últimas 24 horas	60 – 69 anos 70 – 79 anos 80 anos ou mais	Prevalência de 75,1% Polifarmácia em 6,9% Sistema cardiovascular (39,4%)
PELIGROS, A. G., et al, 1993, Espanha	Descrever o estado de saúde auto percebido, o uso de serviços e consumo de medicamentos na população idosa da província de Toledo.	Transversal	591 idosos residentes em Toledo	Desfecho: Uso de medicamentos Entrevista por questionário, perguntado sobre medicamentos prescritos e não prescritos	65 anos ou mais	Prevalência: 92,2%

YANG, M. et al, 2015, China	explorar as diferenças entre idosos residentes em áreas rurais ou urbanas em relação à sua posição socioeconômica, condições crônicas de saúde e uso de medicamentos	Transversal	887 idosos residentes em Suining e Chengdu, China Amostra selecionada do projeto Geriatria abrangente: Avaliação do Sistema de serviços de Saúde em Idosos Chineses, aleatorizado 8 vilarejos e 2 áreas urbanas.	Desfecho: Diferenças entre idosos residentes em áreas urbanas e áreas rurais Entrevista utilizando questionário, incluindo suplementos alimentares fitoterápicos	60 anos ou mais	Prevalência 58,7% p < 0,001 Polifarmácia 11,5%, p < 0,021 Os habitantes do meio rural eram menos propensos a usar medicamentos (58,7% vs. 75,7%). Polifarmácia menor em residentes rurais do que em urbanos (11,5% vs. 17,5%,)
LU, J. et al, 2014, China	O objetivo deste estudo é examinar a prevalência e os fatores associados à polifarmácia em uma amostra de nonagenários e centenários que vivem em uma área rural da China	Transversal	859 idosos residentes em área rural de Dujiangyan Os dados foram obtidos do 'Projeto de Longevidade e Envelhecimento em Dujiangyan	Desfecho: polifarmácia Entrevista doméstica ou de conveniência, recordatório ou método de inventário, medicamentos (inclusive vitaminas e complementos alimentares) utilizados no ultimo mês	90 anos ou mais	Prevalência: 35% p - 0,09 Polifarmácia: 3.7% p – 0,861
LIANG, Y., et al., 2015, China.	Investigar as associações entre uso de medicamentos e dependência funcional em idosos chineses vivendo em uma comunidade rural.	Transversal	1538 idosos residentes na área rural de Shandong A população do estudo incluiu participantes do Projeto de envelhecimento da cidade natal de Confúcio (CHAP)	Desfecho: Uso de medicamentos Entrevista por questionário, em centro de saúde, não relata período recordatório.	60 anos ou mais	Prevalência: 76,8% Polifarmácia (3 ou mais medicamentos): 27,4%
RUSHWORTH, G. F. et al, 2017, Escócia	Quantificar questões de acesso a clínicas gerais, farmácias comunitárias e medicamentos prescritos em idosos residentes nas Terras Altas da Escócia	transversal	1042 idosos residentes nas Terras Altas da Escócia. Amostra aleatória selecionada por retorno de correspondência	Desfecho analisado: Uso de medicamentos Questionário autoaplicado remetido por correspondência	60 – 69 anos 70 – 79 anos 80 – 89 anos 90 anos ou mais	Prevalência de 88,7%

SNYDER, V. N. S., et al 2005, México	Analisar os fatores sociais associados ao estado de saúde de idosos que vivem em contextos de pobreza em áreas rurais do México	Transversal	392 idosos residentes em zonas rurais dos estados de Guerrero, Morelos e Jalisco. Amostra selecionada por contato telefônico - Apenas homens	Desfecho: Problemas de saúde e limitações, consumo de alimentos e medicamentos	60 a 98 anos	Prevalências de uso de medicamentos: Guerrero=63.8%; Morelos=73.0%; Jalisco=68.1%.
Li, I.-C., Kuo, H.-T., Sin, M.-K., & Liu, C.-T. (2014), Taiwan	Investigar a prevalência de o uso de medicamentos convencionais, complementares e alternativos em idosos e explorar quais fatores relacionados ao uso de medicamentos	Transversal	1427 idosos residentes em duas cidades tailandesas. Amostra aleatória, dentro de uma comunidade de 7125 idosos	Uso de medicamentos e polifarmácia Entrevista, medicamentos (inclusive vitaminas e complementos alimentares) utilizados por dia	65 a 75 anos 75 anos ou mais	Prevalência de uso de medicamentos em 75,4% Polifarmácia de 20% entre os que utilizam medicamentos $p < 0,001$ Mulheres de 65 a 75 anos tiveram discreta maior prevalência no uso de medicamentos, em comparação aos homens da mesma faixa etária -Não há período recordatório no artigo
Sigurdardottir, A. K., et al, 2013 Islândia	Descrever o uso de medicamentos entre os moradores da comunidade mais antiga da Islândia	Transversal	250 idosos (159 áreas urbanas e 91 de áreas rurais) Amostra Aleatória, retirada de registro nacional de residentes	Uso de medicamentos Entrevista doméstica ou de conveniência, por opção do entrevistado. Medicamentos de uso contínuo	65 – 74 anos 75 – 88 anos $p = 0,832$	Prevalência: 89% Polifarmácia: 37% $p = 0,707$ Não houve diferença quanto ao local de habitação Sistema Cardiovascular: 66%
KLARIN, I., et al, 2003, Suíça	Descrever o uso de medicamentos entre idosos, com foco em medicamentos cardiovasculares e diferenças regionais	Longitudinal	1810 idosos residentes em área rural de Nordstig Os dados para este estudo foram obtidos no KP, um estudo longitudinal, de base populacional, de coorte sobre envelhecimento e demência.	Desfecho: Uso de medicamentos Entrevista por questionário, domiciliar, método de inventário, uso no último mês	75 – 79 anos 80 – 84 anos 85 – 89 anos 90 anos ou mais	Prevalência: 90% Polifarmácia 41.1% 1º Sistema Cardiovascular 2º Sistema Nervoso Central 3º Sistema Alimentar e metabolismo
CANO-GUITIERREZ, C, et al., 2016, Colômbia.	determinar a frequência e os tipos de medicamentos usados por idosos residentes na capital colombiana, Bogotá e identificar o uso de medicamentos potencialmente inapropriados.	Transversal	2000 idosos residentes em áreas urbanas e rurais de Bogotá População randomizada em vários estratos sociais para ter maior representatividade	Desfecho: uso de medicamentos Entrevista por questionário, domiciliar, método de inventário, não relata período recordatório.	60 – 69 anos 70 – 79 anos 80 – 89 anos 90 ano ou mais	Prevalência: 84,4% Polifarmácia: 27,4% Acido acetilsalicílico (35,2%) Losartan (29,3%) Omeprazol (23,6%) Acetaminofen (22%)

